



UNIVERSIDAD UCINF
LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

UNIVERSIDAD UCINF
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
CARRERA PSICOLOGÍA

**COMPRENSIÓN PSICOENERGÉTICA DEL
TDAH EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR**

UNA MIRADA PSICOANALÍTICA

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología y el Título
Profesional de Psicólogo

AUTORES : **Luis González González**
Javiera Parragué Morgado

DOCENTE GUÍA : **Johann Ellwanger Alvar**

Santiago, Enero de 2014



UNIVERSIDAD UCINF

LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

UNIVERSIDAD UCINF
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
CARRERA PSICOLOGÍA

COMPRENSIÓN PSICOENERGÉTICA DEL TDAH EN NIÑOS EDAD ESCOLAR: UNA MIRADA PSICOANALÍTICA

Seminario de Tesis para Optar al Grado de Licenciado en Psicología y el

Título Profesional de Psicólogo

AUTORES : **Luis González González**
Javiera Parragué Morgado

DOCENTE GUÍA : **Johann Ellwanger Alvar**

Santiago, Enero de 2014

INDICE:

DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTOS.....	8
RESUMEN.....	9
1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. PLATEAMIENTOS BÁSICOS.....	13
OBJETIVOS	
2.1 Objetivo General.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3. MARCO REFERENCIAL.....	17
3.1 Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH)	17
3.1.1 Definición: TDAH Según DSM-IV.....	17
3.1.2 Antecedentes Diagnósticos.....	21
3.1.3 Tratamiento.....	23
3.1.4 Epidemiología.....	28
3.1.5 Antecedentes Históricos.....	30
3.1.6 Etiología.....	32

3.2 Teoría del Funcionamiento Psíquico: Sigmund Freud	35
3.2.1 Freud y sus Pretensiones.....	35
3.2.2 Aparato Psíquico.....	38
3.2.3 Modelo Topográfico (Estructura del Aparato Psíquico).....	38
3.2.4 Modelo Estructural (Lugares de la Personalidad).....	39
3.2.5 Modelo Económico (Economía Psíquica).....	40
3.2.6 Modelo Genético (Etapas del desarrollo psicosexual).....	41
3.2.7 Modelo Dinámico (Psicodinamismos).....	41
3.3 Teoría del Funcionamiento Psíquico: Melanie Klein	42
Teoría de las Posiciones	45
3.3.1 Posición Esquizo-Paranoide.....	45
3.3.2 Posición depresiva.....	50
3.4 Otros Aportes a la Teoría del Funcionamientos Psíquico	53
Escuela de Viena, Escuela Inglesa e Independientes	
3.4.1 Escuela de Viena.....	53
3.4.1.1 René A. Spitz.....	53
3.4.1.2 Otto Fenichel.....	54
3.4.1.3 Charles Brenner.....	54
3.4.2 Escuela Inglesa.....	55
3.4.2.1 Wilfred R. Bion.....	55
3.4.3 Escuela Independiente.....	57
3.4.3.1 William R. Fairbairn.....	57
3.4.3.2 Michael Balint.....	58

3.4.3.3 Donald W. Winnicott.....	59
3.5 Concepto Psicoenergético.....	62
3.5.1 Proceso Bioenergético.....	63
3.5.2 Energía Psíquica.....	66
3.5.3 Recorrido dinámico de la Pulsión.....	66
3.5.3.1 Manifestaciones de la Pulsión.....	67
3.5.3.2 Componentes de la Pulsión.....	67
3.5.3.3 Destinos de la Pulsión.....	68
3.5.4 Recorrido dinámico del Impulso.....	69
3.5.5 El Deseo.....	73
3.5.5.1 Recorrido del Deseo.....	73
3.5.6 Agentes, factores o aspectos externos al Niño/Sujeto...	74
3.5.7 Articulación del concepto “psicoenergético”.....	78
3.5.8 Recorrido dinámico del Síntoma.....	79
3.5.8.1 Conceptualización Biomédica del Síntoma.....	80
3.5.8.2 Conceptualización Freudiana del Síntoma.....	80
3.5.8.3 Conceptualización Kleiniana del Síntoma.....	82
4. MARCO METODOLÓGICO.....	84
4.1 Enfoque Metodológico.....	84
4.2 Diseño de investigación.....	85
4.3 Selección de la Muestra.....	86
4.4 Procedimientos y Análisis De Datos.....	86
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN TEÓRICA.....	88

6. DISCUSIONES FINALES	108
7. BIBLIOGRAFÍA	114

DEDICATORIA

“Cuando hay que reír reímos y cuando hay que llorar lloramos”, acciones que he compartido junto a unos queridos primos; Romina, Carla y Richard, y también junto a mi querida amiga y colega en este trabajo; Javita. A todos idealmente les dedico este trabajo. A mi Mamy Elba, le debo prácticamente mi vida, por eso le dedico especialmente esta investigación, pensada e imaginada desde mi experiencia propia de abandono materno durante mi primera infancia. Siempre en compañía de sus palabras, risas y llantos estuvieron mis estudios, por eso y más, a usted Tía Juanita (Q.E.P.D.), tía Dorita, Gemita y Wilson les extiendo esta dedicación; “mi último estudio”. “Cinco son mis pilares, cinco son mis bases. Cinco son mis modelos, cinco contando a mi Abuelo”; mi Tata Món (Q.E.P.D.). A cada uno también les dedico este trabajo, pues acá está plasmada la “Retórica de Sócrates”, “La verdad inobjetable de Jesús”, “El Saber Psicoanalítico de Freud”, “Las Gracias a Dios por estar; Contento Señor Contento, del P. Hurtado” y “La responsabilidad, tenacidad y sabiduría de mi Tata Món”.

Luis González González

Dedico la presente investigación a mi hija, quien me ha transmitido más de lo que se puede llegar a imaginar. Bastante hablamos de lo que nuestros hijos aprenden de sus padres. Hoy quiero expresar lo mucho que se puede aprender de ellos. Mi hija Catalina, pese a que no pueda expresar verbalmente, con su sonrisa me dice todo, pese a que la medicina dice que su inteligencia es significativamente inferior, yo en mi vida he visto a alguien con más inteligencia de vida. Me enseñaste que en esta vida, no importa el dolor, siempre hay que sonreír, me enseñaste que no se necesita un coeficiente intelectual superior, para conocer las simplezas que ocultan un mundo de sabidurías, me enseñaste que no se necesitan los pies para el explorar el mundo. Muchas gracias por enseñarme sobre la vida, gracias a ti estoy descubriendo verdaderamente como es.

Javiera Parragué Morgado.

AGRADECIMIENTOS

... *“Cinco son mis pilares, cinco son mis bases. Cinco son mis modelos, cinco contando a mi Abuelo”*; mi Tata Món (Q.E.P.D.) a quien le agradezco por compartir mis alegrías y sus lágrimas caídas, por intercambiar abrazos y siempre utilizar la palabra “Tratar”, antes de negar dar un paso e intentar caminar. Mi Tata Món murió amando a mi Mamy Elba, a quien también le agradezco por su escucha y lucha en mi aprendizaje de la “paciencia”. En la cual y de la cual también fue participe mi Tía Juanita (Q.E.P.D.) y hoy lo es mi Primo Richard y Dios. Desde muy pequeño solía escuchar la palabra de mi Tata Món (Q.E.P.D.); de ella aprendí a hablar, de ella aprendí a escuchar. Con el tiempo fui creciendo y aplicando lo aprendido. Fue entonces, ya una vez en la Universidad, que oí del hablar y de la escucha atentamente flotante del psicoanálisis y de Sigmund Freud (Q.E.P.D.), por eso y más, escribo y proyecto intensos agradecimientos hacia él; pues diariamente me relata de mis lecturas, sus conjeturas, mis escrituras.

Luis González González

Agradezco en primer lugar a mi familia; a mi pareja y compañero de avatares de la vida, quien siempre estado a mi lado dándome su apoyo, incitándome a que no importa cuán difícil sean las cosas, siempre puedo más; gracias por tu amor. También quiero agradecer a mi madre, la cual ha vivido este proceso conmigo, sufre de mis dificultades, como también goza de mis triunfos, gracias por estar a mi lado. Quiero dar un especial agradecimiento a mi padre, quien me ayudo con su sabiduría y apoyo en este proceso. Quiero dar las gracias a mis hermanos, quienes han estado conmigo, entregando su compañía y humor. Quiero agradecer a mi amigo “Luchito” con quien hemos recorrido junto este camino del saber, encontrando también una gran amistad que trasciende nuestra investigación. Por último, quiero agradecer a mis docentes, coordinadoras y en especial a nuestro guía de tesis que nos acompañó durante este bello camino que es el psicoanálisis.

Javiera Parragué Morgado

RESUMEN:

“Al interrogar a la presencia de los síntomas del TDAH en niños en edad escolar, no siempre se está a orillas del saber, pues aquello, en variadas ocasiones está en el orden de lo ausente; pulsión, impulso y deseo, que responden a través de ellos (de los síntomas), dándoles sentido tanto a su devenir, como a todo su recorrido y expresiones frecuentemente castradas por los fármacos”.

En el TDAH, pareciera existir un circuito que no se detiene, de éste tenemos noticias mientras estamos conscientes de nuestro actuar y también estando inconscientes. Esta referencia se fundamenta en el concepto “*psicoenergético*”; central, entendido como el recorrido constante de energía psíquica y física, el cual esclarece la comprensión de la sintomatología y génesis del TDAH. Estos síntomas, mirados, tratados y castrados, las más de las veces son proyectados desde los primeros meses de vida, en cuya fase comanda la relación diádica entre el infante y la madre, de la cual el niño se nutre tanto físicamente como psíquicamente. En esta primera etapa, con alta frecuencia, aquel yo precario, incipiente, no logra avanzar en su desarrollo, principalmente por introyectar aspectos negativos, tensionales, que provienen tanto de su madre como de una libre descarga, lo cual, con altas probabilidades se repetirá en el actuar del infante, siendo éste del orden desadaptativo, pues en su base hay irrefrenables impulsos como desenlaces de conflictos pulsionales, arrojando un resultado aniquilador para la psique del infante, una angustia de la que no tiene noticias, más solo sabe de su desbordante ansiedad y de su intenso vacío emocional (del deseo, de aquella falta de...) muy difícil de llenar con algún fármaco, no así, a través de la experiencia (tierna y bondadosa).

Nos proponemos en la presente investigación, mirar y escuchar la sintomatología descrita para el TDAH desde la mirada psicoanalítica rescatando el concepto energético involucrado en toda actividad humana.

Palabras Claves: Deseo – Impulso - Introyectar – Pulsión – Proyectar – Psicoenergético – Relación diádica - Síntoma – TDAH.

1. INTRODUCCIÓN:

Esta investigación la hemos llevado a cabo con el fin de comprender como opera tanto la sintomatología como la génesis del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) en niños en edad escolar. La elección del tema, primariamente ha sido debido a la importancia y recurrencia del trastorno, y secundariamente por los efectos y tratamientos utilizados para esta afección.

La decisión de este estudio, pasa directamente por aquellos tempranos inicios de experiencia en la clínica (en pre-práctica y práctica profesional de nuestra carrera), donde nos fuimos encontrando con aspectos discordantes entre la afección, la sintomatología y el abordaje profesional del TDAH. Por lo cual, dicha investigación se realizó bajo las circunstancias ambientales que conlleva ser un estudiante de pregrado; instancia abordada inicialmente, con bastante optimismo y compromiso, sin que no estuvieran exentas de dificultades y/o tensiones, aun así, la responsabilidad, la rigurosidad, la optimización de tiempos y la pasión, fueron y son elementos centrales que se mantuvieron siempre presentes.

Para lograr tales fines, realizamos un recorrido teórico, sobre los cuantiosos antecedentes que nos ofrece el modelo biomédico, rescatando de ellos, los más legitimados bajo el paradigma actual, como a su vez, acudimos a las investigaciones más recientes que se pueden acceden sobre el TDAH, en los cuales fuimos descubriendo interesantes aspectos que contribuyen a nuestra comprensión sobre este cuadro clínico.

Junto con lo anterior, nos inmiscuimos en la corriente psicoanalítica en busca de aquellos representantes que se hayan enfocado en la comprensión del psiquismo humano, específicamente en el infantil. Para esto destacamos a Sigmund Freud, Melanie Klein y otros autores de las grandes escuelas psicoanalíticas; escuela de Viena (comandada por S. Freud) y escuela inglesa (comandada por M. Klein). Incorporamos también a aquellos exponentes que no se adscribieron a ninguna de las anteriores,

los sin duda complementan bastante las propuestas centrales; escuela independiente (división que sufrió la escuela inglesa).

Freud conceptualizó al aparato psíquico en ciertos caracteres que atribuyó al psiquismo, sugiriendo la idea de una cierta disposición u organización interna. Esto lo hizo a través de la descripción de sus 5 modelos sobre la actividad psíquica; modelo topográfico, estructural, económico, genético y dinámico.

Continuando con nuestra búsqueda por comprender el TDAH, nos encontramos con Melanie Klein; psicoanalista austriaca que se destacó por continuar las investigaciones de Freud. Solo que esta vez, enfocada en el psiquismo infantil, el cual es de todo nuestro interés, ya que nuestro estudio está centrado justamente en los niños que padecen tal trastorno. De ella hemos rescatado, en primera instancia su visión dinámica del psiquismo infantil, a través de las dos grandes posiciones (posición esquizo-paranoide y posición depresiva) que se desarrollan en los primeros dos años de vida, sin embargo, pueden fluctuar a lo largo de la existencia humana. Ambas posiciones se desarrollaron y profundizaron en base a una importante teoría basada en la relación diádica madre-hijo, denominada Teoría de las Relaciones Objetales, la cual tendrá un rol preponderante dentro de nuestra investigación.

Por lo tanto, los objetivos a alcanzar a través de este estudio, se han enfocado en comprender desde los aportes teóricos psicoanalíticos, cómo el devenir psicoenergético influye en el TDAH en niños en edad escolar. Para lograr aquello, nos propusimos el cumplimiento secuencial de los siguientes aspectos; partir por revisar los estudios predominantes que existen en relación al modelo biomédico sobre TDAH en niños en edad escolar, y en segundo lugar, explicar la influencia de los procesos energéticos-biológicos en este trastorno. Para finalmente adentrarnos en la operacionalización motivada por nuestros intentos por comprender el presente cuadro clínico, lo cual nos condujo inevitablemente a instancias energéticas que operan en la psiquis del ser

humano, las cuales en interacción con aquellas energías biológicas, tienen bastante que decir sobre el TDAH.

Para realizar tal recorrido, primeramente intentaremos comprender en qué consiste el TDAH, cuáles son sus características, los factores influyentes en él y como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión en español (DSM-IV), fuente de la cual se extraen las descripciones y criterios requeridos para el diagnóstico, aborda el presente cuadro clínico.

A partir de DSM-IV y otras fuentes bibliográficas que intentan explicar el TDAH, bajo el paradigma predominante en la actualidad, encontramos los siguientes hallazgos; el TDAH se ha definido bajo 3 términos que se repiten constantemente y que constituyen sus principales características, nos referimos al patrón persistente de hiperactividad, desatención e impulsividad. Otro aspecto que llama enormemente nuestra atención, es su prevalencia, ya que corresponde a uno de los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, más frecuente tanto en Chile como en el mundo. Junto con ello, lo que más nos sorprendió fue que el TDAH existe hace más de un siglo, en sus distintas nominaciones que revisaremos en el transcurso de la investigación. Sin embargo, pese a su larga historia aún no hay claridad respecto a su etiología y sus implicancias, ya que tuvo un inicio retórico y en cuentos infantiles, luego se asociaba a problemas estructurales del cerebro, para con posterioridad lograr afirmar que se desconoce su causa o causas.

Solo se sabe de aquello que no funciona adecuadamente en el TDAH, pero no de aquello que lo provoca. Siendo este último punto, una de las grandes razones que motivó nuestro viaje hacia la comprensión del trastorno, pues por largo tiempo el paradigma bio-medico no ha logrado dar respuestas certeras sobre sus causas.

2. PLANTEAMIENTOS BÁSICOS

Una de las problemáticas que más prevalece en nuestro país, dentro de la población infantil es el Trastorno Hiperactivo de la Actividad y de la Atención (THA), de acuerdo al manual de diagnóstico internacional CIE-10¹, publicado por Organización Mundial de la Salud (OMS) y/o Trastorno por Déficit de Atención Con Hiperactividad (TDAH), de acuerdo a manual DSM-IV. El Ministerio de Salud (MINSAL), en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) señala que el THA (TDAH) constituye el principal motivo de consulta en los Servicios de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental Infantil, así como también es el motivo de consulta de salud mental más frecuente en los establecimientos de atención primaria para la población menor de 15 años. Junto con ello, el MINSAL (2001), citado en revista Chilena de Pediatría, (Urzúa, A y Cols, 2009) se estima que uno de cada 80 a 100 escolares de enseñanza básica requiere tratamiento específico para este problema.

Dado la prevalencia que ha tenido este trastorno en el país y a nivel mundial, han sido cuantiosos los estudios que han surgido a partir de dicha problemática, siendo una de las más aceptadas la teoría neurocientífica que se basa en una disfunción en los mecanismos dopaminérgicos (Carrasco & Aboitiz, 2009), como también se han incorporado progresivamente los estudios genéticos que han puesto al servicio sus avances científicos a la comprensión del TDAH.

Desde esta perspectiva, los tratamientos predominantes a nivel mundial están justamente enfocados en el paradigma, teniendo como objetivo el restablecimiento de la funcionalidad de los mecanismos asociados al sistema dopaminérgico, mediante la farmacoterapia basada en el compuesto Metilfenidato (Carrasco, X & Cols. 2004). La cual se encuentra disponible en el mercado farmacéutico, a través de las siguientes marcas: Aradix, Nebapul, Ritalin, Concerta, entre otros.

¹ Clasificación Internacional de Enfermedades, decima versión en español.

No obstante, ciertos datos epidemiológicos nos llevan a cuestionar la efectividad de dicho tratamiento “*el TDAH se inicia en la infancia y, en más del 50% de los casos, persiste también en la edad adulta*” (Ramos, J.A & Cols. 2006. P. 604). Con ello, no estamos insinuando que éstos deben ser modificados, sino más bien, pretendemos hacer un aporte, integrando el punto de vista psicológico a la comprensión de dicho trastorno centrándonos reflexivamente en la corriente psicoanalítica.

Si bien, son cuantiosos los aspectos que podríamos rescatar de dicha corriente, intentaremos comprender mediante las diversas teorías que aludan al psiquismo infantil y sus implicancias que podrían explicar la posible génesis de TDAH, los cuales asociaremos a través de esta investigación, al devenir “energético” que subyace a las manifestaciones sintomáticas del síndrome. Probablemente al realizar tal denominación no estamos aclarando del todo nuestro abordaje, razón por la cual, nos ha parecido pertinente formar una operacionalización que otorgue dicho entendimiento. Para tal fin, hemos escogido un término que ha sido utilizado fundamentalmente por el paradigma humanista, con orientación transpersonal, hablamos del concepto “*Psicoenergético*” o psicología energética, cabe destacar que éste ha sido utilizado para hacer referencia a técnicas corporales (Callahan, 1985). Sin embargo, pese a la concordancia que podemos encontrar respecto al valor que le asignan a los componentes energéticos en diversas problemáticas del ser humano, nuestro abordaje persigue un camino distinto: rescatar la importancia de la energía psíquica, desde los principales exponentes de la corriente psicoanalítica. Si bien, sus representantes no se han pronunciado directamente respecto al TDAH, puesto que cuando este surgió, un número importante de ellos habían fallecido, el legado teórico dejado permite leer indiscutiblemente la sintomatología desde esta óptica de análisis, facilitándonos la comprensión del TDAH y su abordaje de tratamiento. De esta manera damos importancia y relevancia a este tema de investigación, pues aquel método característico de tratamiento para dicho trastorno, el fármaco, no solo no logra la cura total, si no, que las mas de las veces solo trata y restablece la energía biológica dejando residuos que afectan al recorrido psíquico y terminan perjudicando más al organismo.

Considerando lo anteriormente expuesto, e incorporando los aspectos energéticos del psiquismo infantil, surge nuestra pregunta de investigación, que esperamos resolver durante el desarrollo del presente estudio:

¿De qué manera el componente psicoenergético está implicado tanto en la sintomatología como en la génesis del TDAH en niños en edad escolar?

OBJETIVOS:**2.1 OBJETIVO GENERAL:**

Comprender desde los aportes teóricos psicoanalíticos, como el devenir psicoenergético influye en el TDAH en niños en edad escolar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.2.1 Analizar los estudios predominantes que existen en relación al modelo bio-medico sobre TDAH en niños en edad escolar.

2.2.2 Explicar cómo influyen los procesos energéticos-biológicos en el TDAH en niños en edad escolar.

2.2.3 Demostrar teóricamente como la energía psíquica opera en la sintomatología del TDAH en niños en edad escolar.

2.2.4 Establecer la relevancia de los aspectos psíquicos en la comprensión del TDAH en niños en edad escolar.

2.2.5 Fundamentar desde los aportes teóricos psicoanalíticos, una de las posible génesis del TDAH en niños en edad escolar.

3. MARCO REFERENCIAL:

3.1 Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH):

El trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), sin duda ha sido uno de los cuadros clínicos de inicio en la infancia y adolescencia que más han prevalecido tanto en Chile como en el mundo, por lo que, ha tenido una amplia indagación diagnóstica, énfasis en tratamiento como también cuantiosos estudios e investigaciones (Benito, 2008). Es más, solo observando nuestra realidad país, podemos dar cuenta de la relevancia que tiene este trastorno en el ámbito de la salud (MINSAL, 2001) y educación (MINEDUC², 2005). Se han desarrollado diversas políticas públicas de salud como también guías y programa de educación, para abordar dicha problemática, dentro de los cuales se destacan: Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2001), Guía Clínica MINSAL (2008): Trastorno Hiperactivo, Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educación Básica MINEDUC (2005), entre otros.

3.1.1 Definición: Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH): Según DSM-IV

En primer lugar, DSM-IV (2002), considera a esta alteración dentro de los Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Dicha categorización se realiza solo con fines organizativos, puesto que no existe una distinción completamente precisa, entre patologías de la niñez y adultez. En su mayoría este tipo de trastorno es percibido en consultas médicas, psiquiátricas, neurológicas y/o psicológicas, durante la infancia, mientras que en otros casos, recién en la adultez, se perciben patologías iniciadas en la infancia. En el TDAH, encontramos de ambos tipos, siendo más frecuente el

² Ministerio de Educación. Chile

diagnóstico temprano con inicio inmediato de tratamiento farmacológico. Esto se debe a las características del trastorno, que consiste en un patrón persistente de hiperactividad, impulsividad y/o desatención, que se diferencia de los sujetos en un nivel de desarrollo similar, por ser más frecuentes y graves.

Otro aspecto fundamental de estas características diagnósticas, consiste en que dichos trastornos se deben presentar en diversos contextos del sujeto, no solo frente a situaciones que se perciban como desagradables, sino que también deben mostrar una evidente interferencia en la actividad social, académica o laboral atingente al nivel de desarrollo.

Cabe destacar, que las manifestaciones sintomáticas, pueden presentarse en edades tempranas del niño (4 a 5 años), sin embargo, en estos períodos se hace especialmente difícil el diagnóstico, puesto que, su comportamiento característico es mucho más variable que el de los niños de edades posteriores (edad preescolar). Junto con ello, debido a este mismo dinamismo infantil, el TDAH previamente podría confundirse con otros cuadros clínicos de predominio infantil temprano (edad preescolar), razón por la cual, se recomienda que el diagnóstico no debe realizarse antes de los 7 años de edad y luego de sintomatología persistente por no menos de 6 meses.

Otros aspectos frecuentes y a su vez, lamentables del TDAH, consisten en que muchos niños y adolescentes, a causa de las manifestaciones sintomáticas del cuadro clínico presentan dificultades en la adaptación, ya sea desde su entorno familiar (como no acatar normas, querer todo inmediatamente, etc.), escolar (baja en el rendimiento académico, etc.) e incluso social, afectando al proceso fundamental para el desarrollo del niño; es decir, la socialización.

▪ **Criterios Diagnósticos DSM-IV: (2002)**

Cabe destacar que el presente cuadro clínico debe cumplir ciertos criterios, para llevar a cabo su diagnóstico, estos se obtienen de dos grandes fuentes; en primer lugar la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima versión en español (CIE-10) y el presente Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión en español (DSM-IV). El niño debe cumplir una cierta cantidad de síntomas y signos, descritos a continuación, para confirmar dicho diagnóstico. Siendo estos manuales, la fuente de inclusión o exclusión de las patologías asociadas a salud mental.

Dentro del presente manual se definen los 3 criterios principales de TDAH (desatención, hiperactividad e impulsividad), con sus respectivos síntomas y signos, aunque, podríamos decir, que son considerados principalmente, por no decir, exclusivamente, el segundo aspecto, ya que, ninguno de los criterios planteados, alude a la descripción subjetiva del niño (síntomas). Es decir, todos ellos, corresponden a conductas observables. Estos criterios corresponde a:

CRITERIO A. (1) o (2):

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

▪ **Desatención**

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

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

- **Hiperactividad**

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso.

▪ **Impulsividad**

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

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

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

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

CRITERIO E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

3.1.2 Antecedentes Diagnósticos:

En vista de lo anterior, nos parece relevante considerar cómo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, fue considerando a lo largo de su historia, hasta la actualidad, un resultado aclarativo similar en las cinco versiones del mismo (DSM-I,

DSM-II, DSM-III, DSM-IV y el recientemente editado DSM-V del año 2013). Estas revisiones, han avanzado a la par, con los estudios predominantes sobre cuadros clínicos, dentro de los cuales revisaremos el TDAH. En el año 1952, aparece la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los desórdenes Mentales DSM I, en el cual no se observa ninguna nomenclatura, que dé cuenta de la existencia del TDAH, siendo que en aquella época los estudios sobre el presente diagnóstico habían ingresado a Estados Unidos en la década de los 40, bajo la denominación de “*síndrome de daño cerebral mínimo*”, correspondiente al paradigma orgánico (Rodríguez, et al, 1998).

Posteriormente, en el año 1968 (16 años después de la primera versión), se publica la segunda versión del presente manual (DSM-II) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA). Ésta revisión, traía consigo, por primera vez, la incorporación de un nuevo cuadro clínico, definido como “*Reacción Hiperkinética de la Infancia*” (Joselevich, 2000 citado en Menéndez, 2001), el cual, describía las manifestaciones conductuales del mismo, destacando las siguientes: inquietud, distractibilidad, disminución en la atención, sobreactividad motora. (Pizarro, 2003). Asimismo, se pensaba que el cuadro se recuperaba de manera espontánea en la adolescencia, sin secuelas en la vida adulta.

En el año 1987 se formó la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-III). En ella, los aportes de Virginia Douglas, fueron centrales y decisivos para que se modificara la nomenclatura de la versión anterior, puesto que, reemplazó el criterio sintomático de sobreactividad motora por sintomatología en el orden de lo cognitivo “*la deficiencia básica de los niños hiperactivos era su incapacidad para mantener la atención y controlar su impulsividad, y no la excesiva actividad motriz, lo que supuso un nuevo planteamiento del problema*” (Calderón, 2003, p. 17), dando paso, a una nueva definición del presente cuadro clínico, llamada: *Déficit de Atención con Hiperactividad* (Menéndez, 2001).

Otro aspecto relevante, que se incorpora en DSM III, consiste en el trastorno por déficit de atención del adulto (versiones anteriores solo describían este cuadro clínico asociados a edades infantiles). No obstante, la especificación diagnóstica seguía siendo un cuadro característico en la niñez, describiéndose como trastorno “residual”, para adultos. De ésta manera, se reconoce que los síntomas de TDAH persistían en el adulto en aproximadamente 1/3 de los niños. Sin embargo, éste no incluía codificación diagnóstica, sino que se abordó dentro de la categorización infantil. Finalmente, fue en la cuarta edición revisada (DSM-IV-TR), publicada en el 2000, donde se reconoce definitivamente la existencia del TDAH del adulto (Benito, 2008). Tal como lo señala el Dr. Claudio Michanie *“la hiperactividad motriz suele disminuir pero la impulsividad y el déficit atencional permanecen en el 60% de los casos a lo largo de toda la vida”* (Fundación TDAH, 2000, p. 7)

Como podemos observar, dentro de la clasificación diagnóstica, el TDAH aparece en del DSM II, centrándose principalmente en aspectos conductuales. Luego se integran elementos cognitivos, que cumplieron la función de ampliar las manifestaciones iniciales, sin quitar, en ningún momento, el protagonismo a la conducta. El único aporte de mayor relevancia que podemos dilucidar en su transcurso, fue la incorporación del TDAH en adultos, que se comenzó a indagar recientemente en el año 1980, dando pie a la teoría que este trastorno puede persistir en la adultez.

3.1.3 Tratamiento:

En 1937, Charles Bradley en un intento por manejar la sintomatología conductual secundaria en niños que habían sufrido encefalitis viral (Benito, 2008), incorporó como tratamiento farmacológico el compuesto psicoestimulante; anfetamina (bencedrina) (Díaz, 2006).

Por su parte, el compuesto metilfenidato se prescribió por primera vez en 1957, para el tratamiento de afecciones relacionadas a conductas seniles, estados letárgicos, entre otros. Recientemente en los inicios de la década de los 60, estas farmacoterapias fueron utilizadas para la entonces denominada "disfunción cerebral mínima" (TDAH).

Hasta la fecha, podríamos decir, que este tipo tratamiento se ha administrado por más de 70 años, sin mostrar grandes variaciones en su transcurso. Diversos investigadores en este ámbito, dan cuenta, que pese a los detractores que este pueda tener, refieren que *“son numerosas las investigaciones que han puesto en evidencia su superioridad frente a otras intervenciones”* (Díaz, 2006, p.20).

En la actualidad, los tratamientos farmacológicos del TDAH, son utilizados para el manejo de hiperactividad como también, en la regulación de los aspectos cognitivos implicados en el TDAH, junto con ello, se administra en el déficit de atención, enfocado en la mejora de las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo y la impulsividad (Díaz, 2006).

Cabe destacar, que los tratamiento farmacológicos para el TDAH, son bastante variados, encontrándose dos grandes grupos de ellos, el primero (que hemos mencionado brevemente con anterioridad), corresponde al grupo de los estimulantes, dentro de los cuales, se encuentran: metilfenidato, D-anfetamina y pemolina (Pozo de Castro & Cols, 2005), el segundo grupo, caracterizado por presentar una baja prescripción, están los fármacos no estimulantes: Antidepresivos, Antihipertensivos, Atomoxetina y por último, otros agentes psicoactivos.

Dentro de los tratamientos existentes (anteriormente expuestos), encontramos que el más utilizado como farmacoterapia para el TDAH, corresponde al compuesto metilfenidato, que desde el inicio de su comercialización, a finales de los años 50, hasta la fecha constituye el tratamiento farmacológico de mayor prescripción.

El metilfenidato constituía el 84% de las prescripciones, 11,6% anfetaminas, 1,7%, clonidina, 4% pemolina y el 4% antidepresivos tricíclicos (Díaz, 2006, p. 21).

El compuesto Metilfenidato, consiste en un derivado de la piperidina, la cual tiene estructura similar a las anfetaminas. Es por ello, que normalmente se suele pensar, a nivel del sentido común, que proviene de esta última, siendo que, solo la D-anfetamina proviene de la anfetamina. Su mecanismo de acción, interviene en el sistema dopaminérgico (Carrasco & Aboitiz, 2009) incrementando la disponibilidad de dopamina y/o noradrenalina en el espacio intersináptico (Díaz, 2006), lo cual permite una regulación en el proceso de recaptación del neurotransmisor dopamina (Carrasco & Aboitiz, 2009).

La administración de la farmacoterapia basada en metilfenidato se encuentra disponible en el mercado farmacéutico, a través de las siguientes marcas: Aradix, Nebapul, Concerta, entre otros. Su prescripción consiste en dosis recomendadas entre un 0.3mg. Por kilo, llegando a una dosis habitual de 5 a 40 mg/día (dosis máxima, 60 mg/día). Estas, según estudios recientes, presentan respuesta positiva aproximadamente en un 85% a 90% (Ponce & Conejero, 2010).

Dicha farmacoterapia (metilfenidato) se caracteriza por presentar dos formas de administración (vía oral), que se relaciona con la duración del efecto; en primer lugar, encontramos aquellas de liberación inmediata, que comienza su efecto en menos de una hora desde la ingesta, teniendo una duración total entre 3 a 4 horas. La marca más reconocida de este tipo, corresponde a Rubifen. En segundo lugar, están los fármacos de liberación sostenida, que igualmente que el anterior, tiene un efecto en menos de una hora desde la toma del medicamento, solo que en este caso, la duración total se extiende entre 10 a 12 horas. La marca más utilizada, en este formato es: Concerta (Pozo de Castro & Cols, 2005).

En un estudio reciente, guiado por Katia Dolle, pionera en España en el tratamiento Biológico del TDAH con Medicina Ortomolecular, encontramos ciertas premisas que se ajustan a nuestros supuestos, y se contraponen de una u otra manera, a las categorizadoras afirmaciones biologicistas.

Uno de los problemas que hemos podido observar en el enfoque predominante (biomédico) que se aplica actualmente en el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, es que presenta una tendencia a la generalización; se trata de la misma manera y con los mismos componentes farmacológicos a los variados tipos de TDAH.

Estudios actuales (Dolle, 2012), muestran la existencia de 6 tipos diferentes de TDAH en niños en edad escolar, en los cuales podemos encontrar ciertos síntomas que se pueden repetir, no así, son comunes para todos los tipos. Por lo tanto, al momento de realizar un diagnóstico, se hace necesario diferenciar los síntomas para entender el trastorno funcional bioquímico que lo genera, de esta manera, el tratamiento “es” y/o “será” el ajustado (preciso) y no el indicado. Con lo expuesto, no estamos aseverando o cuestionando los criterios diagnósticos descritos en DSM-IV y CIE-10, solo tratamos de ir incorporando y/o complementando como “un todo” los distintos aspectos, para esclarecer la génesis del TDAH, y de esta manera, estar a orillas de ofrecer y aplicar un tratamiento, como planteábamos anteriormente, más en el orden de lo ajustado que de lo indicado, al niño que padece dicho trastorno (Dolle, 2012).

Existe dentro de diversos exámenes, un tipo de escáner cerebral, el SPECT (Single Photon Computed Tomography), éste trata de una técnica diagnóstica del TDAH, la cual permite visualizar la distribución tridimensional de un contraste radiactivo localizado en el cerebro. Dicha técnica permite evaluar la perfusión sanguínea y la actividad cerebral usando un elemento radioactivo (Technetium) para realizar dicho contraste (Dolle, 2012).

El Dr. Daniel Amen, director del Amen Clinics, en Estados Unidos, ha realizado extensas investigaciones de SPECT cerebrales, específicamente en trastornos psiquiátricos, dentro de los cuales, se encuentra el TDAH. Junto con ello, el Dr. Amen considera a esta técnica imprescindible al momento de cursar el diagnóstico y tratamiento para el TDAH. Sin embargo, en países como España, Chile, México, entre otros, no se utiliza ni para investigaciones como tampoco en el diagnóstico del presente cuadro clínico (Dolle, 2012).

Como ya hemos señalado, el SPECT permite evaluar el funcionamiento sanguíneo cerebral o perfusión sanguínea cerebral, conjuntamente al metabolismo o actividad nerviosa, apareciendo uno u otro o ambos a la misma vez afectados en el TDAH en niños en edad escolar (Dolle, 2012).

Del estudio de los SPECT cerebrales se concluye lo siguiente: Según la combinación entre el área cerebral afectada de hipoperfusión, más el área afectada por hiperactividad metabólica, se puede clasificar el TDAH en niños en edad escolar en 6 Tipos; Tipo 1: Clásico (Déficit de Atención más Hiperactividad), tipo 2: Déficit de Atención, tipo 3: Giro Cingulado hiperactivo, tipo 4: Temporal, tipo 5: Límbico y tipo 6: hiperactividad cerebral generalizada (Dolle, 2012).

Participación de neurotransmisores en el TDAH, de acuerdo a los diferentes tipos:

- En el TDAH Tipo 1, 2 y 5, existe déficit de Dopamina (neurotransmisor excitante de la actividad metabólica celular).
- En el TDAH tipo 3, hay déficit de Serotonina (neurotransmisor del placer y la tranquilidad).
- En el TDAH Tipo 4 y 6, existe déficit de Gaba (neurotransmisor inhibitor por excelencia). (Dolle, 2012)

Cabe destacar que el tratamiento psiquiátrico actual, sólo tiene éxito en el TDAH tipo 1 y 2 (Dolle, 2012):

- Las anfetaminas (Ritalín) estimulan la actividad neuronal supliendo artificialmente el déficit de dopamina que existe en estos casos.
- Los tipos 3, 4, 5 y 6 no responden efectivamente a los tratamientos farmacológicos (anfetamina y/o metilfenidato).
- El déficit de riesgo sanguíneo y la hiperactividad en las distintas áreas cerebrales no se tratan.

3.1.4 Epidemiología:

En reiteradas oportunidades durante la presente investigación, hemos hablado de la prevalencia de TDAH tanto de Chile como a nivel mundial, con el fin de explicar la importancia de indagar dicha problemática que posee una relevancia social, debido a las elevadas cifras que se observan de dicho cuadro clínico. Es por ello, que a continuación mencionaremos algunos datos epidemiológicos que dan cuenta de tal realidad.

Cabe destacar que el estudio de prevalencia varía, de acuerdo al método de evaluación utilizado, el sistema diagnóstico considerado para tal fin (con sus respectivos criterios), la población escogida para obtener la muestra y por supuesto, los informantes que se consideren para la investigación.

En primer lugar, el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación de Psiquiatría Norteamericana en su 4ª versión DSM-IV (2002) estima que la prevalencia en niños escolares es entre 3% - 5%. Estos datos epidemiológicos en adolescencia y adultez son imprecisos; aunque en Estados Unidos hay estudios que plantean que la sintomatología del TDAH persiste en el 50% de los casos en la vida adulta (Ramos, J.A y cols. 2006), con una prevalencia de hasta 4% (Kessler et al, 2006). Con ello, podemos observar que dichas cifras no varían significativamente en relación a las obtenidas de niños escolares. Más aún, en otras fuentes de este tipo, muestran una variación en la población escolar

de Estados Unidos, donde estos se extienden entre un 4% y hasta un 12% (Steven P. Cuffe citado en MINSAL, 2008), mostrando una variación de hasta 7% con la epidemiología obtenida en DSM-IV (2002). Estos datos nos parecen más llamativos cuando observamos las diferencias porcentuales que existen entre Estados Unidos y otros continentes, puesto que, cuando consideramos los estudios obtenidos desde Europa, nos encontramos con que la prevalencia de TDAH es solo de 1,5% (Urzúa, A & Cols, 2009, p.3). En Oceanía encontramos un escenario bastante similar, dado que solo Nueva Zelanda, muestra una mayor incidencia con un 5% - 6% de la población total. En el continente asiático observamos que en China (República Popular China), país con mayor cantidad de habitantes, el TDAH aparece tan solo en el 2,1% de la población. Por último, en el continente africano, encontramos cifras aún menores, en la República de Sudáfrica solo el 1,7 % de la población total presenta TDAH (Mesa, s.f).

En Chile, el escenario es considerablemente similar a los datos obtenidos en Estados Unidos, puesto que, *“se han encontrado prevalencia de desórdenes psiquiátricos en escolares de primer año enseñanza básica de 24%, siendo el cuadro clínico de mayor prevalencia el trastorno de la actividad y atención con un 6,2%. En este estudio se aplicaron los criterios de CIE-10”* (De la Barra, 2004, citado en MINSAL, 2008, p.10). Si observamos tales cifras, podemos dar cuenta que están dentro de los estimativos de Estados Unidos, más que en otras estadísticas a nivel mundial.

Dichas cifras se acompañan con los siguientes datos otorgados por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2001), los cuales refieren que el TDAH constituye el problema de salud mental más frecuente en niños(as) y adolescentes en el país, estimando que uno de cada 80 a 100 escolares de enseñanza básica requieren tratamiento específico para dicho trastorno. Tales datos muestran correlación con el diagnóstico neurológico más frecuente en los servicios de atención primaria que corresponde precisamente a TDAH.

3.1.5 Antecedentes Históricos:

Pese a que actualmente el TDAH parece estar en boga, dado los diversos estudios que existen al respecto y la prevalencia que a este le caracteriza, su existencia es bastante pretérita, ya que, remonta hace más de 160 años; con el psiquiatra Dr. Heinrich Hoffmann que en el año 1845 publicó un libro de poemas infantiles, dentro de los cuales, dos de ellos coincidían con la sintomatología de TDAH. El primero, titulado “*The Story of Fidgety Phil*”, se reflejaba el caso de un niño que presentaba todas las características de un TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo. Mientras que el segundo, titulado “*The Story of Johny Head-in-Air*”, relataba el caso de un niño que tenía el comportamiento característico de un paciente con TDAH de predominio de inatención (Benito, 2008).

Posteriormente en el año 1902, dando un vuelco completamente distinto a sus inicios literarios, George Still, pediatra inglés y autor de numerosos artículos médicos, dentro de los cuales se destacan, aquellos escritos en la revista Lancet que daban cuenta de una serie de casos de niños que presentaban conductas impulsivas, agresivas y de inatención. Dichas conductas las asoció a retraso mental, otorgando la siguiente denominación: “*Déficit de Control Moral*”, siendo ésta la primera descripción sobre TDAH (Benito, 2008).

Ambos aportes que hemos señalado recientemente, exhiben los intentos por describir los aspectos conductuales y sintomáticos del TDAH, siendo Still (1902), quien más se pronunció sobre este tema. Sin embargo, tras la Segunda Guerra Mundial, la aparición de la Encefalitis Letárgica, extraña enfermedad que hasta el día de hoy continúa siendo un misterio (apareció en año 1920 y desapareció repentinamente en el año 1930), la cual afectó a millones de personas, caracterizada por presentar entre otras sintomatologías, un estado letárgico que normalmente conducía a un coma profundo (Vilensky, 2011). A partir de la encefalitis, los investigadores comenzaron a estudiar a los niños que habían

presentado dicha afección, apareciendo como efectos secundarios, sintomatología de hiperactividad e impulsividad (síntomas no concordantes con enfermedad inicial). Por lo que, se pensó que aquella extraña enfermedad, podría ser la responsable del actualmente denominado TDAH.

De este modo en 1923 se utilizó por primera vez el término Hiperkinecia por el psiquiatra y neurólogo alemán Von Economo. En 1934 Kahn y Cohen se adscribieron a la hipótesis orgánica asociando la lesión cerebral en niños como causa a lo que denominaron “impulsividad orgánica”. En 1937, continuando con la lógica orgánica, Charles Bradley incorporó el Metilfenidato como tratamiento para niños con problemas conductuales asociados a efectos secundarios de la encefalitis viral (Benito, 2008).

En la década del 40 en Estados Unidos, Strauss y Lehtinen en 1947, sustentados en la hipótesis orgánica, continuaron el mismo recorrido enfatizando en encontrar la etiología de TDAH, intentos que culminaron en una nueva denominación con bases orgánicas, el “*síndrome de daño cerebral mínimo*” (Rodríguez, et al, 1998), el cual fue empleado para describir a niños con retardo mental, hiperactividad, distractibilidad, impulsividad, perseverancia y defectos cognoscitivos (Pizarro, 2003).

Recién en los años 60, diversos autores, comenzaron a percatarse que el paradigma predominante (etiología orgánica) tenía un gran inconveniente, el cual consistía en que los niños que manifestaban conductas “hiperkinéticas” o hiperactivas no presentaban ningún tipo de lesión cerebral, situación que puso en aprietos los casi 60 años de historia orgánica que caracterizaba al TDAH en aquella época. De esta manera, en el año 1962 Clements y Peters definieron al TDAH como “*Disfunción Cerebral Mínima*”, cuya etiología no responde a un daño cerebral, sino más bien, a una disfunción general, que se caracterizaba por que el cerebro estaba estructuralmente normal, sin ninguna patología observable (Menéndez, 2001), no obstante, no funcionaba adecuadamente presentando la siguiente sintomatología: “*Trastornos de la conducta motora, hiperactividad,*

alteración de la coordinación, trastornos de atención y trastornos perceptivos, dificultades de aprendizaje escolar, trastorno en el control de los impulsos, alteración en las relaciones interpersonales, trastornos afectivos, labilidad, disforia, agresividad, etc.” (Ajuriaguerra, 1973 citado en Menéndez, 2001, p. 93)

Como pudimos observar durante casi 60 años el TDAH, fue abordado bajo el paradigma etiológico orgánico, dentro de los cuales, sus causas fueron asociadas a diversas patologías cerebrales, tales como: Encefalitis Letárgica, Encefalitis viral y daño cerebral. Posteriormente, diversos investigadores dieron cuenta que los niños que presentaban dichas sintomatologías, no presentaban ningún hallazgo orgánico que explicara tal padecimiento, por lo que, frente este hallazgo sobre aquello que “no era” la etiología de TDAH, llegaron a la conclusión, que desconocían su causa, por lo que, el único esbozo de claridad que poseían era que existía una desarmonía funcional cerebral, lo cual motivó a que se reemplazara la denominación “síndrome de daño cerebral mínimo” por un sinónimo con orientación funcional “Disfunción Cerebral Mínima”.

3.1.6 Etiología:

Pese a los más de 150 años de intentos por descubrir la etiología del TDAH, desde el ámbito biomédico (psiquiatras y neurólogos), aún no se ha logrado aclarar por completo dicha causalidad. Sin embargo, aquello que los investigadores han dilucidado estos últimos 30 años, consiste en que el TDAH corresponde a un problema multifactorial; siendo la teoría más aceptada en la actualidad aquella que refiere, en primer lugar, a las bases neurobiológicas del trastorno y en segundo lugar, a la predisposición genética (multigénica) que interactúa con factores ambientales (Mayor & García, 2011).

▪ **Paradigma Neurocientífico:**

La presente teoría sobre bases neurobiológicas, consiste en la existencia de un desorden catecolaminérgico (Mayor & García, 2011), esto quiere decir, que dichos problemas están asociados a neurotransmisores que interactúan a nivel de torrente sanguíneo y hendidura sináptica, dentro de los cuales se destaca, la Dopamina, que constituye uno de los elementos fundamentales de la teoría neurocientífica del TDAH, puesto que actúa a nivel de Sistema Nervioso Central (SNC). Los avances en los estudios sobre neuroimagen demostraron que la disfunción se encontraba en la corteza Pre Frontal del cerebro, la cual se encarga de funciones primordiales para el ser humano. Es decir, de las “funciones ejecutivas”, instancia responsables de planificar y organizar nuestras acciones (Lopera, 2008), dentro de estas se encuentran procesos fundamentales comprometidos, tales como: atención, memoria de trabajo y monitoreo de errores (Carrasco & Aboitiz, 2009). Por lo que, al existir un desbalance en el sistema dopaminérgico, en aquella área del cerebro, puntualmente una alteración en los mecanismos de señalización y modulación de los estímulos excitatorios entre las neuronas primordiales para el control de conductas y procesos cognitivos; daría paso a los aspectos sintomáticos característicos del TDAH que consiste en: hiperactividad, impulsividad e inatención (López & Aliño, 2002). De esta manera, los últimos descubrimientos proponen que el *“TDAH, más que ser un conjunto de déficits coexistentes e independientes, sería un déficit del control inhibitorio, que se manifestaría como impulsividad en los dominios tanto motor, emocional, social y cognitivo”* (Mayor & García, 2011, p.147).

La presente etiología neurocientífica, con posterioridad la retomaremos dentro de nuestra operacionalización “Psicoenergético”, con el fin de ampliar el paradigma predominante (modelo biomédico), integrando una comprensión psicológico del TDAH.

▪ **Factores Genéticos (investigaciones recientes):**

Pese a los esfuerzos realizados por el paradigma neurocientífico predominante en los estudios actuales, nos queda aún una interrogante sin responder *¿qué provoca la disfunción dopaminérgica en la corteza frontal, responsable del TDAH?*

Es probable que aquella interrogante (o similares), hayan motivado a algunos estudios, que actualmente están comenzando a prevalecer, con cada vez más fuerza. Nos referimos a los factores genéticos como posible teoría causal sobre TDAH, es decir, ciertos investigadores proponen que junto con una disfunción en el sistema dopaminérgico, existiría una disfunción genética. Sus fundamentos consisten en que habría evidencia que demuestra que el 80% de los casos de TDAH serían hereditarios o idiopáticos (Mayor & García, 2011), este último significa “sin causa conocida”, o bien, que la enfermedad o trastorno se erradicó espontáneamente, sin que, se hubiese podido encontrar una etiología clara (Enciclopedia de la Salud, 2013). Dentro de estas investigaciones, los genes más estudiados han sido aquellos relacionados con la función de la Dopamina, por motivo de que este neurotransmisor constituye el centro del paradigma etiopatogénico que prevalece en el siglo XXI.

Sin embargo, pese a los esfuerzos, hasta la actualidad, no se ha podido establecer una relación genotipo-fenotipo significativa con TDAH. Lo cual, los obligó a replantar su búsqueda, encontrando que el responsable de este trastorno no podía ser un gen específico, sino más bien, que éste constituye un problema en el orden de la heterogenicidad, (múltiples factores genéticos), premisa que redireccionó los estudios hacia los llamados “endofenotipos”. De esta manera, los investigadores probablemente reflexionaron que si las respuestas no estaban en los genotipos y tampoco en los fenotipos, habría que buscar en un punto intermedio; los Endofenotipos, los cuales permiten predecir con que probabilidad podría presentarse una enfermedad. Aparece entonces una nueva búsqueda por comprender las causas de los criterios fundamentales

del TDAH: Hiperactividad, impulsividad e inatención. Las nuevas investigaciones se enfocaron en este nuevo descubrimiento, con el fin de lograr identificar los rasgos cognitivos heredables, para establecer un correlato con las bases neurobiológicas, mediante la búsqueda de los genes comprometidos en las funciones ejecutivas. Sin embargo, los resultados que se obtuvieron de ello, demuestran que solo el 50% de los niños y adolescentes con TDAH cumplen criterios para déficit de endofenotipos. Junto con ello, aparece otro inconveniente; *“la limitación que tiene el estudio de endofenotipos a la fecha, es el bajo número de estudios que ha examinado la heredabilidad sobre estas mediciones neurocognitivas, y para muchos de ellos los resultados han sido inconclusos”* (Mayor & García, 2011, p. 148).

Como podemos observar, pese a los arduos esfuerzos que han puesto los investigadores en este ámbito, aún se encuentra sin respuestas consistentes que puedan aseverar la (s) causas de TDAH. Por lo que, igualmente que en la historia de este trastorno, podemos continuar aseverando aquello que “no es”, mientras se persiste en el “mundo de los misterios” sobre las respuestas que nos diluciden que “efectivamente es”.

3.2 Teoría del Funcionamiento Psíquico: Sigmund Freud.

3.2.1 Freud y sus Pretensiones:

En tiempos donde lo biológico imperaba (como causa/efecto de alteraciones mentales), sin dar mayor espacio o importancia al recorrido psíquico, surge una propuesta teórica que pone énfasis en la energía psíquica, como explicación plausible a un sin número de trastornos de origen supuestamente orgánico. Lo psíquico, y específicamente su componente energético opera y puede generar ciertas fijaciones con sus respectivas regresiones, las cuales se hacen notar a través de irrefrenables impulsos que conllevan a un actuar del ser humano del orden inadaptable. Fue así, que S. Freud, un médico neurólogo austriaco, padre del psicoanálisis y una de las mayores figuras intelectuales

del siglo XX, comenzó a percatarse que no era lo biológico simplemente lo que determinaba y/o comandaba en ciertas alteraciones mentales. Desde ahí, comenzó a desarrollar un modelo explicativo situándose en la polaridad psíquica del modelo cartesiano (mente – cuerpo), proponiendo tratamientos menos convencionales para dar respuestas a aquellas patologías resistentes a los tratamientos médicos. Logró dilucidar entonces el origen psíquico de la Histeria, enfermedad enigmática para los médicos de la época. Propuso ideas que no tenían completa aceptación e incluso franco rechazo en el gremio médico, siendo expuesto a la crítica, desprecio y/o rechazo social.

Freud descubrió así, para el malestar psíquico de aquel entonces, la supresión paulatina de las quejas y/o sufrimientos de sujetos, partiendo por descubrir la dimensión inconsciente de la psique, con lo cual dio paso a la invención del psicoanálisis, refiriéndose a éste como a una metapsicología; *“Los resultados del psicoanálisis en sus detalles, por fuerza significativos para la psicología general, son demasiado numerosos y no puedo mencionarlos aquí. Me limitaré a enunciar otros dos puntos: la manera inequívoca en que el psicoanálisis reclama para los procesos afectivos el primado dentro de la vida anímica, y la demostración de que en el hombre normal, como en el enfermo, existe una medida insospechada de perturbación afectiva y de engeñecimiento del intelecto.”* (Freud, 1913, p.178).

Fue su incursión en la histeria (padecimiento del orden de lo siniestro en aquellos tiempos), lo que permitió a Freud crear el psicoanálisis y descubrir el inconsciente, estableciendo que la histeria es un lenguaje, y que por tanto es función del analista descifrarlo y superar el rechazo que esta provoca. (Freud, 1893-1895).

Freud descubre que el niño posee una sexualidad propia y sugiere que la histeria es solo una manifestación entre otras, del aspecto infantil de la sexualidad humana (fantasmas, deseos inconscientes, incesto, parricidio, etc.). Éste descubrimiento, generó en la época la presencia de varios detractores.

Freud descubre como la verdad humana se traduce en formaciones inconscientes (Freud, 1893-1895); sueños, síntomas, actos fallidos, chistes, etc. Por lo que al lado de la realidad material habría una realidad psíquica.

El descubrimiento freudiano, al comienzo se refiere esencialmente a la noción del inconsciente y por ende de la sexualidad infantil. Freud revela el vínculo entre el síntoma somático y la causa del síntoma, o sea, un traumatismo del orden psíquico (que lleva energía psíquica y conlleva a un desplazamiento de ésta).

Para Freud existe una forma específica de energía mental. Cuando una emoción, afecto o sentimiento se adhiere a una idea u objeto, éste queda cargado de energía, es decir, vinculado a tensiones emocionales, las cuales posiblemente comiencen a generar estragos en el sujeto, puesto que la tensión necesita descargarse, no pudiendo siempre hacer esto libremente, ya sea por cumplir ciertas reglas, leyes o normas de un sistema al cual se pertenece. Desde ahí que un comportamiento impulsivo puede ocasionar un aumento de tensión (dolor), puesto que el aparato psíquico se ve sobrepasado, llegando a provocar disrupciones, tanto en el mundo exterior como en su mundo interior. (Freud, 1901-1905). Si dicha tensión se mantiene en el aparato psíquico, genera un malestar que se libera de forma derivada, “desplazada” como un síntoma: miedos, tabúes, obsesiones, etc.

De acuerdo a lo anterior y como para garantizar algo de la génesis del proceso que nos lleva a elevarnos a la categoría de ser humano, es que ahora nos adentraremos en la comprensión y aseveración del siguiente extracto, entre los tantos postulados descritos por Freud en el texto *“Tres ensayos sobre la teoría sexual”*, se refiere a la primera etapa de la sexualidad infantil: la etapa oral: *“Es claro que la acción del niño chupeteador se rige por la búsqueda de un placer ya vivenciado y ahora recordado. (...) Su primera actividad, la más importante para su vida, el mamar del pecho materno...”* (Freud, 1901-1905, p.164).

A continuación, describiremos algunos conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica para situar posteriormente el TDAH bajo esta mirada.

3.2.2 Aparato Psíquico:

Término que subraya ciertos caracteres que la teoría freudiana atribuye al psiquismo; su capacidad de transmitir y transformar una energía determinada y su diferenciación en sistemas o instancias. Al hablar de aparato psíquico, Freud sugiere la idea de una cierta disposición u organización interna, aun así, hace algo más que atribuir diferentes funciones a “lugares psíquicos específicos”; asigna a estos un orden prefijado que implica una determinada sucesión temporal. La coexistencia de los distintos sistemas no debe interpretarse en el sentido anatómico, pues implica únicamente que las excitaciones deben seguir un orden fijado por el lugar que ocupan los diversos sistemas. (Laplanche, 1996, p. 30).

Los conceptos fundamentales del psicoanálisis se formulan a través de los 5 modelos que Freud desarrolló sobre la actividad psíquica:

- 3 **Modelo Topográfico** : Asociado a los tres niveles de conciencia (1ª Tópica).
- 4 **Modelo Estructural** : Asociado a las estructuras mentales (2ª Tópica).
- 5 **Modelo Económico** : Asociado a procesos energéticos (economía psíquica).
- 6 **Modelo Dinámico** : Asociado a la visión de conflicto.
- 7 **Modelo Genético** : Asociado al desarrollo evolutivo del sujeto.

3.2.3 Modelo Topográfico (Estructura del Aparato Psíquico):

Freud considera que la mente está constituida por diversas zonas, cada una de las cuáles, constituye a su vez una estructura con sus propias leyes de funcionamiento. Esta propuesta es su primera tópica (Freud, 1915-1916).

INCONSCIENTE (procesos no accesibles a la conciencia)	PRECONSCIENTE (procesos posibles de traer a la conciencia)	CONSCIENTE (procesos guiados por el principio de realidad)
Deseos Fantasía Instintos Emociones reprimidas	Memoria Lenguaje	Percepciones Reflexión

3.2.4 Modelo Estructural (“Lugares” de la Personalidad):

En 1923, Freud en su obra "El Yo y el Ello", expone su segunda tópica estructural acerca del psiquismo, presentando también tres instancias.

Ello: Elementos reprimidos por la conciencia, coincide con el inconsciente y las pulsiones/instintos. Está regido únicamente por el principio de placer. (Freud, 1923-1925).

Súper-yo: Es la interiorización de las normas que le vienen de fuera al niño, haciéndole sentir culpable o reprimido. Comparación con el yo ideal, al cual trata de imitar. (Freud, 1923-1925).

Yo: Refiere a los rasgos externos de la personalidad, está regido por el principio de realidad. Es decir, tiene presente al mundo externo. Protegiendo al individuo de sus amenazas y problemas, y adaptando sus deseos a este mundo. El "yo" está presionado por el "ello" y por el "súper-yo". En el "yo" se dan ciertos mecanismos de defensa (Freud, 1923-1925).

Cabe destacar la inauguración del principio de realidad, donde aparece el funcionamiento del proceso secundario (descubrir o producir la realidad mediante un plan de acción que se desarrolla por el pensamiento y la razón/cognición; no es nada más ni nada menos que resolver o pensar los problemas), y el papel más significativo

que el mundo exterior viene a desempeñar en la vida de una persona. Todos estos estimulan el desarrollo y elaboración de los procesos psicológicos de la percepción, la memoria, el pensar y la acción. En general, esas adaptaciones de las funciones psicológicas permiten que la persona se comporte de manera más inteligente y más eficaz y domine sus impulsos, y su ambiente en intereses de satisfacciones y placeres mayores. Cabe así, considerar al yo como una compleja organización de procesos psicológicos que actúa como intermediaria entre el *ello* y el mundo externo (Calvin, 1998).

La energía de las fuerzas existentes en dichos “lugares” de la personalidad (Ello, Yo y Superyó), tras los fenómenos psíquicos es desplazable, como un recorrido en búsqueda de expresión de los afectos, es decir; transferible a otro objeto y/o sujeto. Por lo tanto, es la energía psíquica un factor siempre activo y participativo en las diferentes dinámicas que se entretienen antes, durante y después de producida alguna alteración mental. (Freud, 1923-1925).

3.2.5 Modelo Económico (Economía Psíquica):

Freud describe la existencia del principio del placer (satisfacción) que busca la descarga libidinal a través del proceso primario de libre circulación de la energía. También hace alusión al principio de realidad (adaptación al entorno), que busca controlar la descarga haciendo que la energía libidinal quede fijada a un objeto para su satisfacción. De esta manera, el desarrollo de la personalidad avanza, en gran medida, mediante una serie de desplazamientos de energías o sustituciones de objetos. La fuente y finalidad de la pulsión permanece igual cuando se desplaza la energía; solo el objeto meta varía. (Freud, 1914-1916).

En la persona mentalmente sana, esos tres “lugares” de la personalidad forman una organización unificada y armónica. Al funcionar juntos y en cooperación le permite al sujeto relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente. La finalidad de

esas expresiones es la realización de las necesidades y deseos básicos del hombre. A la inversa, cuando los tres sistemas están en desacuerdo, se dice que la persona está inadaptada. Encontrando insatisfacción consigo misma y con el mundo, y su eficacia se reduce (Calvin, 1998).

Toda la energía utilizada para llevar a cabo las tareas de la personalidad se obtiene de las pulsiones (Calvin, 1998, p. 5). El curso de una pulsión va siempre de un estado de tensión a un estado de relajación. En algunos casos, sobre todo en la satisfacción del impulso sexual, hay una acumulación de la tensión antes de la descarga final. Esto de ninguna manera invalida el principio general del funcionamiento pulsional, porque el objetivo del impulso sexual es la liberación de la excitación, sin tener en cuenta cuanta tensión pueda generarse antes de la descarga final. La gente aprende a acumular grandes cantidades de tensión porque la liberación repentina de las mismas proporciona intenso placer. (Calvin, 1998).

3.2.6 Modelo Genético (Etapas del desarrollo psicosexual):

Freud describe la existencia de una serie de etapas en el desarrollo psicosexual (oral, anal, fálica, genital) en las que la energía psíquica se vuelca hacia determinados lugares. En cualquier caso, ya sea por exceso o ausencia de gratificación de las pulsiones, podrá existir una alteración importante (fijación o regresión) del flujo energético.

3.2.7 Modelo Dinámico (Psicodinamismos):

Freud logra comprender que los conflictos surgen de una oposición entre las fuerzas instintivas (sexuales y agresivas), las defensas y los principios normativos o morales del sujeto consciente e inconsciente. Estos conflictos, tienden a reprimirse, sin embargo la acción de la falla en la defensa, puede hacer que éstos vuelvan a aparecer, muchas veces mediante síntomas (retorno de lo reprimido).

3.3 Teoría del Funcionamiento Psíquico: Melanie Klein:

Psicoanalista austriaca, nacida en Viena (ciudad de Austria el 30 de marzo de 1882), se destacó por continuar las investigaciones de Sigmund Freud (denominado como el padre del Psicoanálisis), enfocada especialmente en aquellos aspectos que no se habían profundizado a cabalidad, es decir, en el desarrollo infantil.

“Esta contribución se basa en un todo en los conocimientos que Freud nos transmitió. Aplicando sus descubrimientos logre ganar acceso a la mente de niños pequeños y pude analizarlos y curarlos. Procediendo así, además, pude hacer aquellas observaciones directas sobre los procesos tempranos del desarrollo que me han conducido a las conclusiones teóricas presentes. Estas conclusiones contienen una corroboración completa del comienzo alcanzado por Freud en el análisis de adultos y son un intento de ampliar este conocimiento en una o dos direcciones” (Klein, 1932, p.1).

“Si este intento tiene éxito, y si este libro agrega realmente unas pocas piedras más al creciente edificio del conocimiento psicoanalítico, debo mi primer agradecimiento a Freud mismo, que no solo hizo surgir este edificio y coloco las bases que permitirían un futuro crecimiento, sino que siempre dirigió nuestra atención hacia aquellos puntos sobre los que se podía seguir trabajando” (Klein, 1932, p.1).

Klein, logro formar una de las más importantes teorías vigentes hasta la actualidad, la cual, da respuestas a aspectos fundamentales de la infancia, centrando su interés en los primeros años del desarrollo de los niños, es decir de 0 a 2 años aproximadamente (Segal, 2005).

Esta teórica psicoanalista, siguió un camino con una pequeña curva de desviación, en relación al trazado por Freud, dado que, desarrolló y profundizó una importante teoría basada en la relación diádica madre-hijo, denominada Teoría de las Relaciones Objetales, que cambió la concepción yoica que nos había ofrecido Freud. Esta se basa en la existencia de un objeto real interno, que requiere para su existencia un objeto real externo que va adquiriendo con la experiencia (Segal, 2005).

Dicho objeto (interno), supone la presencia de dos grandes pulsiones, concordantes con la teoría freudiana, estas son: pulsiones de vida (impulsos libidinales) y pulsiones de muerte (impulsos agresivos), las cuales requieren de representaciones para ser expresadas (Klein, 1937).

Según Klein, al comienzo de la vida, existe un yo que aunque rudimentario en su actuar y desorganizado, aun así, existe. De acuerdo a la orientación general del crecimiento fisiológico y psicológico, el yo del niño tiene desde el comienzo la tendencia a integrarse. Sin embargo, esto dependerá de los diferentes avatares de la vida y de cómo éstos se presenten ante el niño bajo el alero de la madre, puesto que algunas instancias, aquellas tendencias de integración del yo fallan o se estancan, ya sea, por el impacto de las pulsiones de muerte y/o de una ansiedad intolerable (sin considerar el impacto de la angustia; la cual, aparentemente es ausente en este incipiente y precario inicio de la constitución psíquica del niño, pues prácticamente el infante no tiene noticias de ella). Cuando este yo débil se ve enfrentado a esta ansiedad que lo avasalla, se produce un proceso de deflexión (desvío, viraje o redirección). Esta deflexión consiste en un mecanismo de defensa temprano, descrito por Freud, del cual Klein refiere que, consiste en parte en una proyección, en la conversión de la pulsión de muerte en agresión (Segal, 2005).

En este continuo, aparece en la teoría kleiniana el concepto de *fantasías inconscientes*; entendidas como las expresiones mentales de los impulsos, afirmación que nos lleva a dilucidar que no puede haber acto impulsivo que no haya sido fantaseado previamente (vivido como fantasía inconsciente) y, por consiguiente, existe desde el comienzo de la vida, es decir, para cada impulso hay una fantasía correspondiente, dado que el yo es capaz de establecer relaciones objetales primitivas, en la fantasía y en la realidad. (Segal, 2005).

Klein señala que dicho proceso (fantasía inconsciente) solo podría ocurrir con la existencia de un yo, dado que es la única instancia psíquica capaz de crear fantasías, debido a su función mediadora que permite rescatar de la realidad objetos externos e

incorporarlos como internos, que a su vez, expresa dicha realidad por medio de dichas fantasías (Klein, 1957). Es decir, las fantasías son contenidos primarios de los procesos mentales inconscientes, y pueden definirse como los representantes psíquicos de las pulsiones (Segal, 2005).

Desde el acto de nacer, el bebé se tiene que enfrentar con el impacto de la realidad, que comienza con la experiencia del nacimiento mismo y prosigue con innumerables experiencias de gratificación y/o frustración de sus deseos (Klein, 1937). En y desde el psicoanálisis se habla de deseos (inconscientes), no como anhelos (deseos conscientes), si no, que como la “falta de ciertos vestigios” que le quedan al niño por un vacío del orden “siniestro”, como sentido “por lo vivido o por lo no vivido”. Estos deseos inconscientes, dotan de un gran poder, puesto que, no se tiene noticia a través de la palabra, sino que, a través del “cómo” se usa, pronuncia y enuncia la palabra en el futuro. Estas experiencias con la realidad, influyen inmediatamente en las fantasías inconscientes, que a su vez influyen en ellos (Klein, 1957).

Sobre estos postulados básicos, Klein desarrolló la concepción de posiciones, en la que estas fantasías inconscientes aparecen de forma diferenciada. La teorización cada vez más detallada en relación al mundo interno como un mundo de objetos, más que de instancias psíquicas, pulsiones o funciones, lleva a Klein a diseñar esta teoría de las posiciones, concluyendo que las primeras experiencias del lactante inician una **relación de objeto**, inaugurando una dialéctica proyección-introyección ligada a la vida de fantasías del niño (Klein, 1932).

Las posiciones constituyen polos entre los cuales oscila la vida psíquica. Se definen a través, de la posición del niño en relación con el objeto, e implica tres elementos diferenciadores: Tipo de relación de objeto, ansiedad predominante y mecanismos de Defensas (Segal, 2005).

Esta teoría, implica el abandono del esquema de las fases libidinales (planteadas por Freud) para pasar a una conceptualización en la que la **ansiedad**, las **defensas** y la

relación objetal (amor y agresión) se articulan dinámicamente, conformando la organización y estructuración del mundo objetal (Segal, 2005).

Esta articulación (ansiedades, defensas y relaciones de objeto) se constituyen en cada posición mediante las fantasías inconscientes. De esta manera, tanto los impulsos libidinales como los agresivos, son vivenciados por el niño como un accionar sobre los objetos (Klein, 1937).

Klein considera que la fantasía inconsciente proporciona la matriz a partir de la cual se desarrollan las funciones mentales superiores. De esta manera, **crear fantasía es una función propia del yo** (por eso plantea una constitución temprana del yo, a diferencia de Freud) (Klein, 1937).

La teoría kleiniana, señala la existencia de dos posiciones por las que transcurre el niño luego de su nacimiento; posición Esquizo-Paranoide y posición Depresiva (ambas posiciones del bebé definen las fuentes de ansiedades más determinantes en la predisposición a esta neurosis. Klein utiliza dicho concepto “posición”, dado el carácter dinámico que este implica. (Klein, 1932)

Teoría de las posiciones:

3.3.1 Posición Esquizo-Paranoide: (del nacimiento a los 6 meses)

Esta plantea en primer lugar que la realidad interna supone un mundo objetal caracterizado por la existencia de pulsiones **libidinales** y **agresivas** (Klein, 1937), que requieren de ciertos objetos mentales, es decir, representaciones para ser expresadas. La forma en la cual se establece es la fantasía inconsciente (Klein, 1932)

La realidad externa supone un mundo de personas y objetos. El niño visualiza solamente objetos parciales de la madre (pecho; bueno o positivo, o malo o negativo a la vez) (Segal, 2005).

Klein considera que la primera relación de objeto (etapa oral) está cargada de aspectos ideales y aspectos persecutorios. De esta manera considera la existencia de un **estado paranoide** rudimentario, en la que no existe diferenciación entre objetos parciales y objetos totales, postulando que en las relaciones de objeto parcial, la escisión y la ansiedad persecutoria se presentan juntas y preceden a la integración (Klein, 1948).

Posteriormente, Klein toma de Fairbairn el término **esquizo** y denomina a la primera posición **esquizo-paranoide**, a fin de destacar la coexistencia de la escisión (esquizo) y la ansiedad persecutoria (paranoide) (Klein, 1932).

La posición esquizo-paranoide es el resultado de la temprana teorización kleiniana, acerca de la existencia de temores persecutorios en los niños pequeños y la capacidad de los mismos de disociar el objeto (Klein, 1932).

Klein sostiene que la ansiedad, se origina en la acción interna de la pulsión de muerte, es decir, la pulsión destructiva y la posibilidad de aniquilación del sí mismo. Esta ansiedad está generada tanto por la alteración del equilibrio pulsional, como por el trauma del nacimiento y se repite cada vez que privaciones de origen interno o externo, intensifican las pulsiones agresivas (Klein, 1957).

Klein señala que el aparato psíquico del niño, está desde el nacimiento en un constante conflicto entre la libido (pulsión de vida) y la agresividad (pulsión de muerte). Este conflicto, el niño lo enfrenta a través de la **deflexión** (mecanismo de defensa temprano, descrito por Freud), que ocurre al comienzo de la vida, caracterizándose por ser una desviación, viraje o redirección de la pulsión de muerte, y la constitución de un objeto escindido (Segal, 2005).

El niño entonces, **proyecta** hacia el exterior la pulsión libidinal y la pulsión agresiva en el objeto parcial (pecho). Luego **introyecta** los aspectos buenos y malos proyectados, creando internamente objetos parciales buenos y malos (Klein, 1957).

Klein supone la existencia de un yo temprano, débil y no integrado. Ese yo incipiente registra la angustia (de la cual no tiene noticias), se relaciona con un primer objeto (el pecho materno) y opera con mecanismos de defensas primitivos (bajo la acción de las pulsiones de vida); escisión, introyección, proyección, idealización, devaluación, negación primitiva, identificación proyectiva, etc., los cuales actúan como defensa ante la ansiedad de aniquilamiento avallasador que tiene el yo (Segal, 2005).

- La **Escisión** (o clivaje): Corresponde a la defensa más primitiva contra la angustia generada por la operancia de la pulsión de muerte; el objeto de las pulsiones eróticas y destructivas es escindido en un objeto bueno y en un objeto malo, los que tienen una autonomía relativa entre sí. La escisión del objeto implica necesariamente la escisión del yo.
- La **Idealización**: Enfatiza los aspectos positivos del objeto bueno, basado en la gratificación alucinatoria de los deseos, apareciendo la fantasía inconsciente de un pecho ilimitadamente gratificador.
- La **Devaluación**: Enfatiza los aspectos negativos del objeto malo, apareciendo la fantasía inconsciente de un pecho ilimitadamente hostil o perseguidor.
- La **Negación Primitiva**: Está asociada a la negación en la fantasía del objeto parcial malo, para contrarrestar la ansiedad persecutoria.
- La **Identificación Proyectiva**: Es una defensa que acciona la modulación de la angustia como operación nacida para proteger la integridad psíquica del sujeto. Caracterizándose por ser una reacción defensiva radical, cuya masividad promueve a su vez defensas ligadas a la emergencia (Musumeli & Soubiate, 2004).

Cuando el uso de los mecanismos defensivos no logra controlar o dominar la ansiedad, ésta invade al yo, surgiendo entonces su desintegración como medida defensiva (el más desesperado de todos los intentos del yo para protegerse de la ansiedad).

Hasta acá, se nos hace necesario recordar que lo “normal” (esperado) en un infante no es pasar el mayor tiempo en estado de ansiedad, siendo “el ideal del yo”; su satisfacción de alimento, de abrigo, de apoyo, de amor y acompañamiento. Lo anterior no quiere decir que el niño no deba experimentar ciertos grados de ansiedad, pues de partida esto sería imposible y tampoco contribuiría a una constitución psíquica sana, simplemente porque todos los infantes pasan y deben pasar por periodos de ansiedad, siendo éstas conjuntamente a las defensas, las que constituyen el núcleo de la posición esquizo-paranoide, posición normal en el desarrollo del niño (Segal, 2005).

Estos mecanismos defensivos, participantes en esta posición esquizo-paranoide, no solo cumplen con ser defensas del yo, si no, también pasan a conformar ciertas posiciones progresivas del desarrollo del infante (Segal, 2005).

En relación a las características de este yo precario, Klein manifiesta su acuerdo con Winnicott en cuanto a considerarlo carente de cohesión y con una tendencia a integrarse, que alterna con una tendencia a desintegrarse. Entonces, a partir de las primeras experiencias, el lactante se relaciona con un objeto parcial bueno, resultante de la proyección de la pulsión de vida (pecho bueno) y con un objeto parcial malo, resultante de la proyección de la pulsión de muerte (pecho malo) (Segal, 2005).

De esta manera, cuando **predomina la proyección de pulsión de muerte** sobre el objeto:

- Las características parciales del objeto viran de bueno a idealizado.
- Las características parciales del objeto viran de malo a persecutorio.
- Las pulsiones de muerte mantienen la escisión (entre pecho bueno y malo), aumenta la ansiedad persecutoria (devaluación) y perpetúa la fragmentación del yo.

El pecho como primer objeto, y los objetos que se internalizan posteriormente, adquieren en los momentos en que el bebé atraviesa estados de frustración y odio,

características; Oral-sádico, sádico-uretrales y/o sádico-anales. Puede decirse entonces, que el objeto parcial es totalmente bueno (idealizado) o totalmente malo (terrorífico) (Klein, 1957).

Las privaciones, al intensificar las pulsiones agresivas, generan la voracidad con el consiguiente aumento de la frustración y, por lo tanto, aumento de ansiedad persecutoria. La voracidad es una emoción básicamente oral, muy vinculada con la **envidia**, a diferencia de los **celos**, más vinculada a la posición depresiva (Segal, 2005).

De esta manera, cuando **predomina la proyección de pulsión de vida** sobre el objeto: (Segal, 2005)

- Se contrarrestan los efectos de la escisión apareciendo la ambivalencia.
- Favorece la integración de características parciales del objeto (bueno/malo).
- Disminuye la ansiedad persecutoria.
- Se transforma en el núcleo sano del yo que permite un desarrollo normal.
- Permite la introyección de otros objetos (ejemplo: pene paterno).

Las características de ansiedad (predominantemente paranoides) y de las relaciones objetales (donde el yo y sus objetos se caracteriza por un estado de escisión que es esquizoide) fue lo que condujo a Klein a denominar con el concepto de posición esquizo-paranoide, a esta fase del desarrollo del infante (Klein, 1932).

Durante la posición esquizo-paranoide, existen entonces momentos de integración del objeto y del yo, posibilitado por el predominio de la pulsión libidinal (vida), lo que implican progresivamente dejar de escindir su relación con los objetos (aún parciales). La madre (objeto parcial real) viene a reforzar la representación buena, de esta manera el yo se hace más consistente de lo bueno cuando la madre no viene a reforzar los aspectos agresivos. Durante este proceso, el infante aprende a tolerar progresivamente la frustración, fortaleciendo su yo, cuando las necesidades están satisfechas (Segal, 2005).

La **escisión** (objetos parciales) comienza a ser remplazada gradualmente por la **ambivalencia** (objetos totales). El progreso en los procesos de síntesis, atenúa la escisión de objeto “bueno o malo” (separadamente) y lleva a que el niño se relacione progresivamente con su madre como una totalidad “buena y mala” (integradamente) (Klein, 1948).

Puntuales comportamientos del yo en la posición esquizo-paranoide, son relevantes y las más de las veces, imperantes para el desarrollo posterior del infante; No hay experiencia en el desarrollo del ser humano que se borre y desaparezca. Por lo tanto, para que el niño logre continuar con su desarrollo y no quedar fijado en ésta posición, es que se hace sumamente importante el predominio de experiencias buenas sobre las malas (contribución de factores tanto internos como externos) (Segal, 2005).

3.3.2 La Posición Depresiva: (6 meses a 2 años)

Durante el segundo trimestre del primer año, ciertos cambios en el desarrollo intelectual y emocional del niño, se hacen más marcados (Segal, 2005). En esta posición, se diferencia más claramente la relación del yo con el mundo, esta supone un yo más estructurado y más global. El niño empieza a percibir que el objeto que ama y odia es el mismo (como consecuencia de un desarrollo intelectual mayor). Progresas también en el niño, la organización sexual; las tendencias uretrales, anales y genitales adquieren fuerza, aunque los impulsos y deseos orales predominan aún (Segal, 2005).

El yo más desarrollado comienza, por lo tanto, a inhibir más, y sobre todo los deseos instintivos (agresivo) que causan daño a los objetos amados, instalándose la represión como mecanismo principal. Los diversos aspectos (amado y odiado, bueno y malo) de los objetos, se unen en objetos y personas totales. Estos procesos de síntesis actúan en la totalidad de las relaciones de objeto real (externas) e internas (representantes). Cuando el infante percibe a la madre como objeto total, cambia no solo su relación con ella, sino también su definición del mundo. Reconoce a las personas como seres individuales y separados de él y con relaciones entre sí; en especial advierte el importante vínculo que

existe entre el padre y la madre, esto prepara el terreno para el complejo de Edipo (Klein, 1957).

En este proceso (proyección – introyección) el niño se da cuenta que sus fantasías pueden haber destruido al objeto externo (madre), como producto de la proyección de los impulsos agresivos / destructivos (instinto de muerte), así se despliegan una serie de mecanismos para **recobrar** “lo destruido” externamente e internamente (Klein, 1957).

Se instala **el sentimiento de culpa**, característica depresiva como fantasía de alejamiento del objeto producto del daño ocasionado. Aparece entonces la posibilidad de **reparar** el daño potencial que se establece en la fantasía, como mecanismo para recuperar “lo que en la fantasía se cree perdido” (Klein, 1937).

Cuando el niño se percató además del vínculo libidinal existente entre sus padres, proyecta en ellos sus propios deseos libidinales y agresivos. Esta situación, ocurre como consecuencia de la mayor diferenciación de objeto (interno /externo). El niño como emanado de sus propias proyecciones, se percató entonces que si la madre no está ahí para él, está ahí para otro (el padre). Esto le origina una intensa frustración, apareciendo los **celos**, ya que percibe en la fantasía que el padre obtiene aquellas gratificaciones que él desea para sí. De este modo, la situación depresiva implica para el niño (Segal, 2005):

- Una madre externa e interna posiblemente destruida.
- Una pareja parental interna destruida (situación edípica temprana)
- En el curso del desarrollo variará tanto la elección del progenitor, como los fines libidinales y agresivos, modificándose la elección de objeto.

Las fantasías reparatorias resuelven entonces las ansiedades de la posición depresiva, ya que la repetición de experiencias de pérdida y recuperación, hacen que gradualmente el objeto bueno se vaya asimilando al yo. Pues en la medida, en que el yo ha restaurado y recreado internamente al objeto (constancia objetal), éste le pertenece cada vez más (Klein, 1957).

De esta manera, Klein señala que la mayor diferenciación e integración del sí mismo y de los objetos, se basa en la capacidad del yo para conservar el amor y las relaciones a través de conflictos y dificultades, logrando finalmente mayor armonía de su mundo interno, de esta manera el conflicto amor odio disminuye. Es así como el cambio de la relación de objeto parcial a total, marca la entrada en la posición depresiva, modificando las ansiedades; por ende, las defensas (Klein, 1957).

Para finalizar, con los conceptos principales de la teoría de las posiciones de Melanie Klein, es importante considerar las distintas formas que toma “el objeto” (Segal, 2005):

- **Objetos Parciales:** Objetos característicos de la posición esquizo-paranoide. El primer objeto parcial que experimenta el bebé es el pecho materno. Pronto experimenta otros objetos parciales, ante todo, el pene del padre. Estos objetos pueden aparecer en la fantasía del niño como buenos o malos, ya que se encuentran sometidos a los procesos de escisión guiados por la proyección e introyección (Segal, 2005).
- **Objeto Bueno:** La cualidad de “bueno” se le atribuye, no solamente por su carácter gratificador (externo), sino más bien, porque sobre él se proyectan las pulsiones libidinales del sujeto (interno) (Segal, 2005).
- **Objeto Malo:** La cualidad de “malo” se le atribuye, no solamente por su carácter frustrante (externo), sino más bien, porque sobre ellos se proyectan las pulsiones destructivas del sujeto (interno) (Segal, 2005).
- **Objetos Totales:** Se refieren a la percepción del otro como persona. La percepción de la madre como objeto total caracteriza la posición depresiva. El objeto total es lo opuesto al objeto parcial (objetos escindidos en partes ideales y persecutorias). Sólo en objetos totales se experimentan la ambivalencia, la culpa y los celos (Segal, 2005).

De esta manera, cada una de las posiciones descritas, muestra claras diferenciaciones respecto al tipo de objeto externo (parcial / total), aparato psíquico (fragmentado / integrado), mecanismos de defensa (escisión / represión) y el tipo de ansiedad predominante (paranoide / depresiva) (Klein, 1932).

3.4 Otros Aportes a la Teoría del Funcionamientos Psíquico: Escuela de Viena, Escuela Inglesa e Independientes:

3.4.1 Escuela de Viena:

3.4.1.1 René A. Spitz (1887-1974):

Médico y Psicoanalista Norteamericano. Célebre en todo el mundo por sus trabajos sobre el hospitalismo y su psicología llamada “genética”. Privilegio el estudio de la depresión anaclítica, el destete y la formación del yo, interesándose por las primeras relaciones de objeto, los estadios y las carencias afectivas. Sus trabajos, basados en observaciones directas, recayeron en la relación entre la madre y el hijo durante los dos primeros años de vida (Spitz, 1958).

Spitz (1958) considera que, durante los dos primeros meses de la vida del infante (fase de no-diferenciación) los afectos son indiferenciados y caóticos, como el llanto de perturbación o quietud. Considera “la sonrisa”, que aparece ante el rostro humano entre 2 y 6 meses, como el primer afecto discriminado. Esto no quiere decir que anteriormente el infante no sabía de los afectos, tan solo, que no podía responder en la misma dirección que los de su madre, pues los suyos iban dirigidos para satisfacer sus necesidades básicas de supervivencias, conjuntamente a satisfacciones placenteras/. Ahora, el niño ya es capaz de responder a los estímulos externos (precariamente y lentamente), como también es capaz de comenzar a percibir (precariamente y

lentamente) que es lo que le responde el medio, específicamente su madre; cargas emocionales/tensionales y/o descargas afectivas tiernas y/o bondadosas.

3.4.1.2 Otto Fenichel (1897-1946):

Médico Psicoanalista Austriaco, que de joven fue atraído por este círculo, entonces liderado por S. Freud. En 1920 ingreso en la Asociación Psicoanalítica de Viena (Fenichel, 1945).

Fenichel (1945) atribuye que toda defensa contra las pulsiones, es una defensa contra los afectos dolorosos o desagradables, y sobre todo para evitar que se vuelvan vivencias traumáticas. El autor, nos enfatiza y también nos avisa como el aparato psíquico puede ser construido o destruido (paulatinamente), tanto por falta de afecto, como también por una expresión emocional del orden desagradable; la cual, las de las veces es descargada directamente hacia al niño por parte de la madre, dando totalmente cabida a la concepción de la posición esquizo-paranoide (de Klein), donde el niño introyecta lo que su madre proyecta, en este caso, el niño introduce en su Yo (precario) los cúmulos de afectos (tensionales) y sus efectos, provenientes de su madre, y en lugar de almacenar residuos bondadosos, su Yo débil debe luchar por su integridad, de la cual aún no tiene noticias, puesto que no ha logrado integración alguna, y de seguir en tal continuo, difícilmente lo logrará.

3.4.1.3 Charles Brenner (1913-2008):

Médico Psicoanalista Estadounidense, que formulo teorías como la de la motivación humana y amplió la obra de los sueños de Freud (siendo un firme defensor de su legado) (Brenner, 1974).

Brenner (1974) propuso una teoría unificada de los afectos. Según su teoría, los afectos son fenómenos mentales, pues surgen muy temprano en la vida; cuando las ideas quedan asociadas por primera vez a sensaciones de placer y displacer. Tales sensaciones

están asociadas a la tensión pulsional (falta de gratificación) y a la descarga pulsional (gratificación).

El autor nos declara como aquellos vestigios de recuerdos preliminarmente guardados en las huellas mnémicas (precarias del infante), conllevan ciertas ideas entremezcladas a sensaciones agradables por la gratificación sentida; acto que surge de la relación diada con la madre, donde ella logra satisfacer al niño, y/o sensaciones desagradables, producidas por falta de gratificación; lo que sucede ante la tensión pulsional que se genera en el infante, a causa de los aspectos negativos de parte de la madre (que el niño introyecta), las más de las veces en mayor cantidad que los positivos. De esta manera, el infante, va adquiriendo estas ciertas herramientas para enfrentar sus posteriores avatares que se le presentaran en su vida, sin que esto pueda garantizar un desarrollo y adaptación óptimo, pues cuando comanda la tensión pulsional en el infante, manda a la vez, su impulsividad (proyectada) como fijación de los primeros meses de vida.

3.4.2 Escuela Inglesa:

3.4.2.1 Wilfred R. Bion (1897-1979):

Médico y psicoanalista británico nacido en India, su formación en dicha corriente se produjo en torno a Melanie Klein, la cual fue su inspiración, como también tuvo la experiencia de ser analizado por ella. Llego a ser uno de los representantes dentro de la corriente psicoanalítica post Kleniana (escuela inglesa) logrando destacarse principalmente por su contribución al análisis de los psicóticos.

Otro aspecto que enfatizó Bion, consiste en el aporte realizado a la teoría del funcionamiento psíquico de Melanie Klein, incorporando un aspecto que subyace a la teoría kleniana, pero que, sin embargo, no se explicita. Nos referimos al vínculo emocional que existe entre la diada madre/hijo, al cual refiere Bion; que junto a las necesidades biológicas existen otras necesidades, tan primordiales como la anterior, que son las psicológicas. Dentro de estas últimas está contar con un objeto externo,

elemento central del postulado de Klein, pero que en este caso, Bion no se refiere a la escisión o fragmentación del Yo (presente en la teoría Kleniana), propia de los primeros meses de vida, sino más bien, propone una visión de madre como objeto externo total e integrado (propio de posición de la Depresiva en Klein), dentro de la cual, pese a dicha visión de madre, el proceso que opera en la presente teoría, concuerda con las cualidades y requerimientos propios de la posición esquizo-paranoide. Desde este punto de vista, Bion otorga mayor protagonismo al objeto externo, es decir, la madre, mientras que la teoría kleniana otorga mayor énfasis en la posición del niño en relación al objeto.

Por lo tanto, el postulado de Bion, define que la relación diádica madre/hijo, debería operar como “continente-contenido”; esto consiste en primer lugar, que la madre debe ser “continente” de las angustias del niño provocadas por las fantasías primordialmente persecutorias. Con ello, en segundo lugar, el bebé debería ser capaz de descargar la ansiedad en su madre (objeto externo), si ésta presenta adecuadas capacidades emocionales, podrá absorber y contener las angustias de su hijo (a), permitiendo que sean menos agobiantes. Es decir, *“Cuando la angustia es muy intensa, en especial por las fantasías persecutorias, el niño debe poder descargarlas en su madre. Ella, si tiene ciertas capacidades emocionales, podrá absorberlas, "metabolizarlas" según Bion, y regresarlas de una manera menos angustiante y, por lo tanto, más asimilable para su hijo”* (N. M. Bleichmar & C. L. Bleichmar, 1997, p. 300).

De este modo, la diada se conjuga entre la proyección del niño(a) vinculado a la recepción materna, este último estado, Bion lo define como réverie (ensoñación); el cual consiste en la capacidad mental de contener (continente) la proyección de su hijo (a). Por su parte el niño(a), proyecta en su madre aquellas fantasías y emociones que no puede soportar, dado que lo hacen temer frente a un posible peligro de desintegración y aniquilación. En éste aspecto, Bion concuerda por completo con Klein, en el sentido que la expulsión ansiosa proviene del sadismo y pulsión de muerte, predominantes en el desarrollo infantil pre verbal (posición esquizo-paranoide planteada por Klein).

Por lo tanto, para lograr tolerar la intensidad de ciertas emociones, que implican una tensión psicológica (angustia), es fundamental que la madre haya realizado adecuadamente su función “continente”, logrando una identificación con la capacidad materna que da paso al proceso secundario, el cual permite la demora en las descargas de impulsos. Por ende, cuando la madre no posee dicha capacidad (continente interna), el niño frente a las situaciones de tensión eliminará proyectivamente el aspecto ansiógeno hacia un objeto externo.

Bion (citado en N. M Bleichmar, & C. L. Bleichmar, 1997) consideró este principio en la relación diádica terapeuta/paciente, donde el analista actúa como continente, recepcionando la proyección ansiosa de sus analizados y estos últimos (pacientes), como “contenido” que a partir de ello, logra “amortiguar” dichas expresiones. Es más, gracias al aporte de Bion, se pudo descubrir que en los casos en que los pacientes eran dejados por sus analistas o estos se tomaban vacaciones, se observaban en ellos acting-out, como también transmitían en otros el sentimiento de abandono. Esto se provocaba debido a la ausencia de la función continente que realizaba el analista, replicándose transferencialmente la relación diada inicial.

3.4.3 Escuela Independiente:

3.4.3.1 William R. Fairbairn (1889-1964):

Teólogo, Filósofo, Médico y Psicoanalista inglés, quien dio una perspectiva diferente a la libido (energía psíquica); proponiendo que ésta es una búsqueda de objeto. Al contrario de lo que Freud pensaba; la libido como búsqueda de placer. Fairbairn, abandona la segunda tópica propuesta por Freud, reemplazándola por una estructura endopsíquica, en la cual, aquello que prima es la relación de objeto (Fairbairn, 1952).

Fairbairn (1952), plantea que la libido y la agresión quedan subordinadas a las relaciones objétales (por implicación de emociones).

Este autor, además alude a que el origen de toda afección psicopatológica, está en las perturbaciones que vive el niño durante todo el desarrollo de las relaciones de objeto. Primeramente propone a la libido como una búsqueda de objeto y no de placer (como planteo Freud), esto no quiere decir que rechace o desmienta tal propuesta, si no, que Fairbairn la complementa apoyado en la teoría Kleinina de las relaciones de objetos (relación diádica; madre-hijo, que se basa en la existencia de un objeto real interno, para lo que se requiere la existencia de un objeto real externo). Esto nos da a interpretar que para que exista una búsqueda de placer, antes debe existir una búsqueda de objeto, tal como sucede en la posición esquizo-paranoide (planteada por Klein).

3.4.3.2 Michael Balint (1896-1970):

Psicoanalista y Bioquímico Británico que integra el modelo biológico planteado por Freud. Amplio esta teoría, pues considera que una falla o falta básica (que las más de las veces, opera en toda la estructura psicobiológica del niño), proviene de alguna carencia en el estadio de la “Falta Básica” (estadio propuesto por él), donde las relaciones son diádicas (no triangulares, es decir, conflictivas propias de una etapa pre-edípica). Esta carencia se da como resultado de un defecto básico; falta de ajuste en la relación del niño con el objeto primario (el pecho materno), lo que les hará sentir un constante vacío, sentirse inservibles, mostrarse apáticos, dando así, nacimiento a la agresividad. (Balint, 1967).

Balint (1967) destacó la importancia del estadio “Falta Básica”, donde las relaciones son diádicas (entre la madre y el hijo), e impera lo emocional sintónico y no lo verbal (como en las relaciones entre adultos). En este estadio, la falla es una consecuencia de una falta de armonía en dicha relación diádica en este periodo pre-verbal, en el cual se formaría una especie de vacío o déficit. Esta falla o falta básica, se haría presente en el actuar futuro del niño, a través de regresiones con demandantes e imperantes comportamientos disruptivos, del orden agresivo, con o por sentimientos de haber perdido algo, las más de las veces irrecuperable.

Por lo tanto, si bien Balint hace referencia al período pre-verbal en el niño como “Falla o Falta Básica”, este coincide en cierto sentido con la “Posición esquizo-paranoide” planteada por M. Klein, la diferencia estriba solamente en que Klein se refiere a este periodo desde el concepto posición; específicamente porque se constituyen polos entre los cuales oscila la vida psíquica, los que se definen a través, de la posición del niño en relación con el objeto e implicando el tipo de relación con el objeto (que se produce), la ansiedad predominante (que se produce) y los mecanismos de defensa que imperan y operan (proyección-introyección).

3.4.3.3 Donald W. Winnicott (1896-1971):

Pediatra, Psiquiatra y Psicoanalista Inglés, quien centró sus investigaciones en la relación diádica entre madre-hijo, y el desarrollo del niño a partir de dicha interacción, pues es la madre, dice Winnicott, el primer entorno del infante, luego el padre participará y será parte de éste solo a través de la mediatización de la madre. En este primer momento de la vida del lactante, es la madre la que debe transmitir directamente sentimientos de seguridad y de amor al niño en su rol en la constitución psíquica del niño (el padre debe hacer lo mismo; transmitir sentimientos de seguridad y de amor, a la madre y no directamente al infante).

Winnicott plantea que *“el bebé existe siempre con alguien más”*, una madre que lo construye, que amorosamente lo invita a vivir, siendo lo suficientemente buena para garantizar el bienestar físico y psíquico. Si estos cuidados maternos fallan, el niño será avasallado por una angustia catastrófica, del orden de la aniquilación (psíquica y posiblemente también física), pues cualquier falla ambiental, es una base para la producción de trastornos posteriores (Winnicott, 1952).

Aun así, Winnicott hace referencia a la precaución que merece la permisividad de parte de la madre, pues esto es patológico; debe tratar de lograr un cierto equilibrio entre ser una madre suficientemente buena, capaz de dar libertad al desarrollo del verdadero yo del infante, acogiendo y comprendiendo sus gestos espontáneos e interpretando sus

necesidades y satisfaciendo éstas, pues ante la frustración que le causa la falta de gratificación, es que aparece un falso yo (estructura de defensa) cumpliendo una labor adaptativa que lo acerca al cumplimiento de la realidad social o lo aleja de ésta, las más de las veces patologizando (alejándose de lo propio del niño, pues prácticamente asume prematuramente las funciones maternas, sobre todo de cuidado y protección). Para Winnicott (1965) las funciones maternas son tres;

1.- **El Holding** (sostenimiento o sostén); Sostenimiento físico y emocional del bebé por la madre, como una conducta afectiva que facilita el desarrollo emocional primitivo. La madre funciona como un yo auxiliar (satisfaciendo principalmente las necesidades de nutrición y de abrigo, ambas, conjuntamente a la transmisión de apoyo, confianza y amor), esto lo hace hasta cuando el bebé logre desarrollar sus capacidades innatas de integración y síntesis. Después de dejar vivir al bebé el periodo de ilusión (omnipotencia) la “madre suficientemente buena” desilusiona progresivamente.

Cuando ha fallado la ilusión durante la fase de dependencia absoluta puede ocurrir el replegamiento (personalidad esquizoide). La ausencia materna (física o emocional) da origen a una fantasía en que tanto el reencuentro como el reemplazo son impensables. Toda la vida quedará marcada por una vivencia de pérdida irreparable y sin esperanza. La otra posibilidad es el aferramiento patológico a un único objeto que sustituye a la madre, como cronificación patológica del objeto transicional (un peluche, un pañal, etc.). (Winnicott, 1951).

Cuando el holding (estable, seguro y confiable) fracasa, la continuidad existencial se interrumpe y el infante vive amenazado por las angustias primitivas. Esta experiencia con las angustias primitivas deja una marca traumática en el psiquismo. La organización de defensas tempranas de emergencia genera una escisión del self con el fin de mantener sitiado el trauma, que queda así inscrito en el inconsciente, sin acceso al recuerdo ni a la palabra, pero con la potencialidad de reactualizarse posteriormente. (Winnicott, 1965).

2.- **Handling** (manipulación o manejo); Manera que tiene la madre para mover al infante, depositarlo y trasladarlo en el espacio, incluyendo las actitudes protectoras y proveedoras, sin que se adivinen las necesidades, más se comprenden éstas. Estas acciones le permiten al niño percibir “lo real” como contrario de lo “irreal”, facilitando la coordinación corporal, su experiencia y posteriormente la personalidad. (Winnicott, 1965).

3.- **Objet-Presenting** (presentación objetal); Winnicott refiere a que la madre, debe ir presentando paulatinamente al niño, la realidad con todo lo que en ella está inscrito; desde el plato de comida sólida y la cuchara, hasta ciertas rutinas de lo que corresponde al día o a la noche. Da bastante énfasis si la madre presenta al infante lo que él necesita (sin que esto sea producto de adivinanza, más debe ser un resultado comprensivo), pues de esta manera, ira adquiriendo confianza en los objetos del mundo real. (Winnicott, 1965).

Según Winnicott, (1945, 1949b, 1952, 1965): Al inicio, el bebé es cruel, sin inquietud, sin compasión o preocupación por el objeto, tiene satisfacción de autoexpresión (periodo de amor instintivo o de preinquietud). Mientras que en la fase depresiva (kleiniana) empieza la inquietud y compasión por la madre.

Winnicott considera que la agresividad está presente antes de la integración de la personalidad y que en su origen es casi sinónimo de actividad y un cierto potencial innato de motricidad primitiva. La frustración (desilusión óptima) tiene como consecuencia que el lactante odie el objeto y este odio (agresividad) es lo que conduce al niño a la manifestación del deseo y a la diferenciación de su self respecto del mundo exterior.

3.5 Concepto Psicoenergético:

Para posibilitar una comprensión del TDAH en niños en edad escolar, nos ha parecido pertinente realizar un análisis de las manifestaciones de dicho trastorno, conjuntamente a revisar, dar lectura y escucha a “lo latente”, aquello del orden inconsciente de la presente sintomatología, y de su posible causalidad.

Para esto, hemos articulado una operacionalización centrada en el concepto “psicoenergético”, que si bien, no ha sido de nuestra creación directa, ya que el concepto a utilizar alude a una técnica que proviene de la medicina china, que consiste en reajustar el desequilibrio, como también ha sido utilizado fundamentalmente por el paradigma humanista, junto a la medicina cuántica. Aun así, en esta investigación, lo utilizaremos desde una mirada más profunda, es decir, desde una mirada psicoanalítica.

Hablamos desde el concepto “Psicoenergético”, destacando la participación activa de la energía psíquica en el TDAH en niños en edad escolar, cuya energía, las más de las veces es dejada de lado por la importancia que conlleva el factor biológico; incidencia que da paso a la relevancia del tratamiento psiquiátrico-farmacológico, el que a menudo solo castra las expresiones de los síntomas, dejando o acumulando cierto monto de energía psíquica, que necesariamente se desplazada, se niega, y por sobre todo se proyectada en búsqueda de otras formas de expresión, esta vez avasalladas por irrefrenables impulsos.

De esta manera, considerar solamente el factor biológico en el tratamiento del TDAH en niños en edad escolar, implica desmarcarse, minimizar o bien desconocer la presencia e implicancias del flujo energético psíquico, como componente integral dentro de la posible incidencia en la génesis de dicha patología, como también y sobre todo, en el tratamiento de este trastorno.

Para esto, destacamos que este concepto “Psicoenergético”, proviene de la bioenergética que describe la transferencia y utilización de la energía en los sistemas biológicos, la cual se interesa sólo por los estados energéticos inicial y final de los componentes de

una reacción, no del mecanismo o de los tiempos necesarios “intermedios” para que el cambio químico se lleve a cabo. Esto es como olvidar el contenido de un proceso que conlleva hacia una meta, donde está la clave que posibilita la articulación de un cierto estado energético final a comparar con el inicial. Esta transferencia que emana en la lógica causa/efecto (estado energético inicial/final), no nos responde del todo a la causa o génesis, en este caso del TDAH. Quizás si afloran ciertos y certeros presagios de una descompensación energética, mas no nos aclara “cómo” es que éstos suceden (esta descompensación energética), pues y haciendo referencia al ámbito clínico, al obviar el proceso para dar lugar al estado energético inicial/final, no solo se está saltando parte importante de un tortuoso camino para quien padece TDAH, también se está contribuyendo a la falta de rigurosidad al momento de diagnosticar, considerando al influjo biológico imperante, y más aún, como un principio y final de este trastorno.

No hay duda que han sido cuantiosos los estudios que han surgido a partir de dicha problemática del TDAH, donde el peso de la energía biológica no se ha impuesto por sobre la psíquica, más bien ha sido la mirada médica la que lo ha impuesto (lo biológico sobre lo psicológico), enfatizando que se trata de un síndrome conductual con bases neurobiológicas y un supuesto componente genético, siendo la teoría neurocientífica la que tiene mayor ponderación con sus evidencias sobre el desequilibrio de neurotransmisores.

A continuación, nombraremos y distinguiremos los factores biológicos-genéticos (anteriormente expuestos), de los factores psicosociales-ambientales, pues nos parece necesario, ya que éstos últimos también se van articulando como posibles agentes desencadenantes, facilitadores y/o agravantes del TDAH en niños en edad escolar.

3.5.1 Proceso Bioenergético:

El posible devenir que pudiese acontecer tan solo con esta energía biológica, si bien, es bastante relevante e importante para el equilibrio necesario del ser humano, no es así lo fundamental o prioritario, como se le ha categorizado.

La mirada biológica sitúa como origen del TDAH, a una alteración en el desarrollo de los circuitos cerebrales, específicamente a nivel del córtex pre frontal. Produciéndose entonces un desequilibrio de los neurotransmisores dopamina y adrenalina (sustancias químicas del cerebro) encargadas de transportar la información a través una sinapsis eléctrica, provocando que la producción de estos dos neurotransmisores sea irregular (Carrasco & Aboitiz, 2009; Soutullo & Díez, 2008). Bajo esta óptica de análisis se nos hace necesario destacar que los seres humanos aprendemos con nuestro cerebro, mediante el establecimiento de nuevas redes o circuitos neuronales; las neuronas se reagrupan y se intercomunican a través de la sinapsis, siendo los neurotransmisores fundamentales para dicho proceso, aun así, antes de considerar las afecciones o la producción irregular de los neurotransmisores (dopamina y adrenalina), existe un componente, que “si es”, base fundamental para esta reacción eléctrica, nos referimos a la mielina, pues es la que facilita la sinapsis, proporcionando una mayor velocidad de transmisión de la información, mediante la regulación de la velocidad y sincronización de los impulsos nerviosos, por ende, es clave en el aprendizaje humano.

La mielina es una capa de grasa que rodea a la neurona y que le genera un aislamiento eléctrico, no siendo éste un proceso puntual, más esto continua durante décadas en el cerebro humano, siendo modificable (mielina más delgada o más gruesa) momentáneamente, solo por la experiencia, no así por influjos biológicos o farmacológicos, los que actúan como un depositario, particularmente por tener el cuerpo humano como un receptor en lo concreto del síntoma, pasando luego éste, a expresarse y anclarse en dificultades de orden abstractas y/o psicológicas como alteraciones de funciones ejecutivas (desglose completo de mielina, en próximo punto).

Es así, como el TDAH se expresa según la mirada médica; siendo un manifiesto déficit, que genera problemas en los circuitos reguladores de varias zonas del cerebro como el córtex pre frontal, el cuerpo calloso y los ganglios basales, alterando el adecuado actuar de las funciones ejecutivas, principalmente de la atención, memoria, planificación,

organización y regulación de la conducta (Carrasco & Aboitiz, 2009; Soutullo & Díez, 2008).

Ahora, cabe aclarar que lo biológico no existe por si solo en el circuito de la salud humana, por ende, tan solo desde este paradigma (biológico) se nos es imposible explicar, aclarar y por sobre todo comprender el circuito energético que opera en el TDAH en niños en edad escolar, pues, aunque es y se ve en lo concreto, su influjo energético se complementa necesariamente con el psíquico, siendo muy frecuentemente en lo biológico donde se expresa aquello del orden y/o desorden de la energía psíquica. De esta manera, no estamos menospreciando lo biológico, tan solo queremos sostener que también existen procesos psíquicos, los que a veces actúan primariamente. De todos modos y como síntesis, ante cualquier proceso donde se vea afectado el bienestar del ser humano, participan y lo harán siempre, tanto el flujo de energía psíquica como el biológico; si es afectado uno, también lo será el otro. Mientras uno es la fuente “de”, el otro será el resultado “de”, siendo este un circuito dinámico, pues no hay una posición o activación estructurada para ningún tipo de energía.

De esta manera, independiente de los síntomas o diagnósticos (como un antes y un después), existe inevitablemente un componente energético tanto físico como psíquico, donde ambos flujos de energía dialogan y se expresan, repercutiendo de diferente manera en el actuar, pensar y sentir del niño con TDAH.

Por lo tanto, que se haya localizado y aceptado por años y por diferentes profesionales, que la causa del TDAH está ubicada en ciertas alteraciones en zonas cerebrales, no quiere decir que éste trastorno enfáticamente tenga éste origen, pudiendo más bien tratarse de una consecuencia “de”, puesto que esto ha sido constantemente comprobado bajo rigurosas pruebas científicas, apuntaladas en la tecnología; pruebas que aunque evolucionan más rápido que el ser humano, no detectan el recorrido psíquico y sus influencias (sean estas positivas y/o negativas), ni tampoco llegan a saber que esta energía potencia y de una u otra manera, con frecuencia apunta a la biológica, dándole incluso una connotación dinámica en toda su gama de manifestación.

3.5.2 Energía Psíquica:

Desde una mirada psicoanalítica, el componente que brinda una mejor explicación en la comprensión del TDAH en niños en edad escolar, es el de energía psíquica, situándola desde el concepto “psicoenergético”; que consta de un recorrido de energía psíquica y biológica, donde no necesariamente es la biológica la que impera dicho devenir, aunque hay que valorar que en ciertas instancias si lo es, y por lo mismo es que ahora nos enfocamos en dar presencia a las veces en que la energía psíquica comanda el recorrido de cualquier tipo de proceso (aun así, dicha energía queda latente y/o aparentemente ausente) haciéndose notar a través de impulsos que de irrefrenables se vuelven en alteraciones en las conductas, del orden inadaptativas (como expresión manifiesta de las pulsiones de muerte). Desde este punto crucial, es que nos adentramos en la utilización de este concepto, para nosotros central en dicho planteamiento, puesto que las explicaciones biológicas, referente al TDHA, nos han entregado durante varios años la misma consigna o señalando la misma causa de dicha alteración.

La pulsión, siendo el motor del aparato psíquico, cumple un papel fundamental en este recorrido psicoenergético, conjuntamente al impulso (prácticamente su expresión), cuyo influjo energético es el fundante (aquel que opera) en el desencadenamiento de la sintomatología del TDAH, pues la génesis de ésta la encontramos un escalafón antes; en aquella vivencia del infante, en sus primeros meses de vida.

3.5.3 Recorrido dinámico de la Pulsión: Propuesta Freudiana.

Según Laplanche en Diccionario de Psicoanálisis (1996), la pulsión es un proceso dinámico, que consiste principalmente en un empuje o fuerza con tendencia a suprimir un cierto estado de tensión que se origina en la fuente, es decir, en una zona erógena. Es una exigencia permanente de la cual no podemos huir, alcanzando su fin (satisfacción) gracias a un objeto (estímulo), que es totalmente variable, de acuerdo a las circunstancias.

Freud (1915) nos señala que puede haber una cierta ligadura entre la pulsión y un objeto determinado, lo que puede producir una fijación, sobre todo en etapas pre-genitales del infante. El descubrimiento freudiano, al comienzo se refiere esencialmente a la noción del inconsciente y por ende de la sexualidad infantil. Freud descubre el vínculo entre el síntoma somático y la causa del síntoma, o sea, un traumatismo del orden psíquico (que lleva energía psíquica y conlleva a un desplazamiento de ésta).

3.5.3.1 Manifestaciones de la Pulsión:

De la pulsión nada se sabe si no es a través de los afectos o representaciones, pues se expresa mediante ellos; cuando el afecto se separa de la representación, pasa a ser el aspecto cuantitativo, el cual se manifiesta corporal o subjetivamente como afecto (aspecto cualitativo), es decir, una cierta cantidad de energía pulsional se desprende de la representación y tendrá diferentes destinos y posiblemente adquirirá cualidades distintas (angustia, parálisis histérica, etc.). Cabe señalar entonces la definición de estos dos conceptos:

- **Afecto:** Este concepto corresponde a la expresión cualitativa de la pulsión y de sus variaciones, pues se refiere a todo estado afectivo, penoso o agradable, como expresión emocional, eventualmente reprimida [réprimée] (Laplanche, 1996).

- **Representaciones:** Corresponde a pensamientos, imágenes y/o recuerdos a los cuales se fija la pulsión durante la historia del sujeto. Es reprimida y constitutiva del Inconsciente. (Freud citado en Laplanche, 1996).

3.5.3.2 Componentes de la Pulsión:

En 1905 Freud en su obra *“Tres Ensayos de Teoría Sexual y otras Obras”* (volumen VII), introduce la palabra “Trieb”, y señala tres componentes de la pulsión: fuente, objeto y fin. Posteriormente, en 1915, en su obra: *“Trabajos sobre la Metapsicología y otras Obras; contribución a la historia del movimiento Psicoanalítico”* (volumen XIV), introduce el cuarto componente de la pulsión, “el empuje”.

- **Fuente:** Origen interno específico de cada pulsión determinada, ya sea el lugar donde aparece la excitación (zona erógena, órgano, aparato), ya sea el proceso somático que se produciría en aquella parte del cuerpo y se percibiría como excitación (Laplanche, 1996, p. 167). Es decir, la fuente es el status físico-químico del organismo a causa del cual un estímulo sensorial produce una excitación.

- **Objeto:** Es aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin. Puede tratarse de una persona o de un objeto parcial, de un objeto real o de un objeto fantaseado (Laplanche, 1996). Es aquello hacia lo cual se dirige una acción o un deseo.
- **Fin:** El fin o meta pulsional es la actividad hacia la que empuja la pulsión y que conduce a una resolución de la tensión interna; esta actividad está sostenida y orientada por fantasías (Laplanche, 1996). De esta manera, el fin implica la búsqueda de satisfacción, entendida como descarga para eliminar el estado físico de excitación.
- **Empuje:** Factor cuantitativo variable que afecta a cada pulsión y que, en último análisis, explica la acción desencadenada para obtener la satisfacción; incluso cuando la satisfacción es pasiva (ser visto, ser pegado), la pulsión, en la medida que ejerce un 'empuje', es activa (Laplanche, 1996).

Respecto a estos conceptos, se nos hace evidente proponer entonces que en el TDAH, existe una FUENTE, un FIN y un EMPUJE de energía, en ausencia de un OBJETO claramente identificado.

3.5.3.3 Destinos de la Pulsión:

1° **Teoría:** Freud expone y explicita en 1915 las Pulsiones de autoconservación y sexuales. Las primeras, asociadas al conjunto de necesidades ligadas a las funciones corporales de conservación (hambre y abrigo, etc.), y las segundas, ligadas a la

búsqueda del placer o goce que provoca la estimulación de determinadas zonas corporales, pero que actúan más allá de las actividades sexuales básicas.

De esta manera, las pulsiones sexuales se apoyan de las pulsiones de conservación, pero luego se independizan, volviéndose autónomas.

2° Teoría: Formulada en 1920, diferenciando pulsiones de vida y de muerte:

- **Pulsión de Vida** (también denominada Eros): Abarcan tanto a las pulsiones sexuales, como también a las de autoconservación.
- **Pulsión de Muerte** (también denominada Tanatos): Se contraponen a las pulsiones de vida, tendiendo a la reducción completa de tensiones.

La pulsión se satisface entonces en “ese ir y venir”, no obstante, esa satisfacción es siempre parcial, es decir, la pulsión se satisface en su propio recorrido, recorrido que nunca termina. Se satisface parcialmente y se expresa a través de los síntomas e impulsos. Ahora bien, la medicina actual y de antaño le ha otorgado gran connotación al síntoma, no así a la pulsión e impulso.

3.5.4 Recorrido dinámico del Impulso: Propuesta Kleiniana.

Para Melanie Klein, desde el nacimiento existe en el niño un yo precario, capaz de experimentar angustia (sin que tenga noticias de ésta) y sentir y expresar el conflicto entre las pulsiones de amor y odio en su lazo con los objetos, esto a través de impulsos. Este Yo débil, llega a poseer mecanismos de defensas (primitivos, en polaridades) que posibiliten y diferencian el self del objeto. Este Yo posee una función bien particular; crear fantasías, las cuales no hay que pensarlas como simples y siempre presentes fugas de la realidad, si no como inevitablemente unidas a las experiencias reales y en un contacto directo con ellas. Para esto, Klein da el siguiente ejemplo; *“para cada impulso hay una fantasía correspondiente...., al deseo de comer le corresponde la fantasía de algo comestible que satisfacerla ese deseo, “el pecho”* (Segal, 2005, p.20).

Klein introduce el término de “fantasías inconscientes” dándole un lugar central en su teoría, entendiéndolas como contenidos primarios de los procesos mentales inconscientes, es decir, como los representantes psíquicos de los instintos, y por tanto, están presentes (al igual que los impulsos) desde el comienzo de la vida (Segal, 1994).

Estas fantasías inconscientes, se organizan en un a priori endógeno que es el impulso (bajo la presión del impulso, de algo interno), encontrando más o menos apoyo en el exterior, al que luego deforman, creándose la realidad psíquica, es decir, logrando un carácter permanente. En su deformación de la realidad, la fantasía lo que más puede hacer es fingir el deseo (la falta de objeto y/o sujeto), el cual se sostiene tanto en el síntoma como en el fantasma (Klein, 1959).

Klein plantea posteriormente una premisa incluso más sorprendente; que el Yo y las fantasías inconscientes están presentes desde el acto de nacer (diferenciándose de la propuesta freudiana). Adelanta al mismo tiempo la instalación de Superyó, proponiendo la idea de formación temprana como consecuencia del impulso agresivo y la introyección de los objetos primitivos. El superyó tendría así un carácter dual: por un lado tendremos el aspecto severo y punitivo proveniente del objeto parcial persecutorio introyectado, donde el sadismo estribaría en la desmesura con que castiga, como respuesta a algo que fantaseó o hizo el sujeto en una infracción de la norma.

Un punto interesante del pensamiento de Klein apunta a que el superyó no es sólo una estructura que provoca angustia, como señala Freud, sino que también es una estructura defensiva en contra de la angustia. Para explicar esto nos enfocaremos en un mecanismo descrito por Klein en 1946, la *Identificación Proyectiva*; que consiste en un proceso intersubjetivo (formado de relaciones interpersonales, mediante la generación, consenso o acuerdo de los miembros de un grupo, donde existen divergencias de significados compartidas o parcialmente compartidas), por el cual alguien inocular (introduce) y hace sentir a los otros significativos, ciertos estados emocionales. En el caso del niño en la posición esquizo-paranoide, la madre es aquel significativo que no lee o no logra leer aquellos ciertos estados emocionales.

Estos aspectos o elementos que el niño introyecta y proyecta, pueden llegar a ser negativos y también positivos. El niño no puede valorar estas cualidades en sí, ya sea por la culpa o persecución que lo aqueja (angustia paranoide que lo hace estar fijado en la posición esquizo-paranoide). Lo que si podemos aseverar es que tiene la necesidad de adjudicárselos a un otro.

Así, llegamos a abordar la concepción que Klein le da al objeto interno, el cual, para ella es una consecuencia de la introyección del objeto que Freud describió en “Duelo y Melancolía” (1917). Klein señala que los factores externos son muy importantes ya que toda experiencia fortalece la confianza en el objeto bueno externo; sin embargo, es indudable que dicha autora da más importancia a los factores intrínsecos determinados por la lucha de sus impulsos. Mientras para Freud el objeto interno era esencialmente objeto de los deseos sexuales y agresivos, Klein a esto le agrega otra función: el objeto interno es primariamente buscado para desprenderse de la angustia y proyectar en él lo que no puede tolerar dentro de sí.

Para Klein la angustia es escindida, es decir, el niño con TDAH no tiene noticia de su angustia. La angustia es la hipótesis central, el motor del psiquismo en su teoría. Siendo la agresividad su causa, ya que la frustración o los sentimientos de impotencia-desvalimiento provocados por los objetos, son un elemento que intervienen en el proceso definitorio para dichos impulsos agresivos, ya que las pulsiones sádicas y agresivas están adscritas a la pulsión de muerte.

La angustia, es la función del otro significativo en su actuar, esa sensación de vacío y de la nada, las cuales son la base de las vivencias de satisfacción y sufrimiento, donde el dolor y la angustia son el producto de ese aumento de tensión llamado pulsión. La Pulsión no es sin objeto y/o sujeto, por lo cual el Ser es producto de un acontecimiento que crea un vacío y la nada, que produce un aumento de tensión que devendrá en ansiedad.

Klein señala que al comienzo de la vida hay dos fuentes de ansiedad: la interna que estaría dada por la pulsión de muerte que fundamenta el temor a la aniquilación, y la externa estaría dada por la experiencia al nacer en forma de la primera castración y sería la base de las angustias posteriores.

Plantea Klein que la base constitucional de la intensidad de la avidez es provocada por la fuerza de los impulsos destructores en su interacción con los impulsos libidinosos. En algunos casos, la ansiedad persecutoria incrementa la avidez y en otros, produce tempranas inhibiciones de la alimentación.

El motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente, lo que aumenta la necesidad de poseer este objeto, guardándolo dentro de sí y protegiéndolo de su propia destructividad.

De acuerdo con Klein, las dos primeras posiciones del bebé determinan las fuentes de ansiedad más determinantes en la predisposición a esta neurosis. Esta concepción de posición cambia el concepto de fases libidinales freudianas. La teoría de las posiciones explicita que en la posición esquizo-paranoide, el yo es fragmentado y los objetos serán distorsionados, por la disociación y la proyección en ellos de impulsos tanáticos y libidinales. Se produciría entonces una escisión de las pulsiones (división de pulsión de vida y muerte); mientras que en la posición depresiva los objetos estarán integrados (ya no habrán fragmentos), hay objeto completo (madre), los mecanismos de defensas son más avanzados, todo es acorde y basado en el principio de realidad. Klein, supuso a la posición depresiva como el momento crucial del desarrollo, lo que permite la organización del sujeto. Esto nos hace pensar, que existe algo que marca al niño, marca de la cual no puede escapar (cierta fijación que se articula de diferentes formas, manifestándose en variados síntomas y sus sentidos) (Klein, 1946).

3.5.5 El Deseo:

El deseo simboliza la falta de algo que escapa de la necesidad; eso que no puede ser satisfecho, que no puede ser cubierto. Es una percepción sin un objeto, dando como problema una alucinación, que no obtiene la satisfacción de la necesidad, pues no está el objeto. El deseo no se satisface, la pulsión si, a través de los impulsos y síntomas.

El anhelo no es el deseo en psicoanálisis, pues este se puede nombrar. El deseo en psicoanálisis es la idea de un deseo articulado (es la marca de algo perdido, de un objeto perdido que nunca estuvo, si hubiera estado y se hubiera perdido, quizás tendríamos alguna posibilidad de encontrarlo y de nombrarlo, aun así, ningún significante puede articularlo “nombrarlo”). El deseo es algo que no se tiene, que uno cree que debería tener.

3.5.5.1 Recorrido del Deseo:

Toda concepción del Ser Humano, tiene ciertas nociones que son fundamentales, por lo cual es indispensable delimitarlas. Tal es el caso del dinamismo del deseo en psicoanálisis, aspecto fundamental para comprender el dinamismo en TDAH.

- **Deseo Consciente:** Anhelos (hay objeto, existe), se sabe de ellos.
- **Deseo Preconsciente:** Conjunto de impresiones y vivencias que no fueron tramitadas en la vigilia; los anhelos, los deseos no cumplidos, aun así nombrables.
- **Deseo Inconsciente:** Aquella fuerza que partió del apremio de la vida (desde el nacimiento), no pudo satisfacerse con la percepción, entonces emprende el camino hacia el polo motor (regresión) y se encuentra con los restos diurnos (con percepciones no elaboradas), por ende, no son percepciones, son

restos de percepciones que se someten a las leyes de la introyección-proyección sosteniéndose siempre en el fantasma.

Al fantasma le corresponde el bienestar, tomando en cuenta que éste no se interpreta quizás se construye. El fantasma sería lo que transforma el goce en placer.

De acuerdo a lo señalado por Kroytor (2007), el aparato psíquico proyecta la pulsión hacia afuera (hacia el síntoma), porque es más fácil defenderse de lo que viene de afuera que de lo interno (el impulso). Esta perspectiva, nos permitiría hipotetizar, que el síntoma en el TDAH, es el resultado de aquello que el niño no logra tramitar internamente, y por tanto, se desplaza hacia afuera.

El niño, en los primeros meses de vida está a la deriva de su madre, pasando a ser el fantasma lo que lo fija a este significante; éste no se reduce a lo imaginario (a lo visto), aquello que opera, cautiva y fascina es siempre lo que tapa un vacío, la falta de otro o en el otro (falta de la madre o falta del pecho en la madre), ahí es cuando la imagen triunfa, cuando la madre no lo asiste (la imagen emerge). Luego aparece el desvanecimiento de aquella imagen, reinando entonces el vacío del orden de lo siniestro (Menassa, 2010).

Lo anterior, el vacío como algo siniestro, las más de las veces da paso a la envidia, pues produce un aumento de la aidez o deseo, siendo éste muy fuerte e intenso, lo cual tiende a fortalecer la sensación de frustración y paralelamente aumenta la intensidad de la agresión. Todo esto genera una exacerbación de la ansiedad persecutoria en el niño, la cual solo desaparece ante la disminución de la envidia, puesto que esto permite mayor gratificación. Klein plantea que la envidia está separada de la frustración (no es lo frustrante del objeto materno lo que provoca este impulso envidioso). Manifiesta que este impulso es agresivo y proviene del niño (es endógeno) y sus bases provienen de la pulsión de muerte, teniendo como objetivo atacar los aspectos buenos del primer objeto con el cual se vincula su mente, el pecho materno. Klein consideró a la envidia, como una fuente base de la agresividad, de una naturaleza constitucional, sobre todo, considerando que surge a partir de una desvalorización previa del niño. Por esto es que

la envidia, prácticamente es el punto de partida de la precariedad de la autoestima, pues tempranamente existen experiencias antagonistas, de carácter violento y persecutorio que pueden transformarse en agresión y dar inicio a un cuadro diagnosticado como TDAH.

3.5.6 Agentes, factores o aspectos externos al Niño/Sujeto:

Algunos estudios relacionan ciertos agentes, factores o aspectos externos como precipitantes a la aparición del TDAH, premisas que si bien no corresponden al enfoque psicoanalítico, contribuyen sin duda a los esfuerzos que dicho paradigma ha puesto en la comprensión del afecto como elemento fundante del psiquismo humano.

Dentro de éstos factores, podemos mencionar con suficiente base científica, los efectos que se producen en el niño cuando ha sido víctima de abandono en periodos críticos del desarrollo, donde tanto las condiciones previas, como las posteriores al abandono, suelen ir ligadas a la desnutrición, a la falta de estímulos sociales (en este caso, en mayor grado) y a acrecentadas necesidades versus su carencia de satisfacción, siendo la principal “el afecto”.

La investigación realizada por Gabriel Corfas (médico y profesor de Neurología, Otolología y Laringología del Hospital de Niños en Boston, EE.UU.) publicada en un artículo el 14 de septiembre de 2012 en la revista Science, sobre cómo influye el aislamiento social en el cerebro del recién nacido, plantea como el abandono temprano y/o el aislamiento temprano del infante, influye en la maduración de los oligodendrocitos (células responsables de la producción de mielina en el sistema nervioso central). Esto quiere decir, que el abandono provoca pérdida de mielina en las regiones pre frontales del cerebro del niño (regiones que más tarde serán fundamentales para el aprendizaje). De esta manera, un cerebro con menos mielina, provoca que las neuronas trabajen a un ritmo más lento, lo cual en el ámbito escolar queda claramente reflejado en el pobre desempeño cognitivo, mientras que la actividad locomotora

general, no se ve alterada en estos niños (es decir, continúan gobernados por la impulsividad e inquietud motora).

Corfas, logra demostrar que la privación afectiva (abandono/aislamiento) produce una porción de mielina más delgada de lo habitual en las neurona, modificando la velocidad de conducción de los impulsos, dando como resultado una menor sincronía del tráfico de impulsos entre regiones corticales distante, afectando de manera crítica en el rendimiento mental óptimo y el aprendizaje (Fernández & Cortés, 2013).

Otro proceso que puede ocurrir es que la pérdida de mielina cambie la función dopaminérgica, lo que genera déficit en la memoria de trabajo y en las interacciones sociales.

Esto explicaría, por una parte, porque una gran mayoría de escolares están siendo diagnosticados con TDAH (también explicaría la sensibilidad al metilfenidato), y por otra, no sería de extrañar que los síntomas del TDAH se confundan con los síntomas propios de una vinculación afectiva no construida en el primer año de vida, pues la sintomatología en ambos casos sería similar. De esta manera, las mismas regiones cerebrales comprometidas, responden a etiologías diferente; mientras en uno se da una disminución de dopamina en las áreas pre frontales (en TDAH), en el otro, se produce pérdida de mielina y una menor densidad sináptica, alterando la nueva formación de circuitos neuronales, precisamente en el área pre frontal del cerebro (Garipey & Cols, 1995).

En elevada proporción, los casos de privación afectiva, estarían siendo diagnosticados como TDAH y tratados con metilfenidato, sin distinción del factor etiológico. Lo preocupante, es que si el niño no tiene disminución del neurotransmisor dopamina, si no, pérdida de mielina, lo que produce el metilfenidato es un aumento de la disponibilidad de dopamina en la hendidura sináptica, lo que provoca que se eleven los niveles de dopamina en las áreas pre frontales, siendo esta la base fisiopatológica de las alucinaciones visuales y táctiles (Huber & Cols, 2008).

Estos nuevos síntomas, como también los anteriores (impulsividad, agresividad, acting out, dificultad en la concentración, etc.), son tan solo actos, entendidos como formas de expresiones de los impulsos (del orden de lo latente, de lo oculto, del inconsciente), y por tanto habitualmente no considerados directamente. Por consiguiente, la única manera de hacerlos conscientes (presente), no es mediante la utilización de métodos artificiales como fármacos, sino a través del saber psicoanalítico que en su articulación posibilite el acceso al componente psíquico, que restituya el orden biológico.

Las tendencias médicas se inclinan, sin embargo, por estos “adecuados tratamientos farmacológicos” que contribuyen a una supuesta mejoría de los síntomas y a un mejor pronóstico, sin dar espacio o relevancia a los estilos de crianza y a la educación recibida, factores igualmente cruciales en el camino hacia una posible mejoría; una mejoría en el niño y en su mundo circundante, no así del síntoma o en el síntoma (mirada biomédica).

Hemos dejado de manifiesto que diferentes y a veces imperantes bases de información, alimentan a la sociedad con datos erróneos, que en gran parte perpetúan las creencias racionales, terminando éstas, en variadas ocasiones comandando el fallido y desconocido origen de algo, en este caso del TDAH.

Este tipo de situaciones, puede generar en las familias, en los educadores y profesores, sentimientos de culpa por supuestas contribuciones directas a dicha afección. Mientras que en los niños o para los niños es un problema del orden comprensivo, puesto que son, se ven y se sienten “etiquetados”, lo cual provoca mayor grado de incompreensión en ellos. Siendo por éstas y por variadas otras argumentaciones, que día a día se hace más necesario, una mirada atenta que es posible de brindar desde la posición psicológica y particularmente desde la escucha psicoanalítica.

Así como nuestra causa es contribuir a la génesis del TDAH, también nos es indiscutiblemente necesario aclarar que factores o variables externas (ambientales) no son causa de este trastorno:

- Alergias alimenticias o exposición a tóxicos ambientales (plomo, cinc, etc.)
- No se produce ni por desacuerdos entre los padres, ni por separaciones o divorcios, ni por estar viudo o soltero.
- No se produce por el nacimiento de un hermano, celos o por falta de vínculo paterno.
- No se produce por cambiar de colegio, por tener niñera, o porque el cuidado y educación recaiga en los abuelos.
- Tampoco influye de forma tajante el nivel socioeconómico, el cociente intelectual, la edad de la madre o el vivir en una población grande o pequeña.
- No es debido a la falta de normas de los padres o la ausencia de límites dentro y fuera de casa.
- Tampoco está relacionado con la ingesta de dietas ricas en azúcares, grasas, aditivos, proteínas o colorantes, vitaminas, etc.
- El consumo en grandes cantidades de televisión, videojuegos y una alta exposición a estímulos visuales luminosos tampoco provocan la aparición del cuadro de síntomas.

3.5.7 Articulación del concepto “psicoenergético”:

Cuando nos enfrentamos a un desequilibrio energético como el que nos convoca en esta investigación, el TDAH en niños en edad escolar, podemos ver y saber cómo el tratamiento farmacológico estimula el restablecimiento energético biológico y afecta o provoca un desajuste en el mantenimiento energético psíquico, siendo con frecuencia una dimensión olvidada o no valorada, quizás apelando a la homeostasis natural del ser humano (desde nuestra concepción, a lo psicoenergético) sin tomar en cuenta que éste

es un proceso diádico y bidireccional, es decir, el primer desafío del niño es lograr el mantenimiento de la homeostasis fisiológica y emocional, y es el adulto “como primer agente” quien debe y tiene que apuntalar este proceso, siendo un regulador (fisiológico) y receptor (emocional) del infante. Como ejemplo de lo anterior, podemos mencionar que la madre regula la homeostasis del niño a través de la satisfacción de las necesidades de hambre, abrigo, sueño, apaciguamiento afectivo, etc. y al mismo tiempo, acompaña y colabora en el establecimiento de la constitución psíquica del infante. A través de este proceso, se conforma lentamente el psiquismo del niño y se estructura sosteniéndose sobre una realidad corporal, vincular y social presente en su mundo circundante.

Por lo tanto, al no considerar el devenir de la energía psíquica, ya sea en la génesis como en el tratamiento para el TDAH, se desconocerá la incidencia del monto de impulsos que se proyectan desde una edad temprana, produciendo una cierta fijación, la cual perdurará hasta la vida adulta, pues solo será tratada por el sistema médico, no así, elaborada y articulada.

3.5.8 Recorrido dinámico del Síntoma: Conceptualización Biomédica, Freudiana y Kleiniana.

El síntoma, aparentemente es una referencia subjetividad que da a conocer un sujeto que padece alguna enfermedad, aun así, hay algo más allá que una simple referencia portada en una voz, algo que tiene sentido y sentidos, algo que convoca a cierto recorrido, ya sea aviso por alguna amenaza o como petición de ayuda por sufrir las consecuencias de dichas amenazas. Para dilucidar la complejidad que posee la manifestación de un padecer, es que a continuación revisaremos algunas definiciones o conceptualizaciones sobre esta referencia en particular.

3.5.8.1 Conceptualización Biomédica del Síntoma:

Desde la mirada biomédica, el síntoma es práctico, es lo manifiesto a través de conductas o comportamientos. Es aquello que se ve, de lo cual se tiene noticia. El síntoma es visto y considerado como una manifestación de un desequilibrio biológico; un ejemplo claro lo podemos ilustrar a través de lo que suele suceder con la ansiedad, cuya manifestación corporal es considerada como una sintomatología más de un conjunto de ellas, como un mero indicador de muchos, que dan cuenta de un trastorno o síndrome.

3.5.8.2 Conceptualización Freudiana del Síntoma:

La conceptualización del síntoma en la obra de Freud no es lineal. Cada momento de su construcción es solidario con su noción de aparato psíquico, su concepto inconsciente y su manera de pensar la cura. De esta manera, nos encontramos en la teoría freudiana con nociones de conflicto psíquico, defensa y desplazamiento, que permitieron por una parte, conceptualizar al síntoma como formación sustitutiva (como sustituto de la representación inconciliable escindida de la conciencia), y también, como efecto del retorno de lo reprimido y con ello, como formación de compromiso, formación del inconsciente y cumplimiento del deseo (cumplimiento de la falta) (Freud, 1917 [1915]).

Los síntomas no poseen un significado único, en gran parte de los casos, dicen más de lo que quieren decir, pues cuentan con una estructura de palabra y con ello es interpretable. Es decir, el síntoma tiene un sentido (elementos o aspectos a ser articulados), es producto del retorno de lo reprimido (Freud, 1917 [1915]), y de una u otra forma, expresa un deseo inconsciente (Kroitor, 2007), siendo en variadas ocasiones una evitación para la angustia.

El síntoma adquirió distintas nominaciones en la teorización freudiana: conflicto psíquico, formación de compromiso, satisfacción sustitutiva, etc. No obstante, más allá de aquellas denominaciones, constituye un fracaso de las defensas, en el cual podemos observar como el síntoma al seguir el mismo camino de los sueños, oculta enigmas más

complejos de develar que el mundo onírico. Realizamos esta asociación, puesto que ambos dan cuenta de un deseo inconsciente, la diferencia radica en que estos deseos se cumplen mediante los sueños, mientras que en el síntoma, el deseo inconsciente queda fijado, sin que el sujeto pueda dar cuenta de aquello que entraña, razón por la cual solo se puede acceder a él, a través de, la *situación analítica* (Freud, 1923-1925).

El síntoma aparece así en psicoanálisis, como sustituto del conflicto, como respuesta a una historia de padecimientos, historia que no es ajena a la noción de vivencia traumática desplegada en dicha *situación analítica*. El síntoma es en sí, una interpretación psíquica: puesto que, en el relato mismo, está incluida su interpretación. De este modo, Freud ubica una sobre-determinación de éste. Esto significa, entre otras cosas, que ésta representación es un significante que sostiene la producción de distintos significados.

De esta manera, Freud no nos habla ni de disolución ni de desaparición del síntoma, sino que indica que el final está vinculado a que el sujeto pueda dejar de sufrir por ellos. En una carta a Fliess, (que Strachey retoma en la introducción al texto), usa por única vez el término “*resto sintomático*” (Freud, 1900, p. 448) para referirse a las condiciones de final de análisis de un paciente. En este caso Freud observaba la presencia de un resto que quedaba del síntoma al final. Una diferencia entre los síntomas y el síntoma. El síntoma como resto sintomático; marca inmutable e inasimilable de lo caído, sostén del deseo (Freud, 1900).

La primera teoría freudiana de la ansiedad, consideraba que ésta se produce por frustración de la carga libidinosa, se vincula con su segunda teoría que hace de la ansiedad una señal de alarma ante un peligro instintivo, ya que el estancamiento de la libido se convierte en un peligro debido a la difusión de las pulsiones y a la amenaza interna de la pulsión de muerte.

3.5.8.3 Conceptualización Kleiniana del Síntoma:

Para Klein, el síntoma es en elevada proporción, secundario. Tiene que ver más con la angustia escindida, de aquella que el niño poseedor de un precario yo, no tiene noticias, siendo rápidamente avasallado por la ansiedad.

Klein plantea que la primera relación objetal que establece el niño, está asociada a la alimentación que se realiza con el pezón de la madre. En ella conviven de manera simultánea tanto impulsos de vida como de muerte, impulsos que no presentarían mayor conflicto cuando el bebé está libre de hambre y tensión interna. Este equilibrio puede ser sin embargo perturbado tanto por pulsiones internas como por elementos del medio, desencadenando la avidez (intenso deseo de tener o conseguir una cosa) (Klein, 1932).

Dichos impulsos en la posición esquizo-paranoide, se caracterizan por ser extremadamente intensos, por lo que, frente a la exigencia de una descarga son imposibles de refrenar, no obstante, estos pueden ser contrarrestados por fuerzas contrarias igualmente poderosas. Estas energías que se descargan corresponden a *impulsos libidinales* e *impulsos agresivos*, donde las fuerzas contrarias que luchan no provienen directamente de estos últimos, sino que corresponden a la *pulsión de vida* (impulsos libidinales) y *pulsión de muerte* (impulsos agresivos). Por lo que este intercambio de energías da cuenta de un proceso económico, dentro del cual, dichas energías psíquicas realizan una función de ingreso, consumo y eliminación de ésta.

Por lo que, en etapas posteriores del ciclo vital del ser humano, este mismo proceso puede facilitar la formación del síntoma, como ocurre en TDAH, dando paso a un problema económico, donde el monto de excitación y descarga avasalla la voluntad del sujeto dando paso a manifestaciones que sobrepasan al orden de lo biológico, donde el cuerpo comienza a ser un receptáculo de los influjos psíquicos y sus conflictos.

En este período (primeros meses de vida) la relación narcisista es una relación con un objeto *idealizado* interno (pecho bueno), en el cual el yo le adjudica todas aquellas cualidades positivas formadas por las fantasías inconscientes, mientras que el objeto

persecutorio *devaluado* (pecho malo) es el responsable de la angustia paranoide que da paso al temor a la aniquilación (pulsión de muerte) la cual proyecta hacia el exterior. Por lo que, al producirse una fijación en esta posición, se podrá observar con facilidad manifestación de síntomas agresivos, impulsivos, del orden del acting out, los cuales irán alterando el orden conductual del niño, y que son en último término una expresión externa de un conflicto psíquico.

4. MARCO METODOLÓGICO:

4.1 Enfoque Metodológico:

La metodología que utilizamos durante la presente investigación, es de tipo teórica, esto quiere decir, que las estrategias que se recurren para llevar a cabo los estudios provienen de fuentes bibliográficas sobre *“teoría preexistente, las investigaciones bibliográficas sobre la historia del problema o los replanteos de determinadas teorías en lenguaje más contemporáneo o con otra perspectiva”* (Maletta, 2009, p.156). A diferencia de las investigaciones empíricas, las cuales buscan obtener información de la realidad, las investigaciones no empíricas, es decir, teóricas, se enfocan en comprender la historia del problema o bien, elaborar una nueva teoría de éste o nuevas versiones de una ya existente. Revisando cómo ha sido abordado el problema con anterioridad.

En nuestra investigación hemos revisado primeramente la historia del problema, que desde nuestra apreciación, consiste en el modelo biomédico que ha caracterizado al TDAH, revisando la evolución histórica desde sus inicios 1845 (Benito, 2008) hasta la actualidad, incorporando los estudios recientes que han surgido la última década (Mayor & García, 2011), como también, consideramos como punto inicial las descripciones y criterios diagnósticos que nos ofrecen los Manuales de Diagnóstico; DMS-IV y CIE-10 que son las bases en que los especialistas Psiquiatras, Neurólogos y Psicólogos, se sustentan al momento de realizar el diagnóstico.

Las investigaciones bibliográficas predominantes sobre TDAH, las confrontamos con las principales teorías de la corriente psicoanalítica, que aludan al desarrollo psíquico infantil, puesto que los aportes teóricos de ambos paradigmas, nos han permitido la formación de nuestra propia perspectiva sobre el TDAH, las cuales nos facilitaron la comprensión de una de las posibles génesis de dicho cuadro clínico.

4.2 Diseño de investigación:

El diseño de investigación empleado es de tipo documental (también denominado teórico), puesto que rescatamos de diversas fuentes bibliográficas, los antecedentes más relevantes de las teorías que predominan a nivel nacional y mundial, sobre el Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), otorgando una nueva perspectiva a dicho cuadro clínico, desde la corriente psicoanalítica, rescatando sus principales exponentes, que han profundizado sobre el funcionamiento psíquico infantil, como es en primer lugar Sigmund Freud, quien sustentó las bases de esta corriente, para explicar desde el psiquismo adulto, las dinámicas sexuales infantiles, los cuales, fueron posteriormente estudiadas en profundidad por Melanie Klein, quien se enfocó en el psiquismo infantil propiamente tal. Posteriormente realizamos un recorrido por algunos de los principales exponentes de la escuela de Viena (post-freudianos), escuela inglesa (post-kleinianos) e independientes. Los cuales se han pronunciado respecto a estas teorías enfatizando, en la diada madre/hijo, características de la primera etapa de vida del ser humano.

Finalmente, hemos creado una operacionalización, la cual rescatamos de una corriente psicológica, bastante distinta a la que nos atañe en el presente estudio, nos referimos, al enfoque humanista con orientación transpersonal (Callahan, 1985). Con todo el respeto, que merece dicha corriente, la razón por la cual, hemos escogido tal término, no tiene ninguna concordancia con su actual definición. Sino más bien, nos hemos interesado por la composición de éste, puesto que, hace referencia a dos palabras fundamentales para nuestra investigación: Psicología y energía. El primer término, nos resulta atinente puesto que, hemos pretendido rescatar los aspectos psicológicos que están comprometidos en TDAH, otorgando un protagonismo que no posee dentro de las teorías predominantes sobre este trastorno. Mientras que el segundo término (energía o energético), lo hemos considerado durante nuestra investigación, debido a que, en el transcurso de ésta, nos percatamos que dentro de la corriente psicoanalítica, existen

importantes procesos psíquicos comprometidos, que están en el orden de lo energético; como son la pulsión, impulsos, angustia, entre otros.

Junto con aspectos neurocientíficos (teoría predominante), en el cual a nivel de neuronas “existe un problema energético”, relacionado a sinapsis que no permiten la regulación neuroquímica suficiente para controlar conductas y atención. Por lo que, se requiere de ambos aspectos para dar cuenta de los procesos que operan en dicho trastorno que hemos definido como un problema “psicoenergético”.

4.3 Selección de la Muestra:

Como nuestra investigación es de tipo documentada, no utilizaremos todos los criterios de delimitación de estudio, como se requiere en proyectos de tipos cualitativos o cuantitativos. Pero sin duda, hay elementos que acotaremos dentro de nuestra investigación con el fin de profundizar en aquellos estudios bibliográficos de tipo psicoanalítico, que aludan a los aspectos energéticos anteriormente expuestos, que hemos pretendido integrar en nuestra comprensión del TDAH. Siendo de esta forma, nuestra técnica de recolección de datos y a su vez, nuestra muestra: Textos (artículos, libros, revistas científicas, conferencias, guías y manuales).

- Unidad de análisis: Dentro de la presente investigación, nuestro objeto de estudio serán los niños en edad escolar, es decir, entre 7 a 12 años. Dado que es en la población infantil donde predomina el TDAH. Por lo que es justamente en aquella etapa donde se deben enfatizar los estudios, con el fin de intentar dar respuesta a una problemática que dado su prevalencia, merece ser atendida.

4.4 Procedimientos y Análisis De Datos:

Los procedimientos y análisis de datos que hemos utilizado consisten en registros bibliográficos obtenidos de diversas fuentes documentadas, que hemos rescatado de autores tanto nacionales como internacionales que han contribuido a la comprensión del

TDAH, desde el enfoque biomédico. A través de un proceso de recolección, análisis, síntesis, organización y comprensión de los datos requeridos para lograr tales fines.

Junto con ello, mediante aportes teóricos bibliográficos obtenidos desde la corriente psicoanalítica, hemos realizado una interpretación de los estudios actuales vinculados al TDAH. Los cuales, con posterioridad hemos analizado, considerando como posición inicial, la Teoría de aparato psíquico de Sigmund Freud, aun así, centrándonos en corrientes post-freudianas, desde los aportes de Melanie Klein, enfatizando en sus descripciones y teorías sobre el psiquismo infantil. Junto con ello, hicimos un análisis cronológico de diversos autores psicoanalistas post-kleinianos que contribuyeron a los descubrimientos de sus precursores, centrándose en la primera etapa de vida del ser humano e importancia de la madre en el desarrollo del YO.

Dichas contribuciones, junto a la operacionalización (psicoenergético) que desarrollamos para destacar los aspectos energéticos psíquicos presentes en el TDAH. Han permitido que pudiésemos, integrar nuestra propia perspectiva teórica sobre dicho trastorno, facilitando la comprensión de este, como también, nos otorgó la oportunidad de encontrar una de las posibles génesis psicológicas del TDAH.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN TEÓRICA:

Sigmund Freud entre 1893 y 1895, puso sus esfuerzos en develar una gran inquietud, nos referimos a las afecciones que hasta aquella época se explicaban exclusivamente desde el ámbito médico. Sin embargo, Freud siendo de profesión neurólogo, se percató que estas aseveraciones, dejaban incógnitas sin resolver, puesto que, existían síntomas que en su expresión dejaban ver cualidades idénticas a las afecciones del orden de lo orgánico. En aquellos tiempos, no existía ningún hallazgo distinto al médico que pudiera dar cuenta del origen de algunos trastornos. Ésta “falta”, le permitió adentrarse y forjar un campo, para entonces completamente desconocido; el **psicoanálisis**. Su propuesta, se hizo cargo de aquello latente o ignorado por los estudiosos de aquel entonces, es decir, el **psiquismo humano**, dándose cuenta que dentro de él existían aspectos inexplorados e incomprensidos que gobernaban nuestra existencia: el **inconsciente**, proponiendo (1914-1916) la primera tópica (consciente, pre consciente e inconsciente). Junto con aquel gran descubrimiento, se percató, que algunas afecciones no solo provenían de aspectos psíquicos, sino, que también, se formaban a partir de conflictos de esta índole, en el orden de las perturbaciones afectivas (Freud, 1913).

Increíblemente y a más de un siglo de la propuesta freudiana, pareciera que estamos frente a un problema similar al enfrentado por Freud, a fines del siglo XIX, ya que, existe un padecimiento denominado *Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad* (TDAH), del cual se ha ocupado principalmente el modelo biomédico, o bien, se ha legitimado con exclusividad por este paradigma, sin considerar otros aportes que puedan surgir a partir de visiones complementarias.

El TDAH, desde sus inicios (sin contar su aparición en los poemas infantiles descritos por Dr. Hoffmann en el año 1845), ha sido descrito como una afección infantil caracterizada por la presencia de una serie de signos y síntomas (Benito, 2008).

De esta manera, podemos dilucidar que el presente cuadro clínico ha estado subordinado bajo el paradigma médico; desde 1902 con el pediatra George Still, quien

describió la sintomatología del TDAH por primera vez, instaurando la categorización de “déficit moral” (primera insinuación de deficiencia conductual). Posteriormente, nació la inquietud, por indagar en los aspectos orgánicos, pese a que en aquella época no existían tecnologías que pudiesen confirmar o refutar tales afirmaciones; aun así se adentraron en dicho camino. Tras los difíciles tiempos de post guerra (Segunda Guerra Mundial), se asoció tal padecimiento al conjunto de síntomas que aparecían como consecuencia de la “Encefalitis Letárgica”, extraña enfermedad que en su existencia no superó los 10 años (Vilensky, 2011). Posteriormente, los médicos optaron por asociar tal padecimiento a lesiones cerebrales, situación lamentable, dado que, no se logró encontrar evidencia suficiente que respaldarán dicho descubrimiento. De esta manera, retoman su búsqueda hacia la encefalitis, solo que en este caso, de tipo viral, donde intentan “curar” las secuelas de dicha enfermedad, mediante el uso de psicoestimulantes descubiertos por Charles Bradley como tratamiento para la regulación conductual. Al parecer esta causa fue insuficiente para explicar el TDAH, por lo que, surgió una nueva denominación “*Síndrome de Daño Cerebral Mínimo*” (Rodríguez, et al, 1998) que planteaba la existencia de un perjuicio en el orden de lo orgánico, llamando de algún modo a la calma, porque este término insinuaba una menor gravedad. La presente teoría fue cuestionada, ya que, tal daño tampoco se evidenció (Pizarro, 2003). Dichas faltas de evidencia orgánica, motivaron un replanteamiento teórico que comenzó con la denominada “*Disfunción Cerebral Mínima*” (formulada por Clements & Peters, 1962).

Como podemos observar, las variaciones fonéticas de los diagnósticos planteados por el abordaje orgánico son irrisoriamente similares. No obstante, este último, venía a sustituir el obsoleto paradigma anterior, por uno, que negaba la presencia de daño cerebral (orgánico). Sin duda, éste aseveraba que pese a que estructuralmente el cerebro no mostraba hallazgos patológicos, aun así no funcionaba adecuadamente (Menéndez, 2001).

En lo que a nosotros respecta, podemos observar cómo la problemática se fue desplazando paulatinamente de la aseveración orgánica a la incompreensión

neurocientífica, posibilitada por los avances en tecnologías de neuroimagen (TAC, RMN y SPECT), las que permitieron observar el funcionamiento del cerebro.

Estas imágenes, dieron cuenta que estos niños no presentaban ninguna lesión: paradigma refutado. Posteriormente y por más de 40 años, ha predominado el paradigma de las “incomprensiones”, realizamos tal arbitraria aseveración, puesto que, en la actualidad se asocia el presente cuadro clínico a causas multifactoriales, pero sin definición claras de ellas (Mayor & García, 2011).

Entonces, podríamos decir con ello, que ha sido un progreso importante, el intentar comprender el problema desde diversas perspectivas, abandonando la visión unifactorial que caracterizaba históricamente al TDAH. Por lo que, estos principios proponen la existencia de al menos tres grandes causas: neurocientífica, factores genéticos y ambientales.

La etiología neurocientífica, ha demostrado que el TDAH, evidencia una alteración en el sistema dopaminérgico, a nivel de la corteza pre frontal del cerebro (Carrasco & Aboitiz, 2009). Lo cual explicaría los síntomas predominantes de dicho cuadro clínico (falta de planificación, control motor, atención, concentración, entre otros), debido a la asociación que existe entre la dopamina y la zona del cerebro comprometida en el trastorno (pre frontal) con las funciones ejecutivas, las cuales participan en la regulación motora y cognitiva del ser humano (Lopera, 2008), alteraciones características en TDAH.

Pese a la convicción y coherencia que pueda reflejar dicha teoría, al parecer, el anhelado intento por comprender sus causas, no queda del todo resuelto, ya que si bien, contamos con la claridad de que hay ciertos funcionamientos cerebrales que no están operando adecuadamente, desconocemos aun las razones que incitan dicha disfunción.

De acuerdo a lo anterior, nuevos investigadores se sumaron a dicha búsqueda, incorporando los factores genéticos, como una nueva y posible etiología que entregase respuesta a aquello que otros estudios (paradigma biológico) no habían logrado resolver.

Surge entonces el paradigma actual, señalando que no existía una causa genética única, sino que, el TDAH constituye un problema heterogéneo (Mayor & García, 2011), es decir, presenta múltiples factores comprometidos. Junto con ello, a su vez, aseveraron que el 80% de los casos de TDAH eran hereditarios e idiopáticos, pareciendo ser una propuesta indiscutiblemente optimista tanto para aquellos investigadores como para los especialistas que desean comprender el origen de este trastorno. Sin embargo, dicha teoría presenta dos inconvenientes: En primer lugar el término “idiopáticos” refiere “sin causa evidente o demostrable” (Enciclopedia de la Salud, 2013), lo que implica que el 80% de los casos podría tener causas imprecisas. Si bien comprendemos tal postura, podemos decir, que estamos en el mismo punto de partida, donde existía evidencia de que había un problema de funcionamiento cerebral, aun así, se desconocía aquello que lo provocaba y más aún, no se tenía noticia que lo convocaba. En segundo lugar, no se encontró una asociación genética significativa (ni a nivel de genotipo como tampoco de fenotipo) que explicará dicho cuadro clínico.

Pese a los inconvenientes del paradigma genético, no se extinguieron los esfuerzos por encontrar tales causas, por lo que acudieron a la etiología neurocientífica, intentando descubrir las bases genéticas del sistema dopaminérgico, así como los endofenotipos que estuviesen asociados a las funciones ejecutivas. Lamentablemente, solo el 50% de los casos estudiados respondían a esta causa, junto con ello, la muestra abordada era insuficiente para respaldar dichos estudios.

Como podemos observar, a lo largo de su extensa historia, como también de los estudios predominantes sobre TDAH, no es antojadizo señalar que este cuadro clínico, ha estado bajo el dominio del paradigma biomédico, es más los antecedentes recopilados datan que su transcurso, se desarrolló desde la teoría orgánica, para culminar en aquella de tipo neocientífica con ciertos acercamientos genético, aún en estados iniciales.

Junto con ello, podemos darnos cuenta como el modelo biomédico, presentaba una serie de aspectos sin resolver, es más, no es atrevido insinuar la inconsistencia exhibida por los diferentes estudios, ya que, en sus inicios plantearon hipótesis que posteriormente

fueron refutadas por el mismo enfoque, desplazando estas por premisas, que si bien, aclararon aspectos importantes del problema (neurociencias), no pudieron resolver una de las más grandes incógnitas (pese a sus más de 40 años de estudios): la etiología del TDAH. Lo cual nos invita a pensar, y a replantearnos a través de la siempre necesaria reflexión, si debemos continuar por el mismo camino, utilizando las mismas vías y el mismo vehículo o quizás es un momento propicio para explorar nuevas rutas del conocimiento.

Claramente dentro de nuestra investigación no lograremos concebir tan audaz desafío, ya que no contamos con tiempo suficiente para trazarlo, ni tampoco con la suficiente experiencia requerida para adentrarnos en esas rutas, menos la evidencia empírica que pueda definir con muestras objetivas tal apuesta. Pero sin duda, con nuestra investigación, aportaremos con ciertos “sentidos de conocimiento” que contribuirán a resolver la inquietud por explorar nuevos paradigmas y ampliar la mirada desde propuestas teóricas probadas a lo largo de años de historia.

Como planteamos con anterioridad, el paradigma que otorga más respuestas frente a este problema es la corriente psicoanalítica, ya que, en primer lugar, fue su mayor representante y fundador Sigmund Freud, quien se enfrentó a este tipo de desafíos, de intentar ofrecer explicaciones distintas a enfermedades abordadas y dominadas por el modelo biomédico, como también buscar sus causas en aquellos aspectos inherentes al ser humano, el psiquismo. Inquietud que motivo a diversos investigadores (Klein, Winnicott, Fairbairn, entre otros) a continuar y profundizar sus propuestas. Si bien, los exponentes de este modelo no se pronunciaron directamente sobre el TDAH (clasificación inexistente en aquel periodo), aun así, sustentaron las bases suficientes para dar explicación a éste y otros cuadros clínicos.

En relación al cuadro clínico Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), podemos decir, que se caracteriza por presentar 3 grandes manifestaciones sintomáticas (López & Aliño, 2002), las que a su vez, constituyen los criterios requeridos para la confirmación diagnóstica (elementos que se reiteran en ésta y otras

investigaciones). Nos referimos a la tríada: Hiperactividad, Impulsividad e Inatención, síntomas que dan cuenta de una “falta” de regulación conductual y cognitiva. Pero podríamos decir, que estos niños ¿solo carecen de dichas funciones?

Desde la mirada psicoanalítica, podemos decir, bastante más al respecto, puesto que, tanto en los presentes criterios, como en su historia, definición y etiología, se habla constantemente de una “falta” (falta de control motor, falta de atención, falta de regulación, falta de dopaminas, etc.). Es más el término “Déficit”, también alude a la misma descripción, ya que éste proviene etimológicamente del latín *deficere*, que significa faltar. Enfatizamos dicho término, ya que, desde el psicoanálisis, éste se relaciona con un elemento central de dicho paradigma, **el deseo**. Puede parecer sorprendente esta asociación (TDAH y deseo), más aún cuando, éste se vincula, desde el sentido común, a un anhelo de saciar aquello que nos gusta, por ende, aquello que hemos obtenido y apetecemos extender su disfrute. No obstante, para Freud (Kroitor, 2007) este constituía un interés distinto, dado que, por el contrario de la definición comúnmente utilizada, para él, éste alude a una “falta de...” Es decir, a una necesidad que remonta a la infancia, una necesidad ligada a un objeto de satisfacción; hostil, ausente, ambivalente; pero, sin duda, el primero; que con posterioridad se intenta revivir en los encuentros con un otro. Melanie Klein profundiza en esta vinculación primaria donde se instaura la necesidad, en la cual, nace la aparición del **fantasma** (que quizás se construye y a su vez, sustituye al placer materno (el pecho), para evitar el vacío que puede dejar la ausencia materna (a pesar de que exista en el orden de lo material). Dicha ausencia da paso a una necesidad que se intensifica fortaleciendo frecuentemente a la frustración e incrementando la agresividad.

De esta manera, dicha “falta”, es decir, el deseo, en el TDAH estaría comandado por la ausencia de placer en la diada madre/hijo en la primera infancia, que en su interacción, establece una necesidad que no se logra satisfacer en los otros futuros, como también se instaura incluso en el orden de lo biológico (deficiencia en el sistema dopaminérgico), manteniendo al niño, adolescente e incluso adulto, en esta dificultad de controlar su

atención, actividad motora y/o decisiones. De esta manera la vinculación madre – hijo se hace fundamental en el proceso de desarrollo infantil, siendo un agente pro-motor de “salud” psíquica y física.

Como adelantamos brevemente, dichos criterios, no solo constituyen una de las características principales del TDAH, sino que también, corresponden a los aspectos claves para realizar el diagnóstico. Éstos se encuentran descritos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), (López & Aliño ídem, 2002). Dentro de éste, se describen por cada criterio una serie de “síntomas”. Nos llama considerablemente la atención, tal nomenclatura “síntoma”, puesto que, desde el enfoque médico, éste hace referencia al estado subjetivo del paciente (relato del paciente sobre su afección) y el signo es aquel que describe las conductas y manifestaciones físicas del trastorno. No obstante, al observar tales criterios, con sus respectivos “síntomas” nos percatamos que éstos hacen referencia solo a aspectos observables (signos), en ninguno de sus puntos incorpora la percepción del niño, adolescente o adulto, sobre su problema, lo cual nos llevó a preguntarnos: *¿el modelo biomédico está obviando dicha diferenciación?*, o bien, *¿en el presente trastorno al verse afectadas las funciones ejecutivas y la regulación conductual, no merece un abordaje sobre la percepción del problema?* o es que, *¿no merece ser considerado el relato del afectado?*

Sin duda, esta implicancia no la podremos resolver en la presente investigación, ya que, en primer lugar no contamos con un estudio cualitativo que permita conocer las distintas opiniones de los médicos sobre este tema, tampoco tenemos acceso a la percepción que tiene el paciente sobre su propia descripción sintomática. Por lo que, invitamos a aquellos investigadores que se interesen en este cuadro clínico a indagar empíricamente sobre la interpretación subjetiva de aquellos niños, adolescentes o adultos que padezcan TDAH.

Si bien, no contamos con el relato de las personas afectadas con TDAH, el psicoanálisis, nos ofrece una importante comprensión del síntoma, que nos puede ayudar a entender cómo opera éste en el presente cuadro clínico.

Para esclarecer mayormente nuestros intentos, hemos decidido utilizar una operacionalización, que facilite tal proceso, recurriendo al término, **Psicoenergético**, que si bien es utilizado específicamente por el enfoque Transpersonal (basado en la medicina cuántica y la filosofía oriental), propondremos una lectura desde el modelo psicoanalítico, rescatando los aspectos energéticos, que están involucrados en el TDAH. Para tal fin, es fundamental comprender, en primera instancia, que nos ofrece está corriente sobre el controversial componente sintomático.

Freud (1893-1895), concibe el síntoma como una representación que tiene sus orígenes en el inconsciente, asignándole diversas denominaciones en el trascurso de sus descubrimientos: símbolos mnémicos, cumplimiento de deseo, realización de una fantasía, satisfacción sustitutiva, forma de protección contra la angustia y también como formación de compromiso, todas ellas, gobernadas y protegidas por el mecanismo de defensa de la represión.

Si observamos el TDAH desde esta perspectiva, probablemente no podremos explicar por completo, la sintomatología de éste, pues Freud (1893-1895), en su obra: *Estudios sobre la histeria*, centró sus descubrimientos en adultos, específicamente mujeres, las cuales estaban agobiadas por sus deseos más ocultos, que el yo no permitía que tuviesen acceso hacia la conciencia, manteniéndolas avasalladas por las más complejas contradicciones que culminaban en un insostenible padecimiento psíquico (Freud, ídem, 1893-1895).

Nuestra investigación está enfocada en niños en edad escolar, es decir, 7 a 12 años, excluyendo por una parte, la etapa de la adolescencia, por el dinamismo que a ésta le caracteriza, el cual, dificulta la diferenciación entre otras patologías propias de ese período. Asimismo, hemos descartado del diagnóstico a niños menores de 6 años, dado

que las características propias de su etapa del desarrollo (inquietud motora, dispersión cognitiva y dificultad para mantener actividades sedentarias (López & Aliño ídem, 2002)), pudiera facilitar la realización de un diagnóstico erróneo. Finalmente hemos decidido ahondar en dicho periodo, dado la prevalencia que el TDAH presenta en la población infantil escolar, la cual varía entre un 4% y hasta un 12% (Steven P. Cuffe citado en MINSAL, 2008).

Continuando nuestra búsqueda sobre la comprensión del síntoma, nos encontramos con la propuesta de Melanie Klein (1932), quien a partir de los descubrimientos freudianos creó su propia teoría del funcionamiento psíquico y también sus propias indagaciones sobre los padecimientos mentales. Lo interesante de sus premisas es que estaban enfocadas justamente en los estadios infantiles (a diferencia de Freud), lo cual nos permitió recobrar el optimismo frente a nuestra búsqueda. Conjuntamente, nos llevamos una gran sorpresa, puesto que, no solo se interesaba en los niños (el psiquismo infantil), sino que además, nos podía ofrecer una interpretación divergente sobre el síntoma.

Durante la lectura, encontramos que Klein no consideraba al síntoma como un representante de aspectos inconscientes (Freud, 1893-1895), sino que, planteaba que ellos provenían de una reactivación de los impulsos que proceden de la primera etapa de vida del ser humano (0 a 2 años). De esta manera, fundamentamos nuestra propuesta en los 6 primeros meses desde el nacimiento (posición esquizo-paranoide), esto implica para los niños diagnosticados con TDAH, que posteriormente dicha cualidad no permita la integración de aspectos cognitivos (funciones ejecutivas), lo que produce como consecuencia que no logren sostener su atención, concentración, memoria, entre otros, ya que dichas funciones requieren de integración y para llevarse a cabo.

Junto con ello, encontramos que en tal fragmentación existe una lucha constante entre *impulsos libidinales* e *impulsos agresivos*, que al mantenerse fragmentados, provocará en el niño (en aquel entonces bebé) un aumento de tensión al no recibir la gratificación necesaria para lograr una posterior integración del yo. El aparato psíquico quedará entonces comandado por *impulsos agresivos* carentes de objeto y desprovistos de

control (en TDAH desprovisto de regulación motora), es decir, energía conducente a lo que se denomina en psicoanálisis “pasaje al acto” (Acting out). Dichas instancias emanan de un predominio de fantasías inconscientes de protección materna (al ser inconsciente de ésta no se tiene noticia), que al no poder satisfacerse en la realidad trae consigo un importante monto de angustia que intensifica dicha sintomatología.

Lo más complejo de este proceso sintomático en el TDAH, consiste en que la relación diádica madre/hijo (relación objetal), se produce parcialmente mediante el pecho escindido entre “*pecho bueno*” y “*pecho malo*” (el cual se integra en la posición depresiva como sujeto, madre). El inconveniente que presenta el TDAH consiste entonces en que el niño cronológicamente no ha superado la etapa donde se consolida esa integración, por lo que no tiene acceso a la satisfacción de su objeto primario (aunque cuente con su madre en la realidad material), lo que genera una constante búsqueda inconsciente que no puede ser satisfecha en la realidad, provocando descargas que se manifiestan en conductas desadaptativas de inquietud motora, desatención y falta de mediación cognitiva en sus decisiones; comportamientos que se asemejan sutilmente con los de un bebé en etapas primitivas (falta de atención, movimientos bruscos e impredecibles, concentración parcial con los estímulos). Por lo tanto, dicha premisa no solo nos exhibe la importancia de las instancias “*psicoenergéticas*” que participan en la sintomatología del TDAH, sino que además, nos demuestra que el presente cuadro clínico constituye un “*problema objetal*” situado a nivel pre-edípico.

Cabe destacar que en este proceso actúan otros componentes psicoenergéticos, primarios a los expuestos anteriormente, nos referimos a la pulsión (Freud, 1901-1905), la cual constituye una fuerza psíquica inherente al ser humano, que nace a partir de una tensión somática y se descarga (en el presente cuadro clínico), mediante los impulsos. Lo que implica que, entre la relación objetal insatisfecha y la conducta opera un proceso fundamental (pulsión) que abriría las puertas a los impulsos, para evitar la aniquilación psíquica, por lo que, la pulsión de muerte sufriría un proceso de *deflexión*, mecanismo que desvía dicha fuerza destructiva hacia el exterior (conductas presentes en TDAH).

De esta manera, y recogiendo la propuesta psicoanalítica, el síntoma en TDAH, no es más que la manifestación de un conflicto psíquico interno.

Junto con ello, otra importante reflexión que nos surge tomando como base la propuesta psicoanalítica, es la de situar el posible origen del TDAH, desde el lugar que ocupa el inconsciente mismo, es decir, en la frontera entre lo psíquico y lo somático. Durante el transcurso de la presente investigación nos hemos encontrado justamente con este principio, ya que, el TDAH oscila en ambos polos del ser humano, existiendo evidencias tanto en el orden de lo somático (biológico), como es la alteración del sistema dopaminérgico, la cual influye en la falta (necesidad) de regulación sináptica en la corteza pre frontal, pero también en lo psíquico.

Pese a nuestra orientación psicoanalítica, no podemos dudar, que dentro de nuestra propuesta, existe la contribución de este ámbito, es decir, de aquellos componentes bioenergéticos (sinapsis y neurotransmisores) que contribuyen a la sintomatología del TDAH. No obstante, con la misma seguridad, tampoco podemos negar la importancia de la esfera psíquica en el presente cuadro clínico, razón por la cual, continuamos asentando nuestros esfuerzos por rescatar aquellos aspectos menos abordados, como es el psiquismo infantil y sus implicancias energéticas (deseos, pulsiones, impulsos y angustia) que nos motivó a definir el TDAH como un problema, Psicoenergético.

De acuerdo a esta reflexión, podríamos dilucidar que el TDAH es un “problema pulsional”, tanto por lo tensional como por lo fronterizo, lo cual reafirma nuestra propuesta “psicoenergética”.

Ahora bien, con tal reflexión, no resolvemos del todo nuestro desafío teórico, ya que, si bien, hemos comprendido de algún modo cómo opera el proceso psicoenergético, en la sintomatología el TDAH, aun así, quedamos en el mismo aprieto que las neurociencias (modelo biomédico), puesto que conocemos sus implicancias, más no su génesis. Ya que, hemos indagado sobre la responsabilidad de la pulsión, impulso, deseo y angustia en la formación del síntoma (klieniano).

No obstante, a partir de ellos nos nace una gran inquietud, que esperamos dar respuesta a continuación, ¿cómo se origina tal proceso psicoenergético?

Si bien la perspectiva kleniana y freudiana nos permite contar con una explicación complementaria de la sintomatología del TDAH, y al mismo tiempo brindar nuevas posibilidades comprensivas acerca del cuadro, sólo hemos realizado algunas insinuaciones sobre su posible génesis, basándonos por ejemplo en la fijación ocurrida en la posición esquizo-paranoide que lleva al niño a revivir de forma inconsciente, una y otra vez, la ausencia primaria de objeto gratificador.

Hemos profundizado en la importancia materna durante este periodo, razón por la cual se nos hace imprescindible explicar lo siguiente, para arribar a una posible etiología. La primera etapa del niño es fundamental para la constitución psíquica, ya que posteriormente ésta dará paso a la personalidad que acompañará al ser humano, durante toda la vida, por lo que, si el bebé, no cuenta con la protección y satisfacción necesaria para su desarrollo, puede generar trastornos que se pueden perpetuar en el tiempo. Basándonos en las evidencias, no es apresurado insinuar que el TDAH estaría dentro de estos trastornos. Si observamos las estadísticas, podemos dar cuenta de las importantes cifras de remisión parcial en adultos *“el TDAH se inicia en la infancia y, en más del 50% de casos, persiste también en la edad adulta”* (Ramos, J.A & Cols. 2006. P. 604), pese a las investigaciones y tratamientos aplicados que prometen una efectividad de 85% a 90% de los casos (Ponce & Conejero, 2010).

Por lo tanto, la constitución psíquica no solo depende de las cualidades fisiológicas del bebé (genéticas y estructurales), sino que, con la misma relevancia depende de un aspecto fundamental para su desarrollo; *la madre*, quien mediante la nutrición, cuidados, protección, etc., dará paso a la consolidación psíquica. Como planteaba Winnicott (1952), *“...existimos solo con la presencia de un otro (la madre), que debe cumplir la función vital de ser capaz de contener las angustias de su hijo, como también debe lograr sustentar las bases sólidas para su posterior integración y diferenciación de su objeto primario....”* Si esto no ocurre, el niño quedará sometido por un temor

intenso a la aniquilación, manteniéndose fijado a la posición (etapa en Freud) que la madre no pudo satisfacer. En el TDAH esta fijación remonta a la posición esquizo-paranoide que impide en el niño la adecuada integración yoica, complejizando aún más este proceso en la edad escolar (7 a 12 años), dado las exigencias sociales que son demandadas en este periodo de socialización donde se espera un importante desarrollo moral (etapa de latencia planteada por Freud).

Como podemos observar la función de la madre es primordial en la primera etapa de vida del ser humano, ya que ésta, participa directamente en la constitución psíquica del niño, por lo que, su ausencia o incapacidad de regular las ansiedades de su hijo, podrían implicar una fijación en estadios infantiles primarios, como también pueden contribuir a la formación de deseos inconscientes, que no puedan ser satisfechos en la realidad, dado que aquella necesidad no fue resultada en el momento que el niño lo requería.

Si asociamos la génesis del TDAH, exclusivamente a este aspecto, pudiera considerarse nuestra investigación como reduccionista y antojadiza, es por ello, que durante su transcurso fuimos rescatando a diversos autores de la corriente psicoanalítica, desde sus distintas escuelas (escuela de Viena, escuela Inglesa e independientes), los cuales, han profundizado acerca de la importancia materna en el desarrollo psíquico del ser humano. Cabe destacar, que por razones de tiempo y amplitud de dicho tema, solo hemos considerado algunos de ellos, quedando grandes autores que se pronunciaron al respecto, fuera de nuestro abordaje. Es por ello, que invitamos a los que se interesen a indagar más sobre el tema, que continúen la búsqueda para que así, la comprensión psicoanalítica vaya dilucidando y ocupando el lugar esclarecedor que tiene, y del que solo se sabe cuándo se está inserto en una posición apasionada y comprometida con cualquier propuesta comprensiva profunda del ser humano.

Como dejamos anunciado con anterioridad, los autores que se pronunciaron sobre la relación primaria madre/hijo fueron diversos, no obstante, hemos rescatado sólo a algunos de los representantes de las respectivas escuelas.

En primer lugar, encontramos en la escuela de Viena, a su mayor representante, Sigmund Freud, cuyas importantes contribuciones, fueron seguidas por René Spitz (1887-1974), quien nos ha ofrecido una importante perspectiva sobre la formación del yo, enfatizando la relevancia de los afectos en primer año de vida, refiriendo que en aquel periodo éstos son indiferenciados y caóticos, pero que pese a su desorganización, son capaces de responder al medio, específicamente a su madre; quien puede transmitir a su hijo cargas emocionales/tensionales y/o descargas afectivas tiernas y/o bondadosas.

Otto Fenichel (1897-1946) por su parte, se muestra más enfático al momento de explicar el aparato psíquico del infante (denominación freudiana), planteando que éste puede ser construido o destruido, tanto por carencia afectiva como por afectos desagradables para el bebé. Ellos serían de acuerdo al autor, descargados por la madre hacia su hijo, propuesta muy cercana a la premisa planteada por Klein, en la posición esquizo-paranoide.

Otra propuesta de esta índole, es aquella planteada por Charles Brenner (1913-2008), quien dedicó su larga vida al psicoanálisis (seguidor incesante de Freud), se centró en el primer estadio de vida del ser humano, siendo enfático en postular que los afectos en primer lugar constituían fenómenos mentales, planteando que estos quedan asociados por primera vez a las sensaciones de placer y displacer, a partir de las cuales pueden surgir huellas mnémicas, que remontan a la gratificación o destrucción sentida en la relación diádica con la madre.

Dentro de la escuela inglesa, Melanie Klein, es considerada su principal representante, no obstante, existieron una serie de contribuciones de sus sucesores. Dentro de ellos, Wilfred Bion (1897-1979), incorporó las premisas planteadas por Klein, rescatando el vínculo emocional que existe entre la diada madre/hijo, enfatizando en una relación que denominó “continente-contenido”, donde la madre debe ser capaz de contener las angustias provocadas por las fantasías persecutorias (premisa Klein) y a su vez, el hijo debe sentirse contenido, pudiendo descargar dichas angustias en ella. Bion, es uno de los autores donde podemos encontrar mayor asociación con el TDAH, puesto que,

refiere que si la madre no es capaz de contener las angustias de su hijo, podemos observar en él expresiones de acting-out, mecanismo concordante con la habitual descripción sintomática del cuadro.

Finalmente nos encontramos con aquellos autores que no se adscribieron a ninguna de las escuelas predominantes (escuela de Viena e inglesa), por lo que, se les definió como “independientes”, ya que siguieron su propia línea, dentro del psicoanálisis. Comenzamos por William Fairbairn (1889-1964) quien desde nuestra lectura, posee bastante que ofrecer a nuestra comprensión *psicoenergética* del TDAH, puesto que, nos brindó una perspectiva diferente de la libido (energía psíquica); proponiendo que ésta es literalmente una búsqueda de objeto.

Como podemos observar, con anterioridad planteamos que una de las mayores dificultades que se perciben en la fijación esquizo-paranoide, es que en la edad escolar, el niño no cuenta con un objeto total, que pueda satisfacer sus necesidades y/o deseos. Fairbairn con su propuesta sobre la libido, refuerza nuestras tentativas, ya que el TDAH, como hemos señalado, consiste en un problema de desequilibrio psicoenergético, donde las energías libidinales juegan un papel fundamental sobre el síntoma (entre otros aspectos), ya que éste responde a una búsqueda de objeto (falta de...).

Junto con lo anterior, alude a que el origen de toda afección psicopatológica proviene de las relaciones con los objeto primarios. Aspecto fundamental en nuestra propuesta, ya que, asociamos justamente el TDAH a problemas en el orden de las relaciones objetales.

Otro autor independiente que hemos rescatado en nuestro recorrido es Michael Balint (1896-1970), autor que complementa el aporte de otros investigadores, contribuyendo con un término llamado “*defecto básico*”, el cual alude a una falta de ajuste en la relación del niño con el objeto primario (el pecho materno), lo cual da paso a un vacío de orden psíquico que culmina en el desborde de la agresividad.

Para finalizar, hemos rescatado a uno de los representantes que se ha destacado dentro de la corriente psicoanalítica, hablamos de Donald Winnicott (1896-1971), quien

contribuyó con su propuesta sobre la relación diádica madre-hijo, enfatizando que es la madre la que debe transmitir directamente sentimientos de seguridad y de amor al bebé, cumpliendo un rol fundante en la constitución psíquica de éste. Destaca, que si esta madre, no es lo suficientemente buena, fallando en sus cuidados maternos, el niño será dominado por una angustia catastrófica, del orden de la aniquilación psíquica y posiblemente también física, pues cualquier falla ambiental, puede contribuir con la producción de trastornos futuros. Winnicott, dentro de nuestra comprensión sobre el TDAH, aporta con el “eslabón perdido”, ya que puso sus esfuerzos en aquello que faltaba para explicar cómo los procesos psíquicos interfieren en el orden de lo biológico.

Partiendo de forma similar a otros autores, es decir, centrándose en la madre como aquella responsable de incitar una angustia aniquiladora en la psiquis del niño, continúa, señalando que las angustias no solo aniquilan los aspectos psíquicos, sino que también, pueden hacerlo en el orden de lo físico (generando cambios neuroquímicos en el cerebro).

Como hemos podido observar a través de este breve recorrido, que comenzó con las premisas de Freud y su contribución a los aspectos psíquicos del ser humano, continuando con los aportes de Klein sobre la importancia de las relaciones objetales en la constitución psíquica del niño, para finalizar con diversos autores que vinieron a reforzar aquellos hallazgos. De acuerdo a esto podemos situar al marco psicoanalítico y a sus diversas corrientes como centrales en la comprensión del TDAH.

Profundizando en la relación diádica y sus implicancias en los trastornos futuros, dichas contribuciones nos han permitido comprender el recorrido psiconérgico en el TDAH, proceso que hemos planteado incesantemente en la presente investigación. A través de estas propuestas, hemos llegado a una posible génesis que podrían estar generando y/o aportando en la formación del TDAH, desde un camino distinto al paradigma biomédico que predomina hasta el día de hoy, puesto que este planteamiento se asocia al psiquismo humano, remontando sus causas al primer periodo de vida, donde la formación del yo,

no depende solo del bebé, sino que, requiere de un otro (objeto o sujeto) que facilite éste desarrollo. Nos referimos a ese otro como “la madre”, quien debe proporcionar a su hijo, alimentación, abrigo, tranquilidad y protección como también satisfacciones vitales, las que conjuntamente deben ser apuntaladas por un acompañamiento amoroso, bondadoso, tierno y generoso que facilite en el otro, la posibilidad de integrar de manera adecuada tanto los aspectos buenos y malos del sí mismo y del otro, en lo real y en lo simbólico permitiendo el desarrollo de un aparato psíquico sólido pero flexible.

De lo contrario, si la madre no es capaz de proporcionar tales requerimientos, ya sea, por ausencia, abandono, incapacidad de contener las ansiedades y angustias de su hijo, la constitución psíquica del niño se verá amenazada, dejando a éste a la deriva y con mayor probabilidad de desarrollar trastornos que se dejen ver en estadios posteriores de la vida del ser humano. Dentro de ellos, el TDAH ocuparía un lugar fundamental dentro de las patologías de la infancia, situación confirmada por los estudios de López & Aliño (2002), quienes la sitúan entre el 3% - 5% de la población escolar.

En nuestro estudio, también hemos indagado acerca de las soluciones propuestas como tratamiento para dicho trastorno. Respecto a lo anterior, nos encontramos con el predominio de tratamientos farmacológicos (psicoestimulantes), que pese a la efectividad que aseveran los estudiosos en este tema, entre 85% a 90% (Ponce & Conejero, 2010), parecieran ser insuficientes para la erradicación de este cuadro clínico, puesto que su efecto es parcializado en el devenir psicoenergético, siendo solo los elementos biológicos los que se estabilizan (parcialmente), no así, aquellos del orden psíquico, los que normalmente quedan más alejados de cumplir sus funciones vitales para una adecuada adaptación del infante.

Planteamos esto con propiedad, debido a las altas tasas de remisión parcial en adulto 50% (Ramos, J.A & Cols. 2006). Estos antecedentes no tan solo nos hacen sospechar de la efectividad de sus tratamientos, sino que, también nos insinúan una cronicidad que traspasa las fronteras a la vida adulta.

Si bien, no podemos negar que la farmacoterapia basada principalmente en el compuesto metilfenidato (Díaz, 2006) logra tranquilizar al niño, a los padres y profesores, aun así, en lo que se refiere directamente a la afección, el fármaco solo actúa como un castrador (supresor) momentáneo de las expresiones de los síntomas, no así del síntoma en su totalidad, es decir, actúa sobre el síntoma y no sobre el origen de este. Su acción terapéutica actúan a nivel de sistema dopaminérgico (paradigma integrado dentro de nuestra comprensión psicenergética del TDAH) logrando la regulación sináptica por un periodo de tiempo que no excede las 12 horas (fármacos de liberación sostenida), (Pozo de Castro & Cols, 2005).

Ahora bien, una vez realizado el recorrido del síntoma desde la corriente psicoanalítica, podemos visualizar que éste, posee la función de mostrar que en él subyace un conflicto no meramente conductual en el TDAH, ya que mediante éste se expresan tanto las angustias insostenibles para la psiquis del niño que llegan al acto en busca de una descarga energética que los libere de tal padecimiento (sin que este tenga noticia de ello), como una serie de deseos inconscientes, que buscan ser satisfechos en la realidad, recordamos que para el psicoanálisis, éste no constituye un anhelo (deseo consiente), sino que da cuenta de una necesidad o carencia que no fue satisfecha durante la primera etapa de vida del ser humano. De esta manera, la sola supresión del síntoma, no resuelve el problema, más bien, lo complejiza, ya que, el síntoma corresponde a una expresión de una necesidad que se descarga energéticamente, y que al eliminarlo (mediante el fármaco) deja al niño sin posibilidad de expresar éstos conflictos subyacentes, es decir, lo deja en el más completo vacío. En esta lógica, cobra entonces aun mayor relevancia el saber psicoanalítico, y su propuesta terapéutica para tratar de esclarecer el camino hacia aquel vacío, llegar a él y luego iluminar y mostrar como es y cómo puede llegar a ser, si es elaborado, a través de la *situación analítica*.

En nuestro intento por comprender dichos procesos, fuimos atraídos por un sorprendente estudio realizado en España hace solo 2 años (2012) por Katia Dolle, la cual, adscrita al

paradigma neurocientífico, dio cuenta de un hallazgo fundamental para nuestro abordaje, ya que, planteó la existencia de 6 tipos de TDAH, dentro de los cuales, solo dos de ellos responden positivamente a los psicoestimulantes, hallazgo que de algún modo vino a reforzar nuestros cuestionamientos sobre la efectividad de la farmacoterapia. Otro estudio actual realizado en el mismo país, nos dejó simplemente anonadados, puesto que, el médico Gabriel Corfas (2012) descubrió mediante la técnica de neuroimagen (SPECT) que el aislamiento social y/o abandono que provoca carencia afectiva en etapas primordiales del desarrollo infantil afectaba la constitución neuroquímica del cerebro, puntualmente a la maduración de los oligodendrocitos, células responsables de la producción de mielina en el sistema nervioso central.

Esto significa que el abandono temprano del niño provoca pérdida de mielina en las regiones pre frontales del cerebro. Extraordinariamente, estas son las mismas zonas comprometidas en el TDAH (encargadas de regular las funciones ejecutivas), siendo algo más increíble, que Corfas perteneciendo al enfoque neurocientífico, llegue a las mismas conclusiones que nuestro estudio basado en los aportes psicoanalíticos, más aun, exhibiendo pruebas científicas (tan valoradas por el paradigma actual) que dan cuenta de la importancia de que el niño cuente con el resguardo materno.

Esto refuerza nuestras premisas, pues no solo contamos con el incesante apoyo de la corriente psicoanalítica, sino que también, nos podemos respaldar en aquellos estudios neurocientíficos que no solo proponen visiones nuevas a una problemática agotada de la subordinación a las teorías que refuerzan sus orígenes en lo biológico, sino que también abran espacios a aquellos aspectos que si bien, influyen en lo material, a su vez, trasciende de él, dando paso a una frontera entre lo biológico y lo psíquico.

Con nuestra propuesta psicoenergética, hemos intentado rescatar este segundo aspecto (la energía psíquica), ya que del primero hemos tenido bastante noticia (TDAH), por lo que invitamos a los investigadores y especialistas del paradigma neurocientífico a

expandir el abanico de sus respuestas, adentrándose desde sus saberes en aquellos aspectos menos abordados, los cuales posiblemente vislumbren sus anheladas interrogantes. Esto, sin duda les ofrecerá un mundo de incesantes respuestas que no han logrado esclarecer, desde solo la exploración del mundo material, concreto y/o manifiesto.

Finalizando nuestro recorrido, queremos hacer una última invitación sobre aquellos aspectos que lamentablemente no pudimos indagar, por razones ya mencionadas con anterioridad, esta consiste en situaciones que llamaron enormemente nuestra atención, las cuales constan de diferencias epidemiológicas importantes entre los estudios realizados en el continente americano, especialmente en Estados Unidos, donde el TDAH se extiende entre un 4% y hasta un 12% de la población (Steven P. Cuffe citado en MINSAL, 2008). Cifras que difieren bastante de las estadísticas obtenidas en el continente europeo, ya que en éste, la prevalencia de TDAH no supera el 1,5% de la población total (Urzúa, A & Cols, 2009). Escenarios similares hemos encontrado en los demás continentes (Oceanía, Asia y África).

De esta manera, nos surgen las siguientes interrogantes, ¿el TDAH constituye un problema americano, de cultura?, ¿Se estarán cometiendo errores en la forma que en que se aborda el presente cuadro clínico?, ¿Los Especialistas abogan primeramente; por defender sus posiciones de poder, por el saber de las génesis de alteraciones o abogan por el bienestar del sujeto/persona o paciente como es etiquetado?

De acuerdo a estas interrogantes, invitamos a quienes se interesen por este tema a profundizar mediante un estudio correlativo entre el abordaje Americano del TDAH y sus implicancias en relación con estas mismas pero enfocadas en el continente Europeo.

6. DISCUSIONES FINALES

Desde una revisión exhaustiva de los estudios predominantes en relación al sistema biomédico sobre TDAH en niños en edad escolar, nos llama la atención que estas tendencias se inclinen por “adecuados tratamientos farmacológicos” que contribuyen a una supuesta mejoría de los síntomas enfáticamente localizados como causa, en una determinada zona del cerebro (parte pre frontal), sin dar espacio o relevancia a los estilos de crianza y a la educación recibida; factores que quizás no son del orden causal del trastorno, aun así, podría ser un aparente o posible camino hacia la patología e increíblemente, también hacia la mejoría, puesto que ésta, con frecuencia se logra en el niño, no así “mejorando el síntoma” como meta de la medicina actual a nivel universal, la cual tampoco logra aquello, pues solo castra la expresión de éste (el síntoma), quedando el niño con cierto vacío psíquico, sin poder expresar libremente sus tensiones, más lo que sucede, es que tiene que proyectarlas a través de acciones que para el entorno figuran como inadaptativas, pasando éstas a transformarse en síntomas del TDAH.

El síntoma es mirado y tomado desde los procesos energéticos biológicos como causa y no como expresión de una causa; donde la comunicación o sinapsis neuronal se ve abruptamente interrumpida, como resultado de una desregulación del funcionamiento a nivel de neurotransmisores, específicamente disminución de dopamina; afección tratada principalmente con fármacos (específicamente metilfenidato), los cuales y de acuerdo a las altas tasas de remisión parcial en la adultez, reflejan la pobre y/o baja efectividad en “la mejoría” del TDAH. Por otro lado, tenemos que dicha sinapsis, también es interrumpida por aspectos que generan disminución de mielina, para lo cual no hay tratamiento alguno, ni biológico ni farmacológico, siendo las instancias psicoterapéuticas del orden de la psicoeducación, las que permiten a los sujetos llegar a aumentar la mielina en su cerebro, puesto que este aumento solo se puede dar a través de la experiencia; una experiencia enriquecedora, englobada en bondad y buen trato,

donde tanto el afecto (expresión emocional) como la afectividad (capacidad de reacción ante sentimientos y emociones) sean desarrolladas y recepcionadas por el niño/sujeto. De acuerdo a lo descrito, ambos procesos (disminución de dopamina y pérdida de mielina) generan un patrón de conductas muy similar, implicando la presencia de ciertas cargas energéticas del orden biológico, implicadas directamente en las mismas regiones cerebrales; a nivel de la corteza pre frontal del cerebro, incidiendo en las funciones ejecutivas del ser humano, como lo son, la toma de decisiones, memoria, atención, planificación, la adecuación del comportamiento social, etc.

Hemos podido visualizar que todas o cada una de estas facultades superiores también conllevan un cierto monto de energía psíquica; aquella comandada por la pulsión como motor del aparato psíquico. Esta energía en el TDAH en niños en edad escolar, opera a través de impulsos irrefrenables que se manifiestan a través de los síntomas y sus sentidos. Siendo éstos (impulsos) los precursores de la aparición de una angustia irreconocible para el infante, la cual actúa como una especie de aniquilador psíquico, dando paso a la ansiedad que de una u otra manera participa movilizándolo a actuar del orden desadaptativo en el niño, lo que se ve reflejado a través de la importancia de los tres principales grupos de síntomas presentes en el DSM-IV y/o en el CIE-10, es decir, la hiperactividad (“falta de” control conductual), impulsividad (“falta de” control de decisiones) e inatención (“falta de” control de la percepción). La “falta de”, en su insistente presencia, nos muestra como el infante está y/o queda desprovisto de algo, quedando en su lugar un vacío emocional representante de la ausencia de objeto de deseos. Desde el psicoanálisis, el deseo “es una falta de”, no así un anhelo como lo es para la superficialidad de nuestra realidad cotidiana. El TDAH, pasa a constituirse entonces en la presencia de la ausencia de objeto que posibilite de manera adecuada su satisfacción.

No es de extrañar que los síntomas del TDAH se confundan con los propios de una vinculación afectiva no construida en el primer año de vida. Si es así, y así lo es, entonces estamos dando voz a aquellas palabras que de a poco suelen reclamar que el

TDAH posiblemente es un trastorno ficticio o simplemente inventado, pues de lo contrario y ante tal cantidad y calidad de argumentos brindados en este estudio, el TDAH como trastorno legítimo debería aparecer en los manuales psiquiátricos con otra génesis, tener otras recomendaciones de tratamiento (que incluyan siempre un complemento entre lo psíquico y lo biológico) y lo más relevante sería; contribuir a disminuir los casos (psicoeducación en hospitales, centros médicos, centros sociales, etc.), mejorar el abordaje a éstos y su sintomatología, para evitar desplazar el síntoma (remisión parcial) y con ello su futura reaparición.

Como investigadores enfatizamos y destacamos que también se trata de contribuir a disminuir los casos, puesto que hoy pertenecemos y estamos inversos en una era dominada por la tecnología, el materialismo, los descontroles o excesos, el cambio paradigmático de la posición y mandato familiar (valores, creencias y principios), etc. Todos ellos, son puntos neurálgicos al momento de intentar analizar los “por qué” y los “cómo” de las veces en que un niño es abandonado (físicamente y/o psíquicamente) o sufre privación afectiva por parte de un adulto.

En el recorrido comprensivo del TDAH hemos recurrido al concepto energético, entendido como proceso que tiene como centro nuclear a las convergencias energéticas, donde las energías, ya sean psíquicas y/o físicas (biológicas) se entrelazan y conjugan en un mecanismo, aparentemente de desplazamiento, aun así, la energía psíquica, frecuentemente termina actuando, negándose y por sobre todo, proyectándose; mecanismo que responde al devenir psíquico, no a si al siempre secuencial y estructurado orden biológico.

A través de un recorrido intenso, desde los principios del psicoanálisis (Freud), profundizando en sus vertientes más claras en el desarrollo del psiquismo infantil (Klein) y extendiéndonos en teóricos, sus obras o replanteamientos actualizados en y desde la misma corriente teórica, es que llegamos a comprender cómo este influjo psíquico, específicamente a través del impulso, dice mucho más de lo que sabemos del TDAH, pues siempre está presente sin llegar a ser un auténtico ausente, menos en esto

que hoy nos convoca; el TDAH, como un trastorno afectado y/o atravesado por los impulsos, desde su origen en los afectos, hasta llegar a su expresión máxima a través de los síntomas, aterrizado en las dificultades cognitivas, con las cuales se hace notar una cierta escases anímica, como reflejo de la participación activa de la energía psíquica en dicho trastorno.

Nos es indiscutiblemente necesario aclarar que nuestro afán no es desmentir ni corroborar la teoría del orden biológico sobre el TDAH, más nuestro quehacer implica solamente contribuir y posiblemente, abrir a una nueva mirada a la medicina actual, como para indagar y reenfocar algunas concepciones y/o visiones que se producen en el recorrido energético del TDAH, destacando “cómo y en que” se basa la energía psíquica para ser relevante en la comprensión de este trastorno. Cuando hablamos del “como”, nos referimos a que esta energía, está supeditada a ciertos recorridos pulsionales que son inherentes a la naturaleza humana. Por otro lado, al decir “en que” se basa esta energía, damos cabida a los impulsos como una expresión muchas veces irrefrenable de la pulsión.

Por lo tanto, luego de este furtivo y gran cultivo teórico por el que hemos recorrido, nos parece que dicho trastorno (TDAH), primeramente no tiene su génesis en un daño neurológico (aunque este existe), tampoco sería la causa inicial una cierta fijación psíquica en la posición esquizo-paranoide (si no que es el medio), más el fin que encontramos y que pasa a ser el principio de toda esta afección, es la carencia afectiva, que se hace presente en momentos críticos del desarrollo del infante, principalmente al ser la madre una proveedora, en gran parte de los casos, solo de alimento y abrigo, no así de seguridad, de apoyo, de aquel amor tierno y bondadoso como factor estabilizador del aparato psíquico. Tampoco actúa como un receptor del mundo emocional del niño (factor fundamental para metabolizar todas las ansiedades primitivas que lo agobian) necesario para su desarrollo en general.

Esta carencia o deprivación afectiva, influye negativamente en la maduración de los oligodrencitos (las células responsables de la producción de mielina en el sistema

nervioso central), provocando directamente pérdida de mielina en las regiones prefrontales del cerebro del niño, lo cual posiblemente influye en la disminución de dopamina (como diagnóstico causal del TDAH por la mirada biomédica).

Este supuesto a saber, no parte por ser un mero capricho, pues son variados los teóricos psicoanalistas que coinciden y dan cierta relevancia al papel o rol fundante de la madre en la constitución psíquica del niño, pues el ideal es que se logre una constancia objetal (entre el niño y la madre) durante el desarrollo del infante, específicamente en los primeros meses de vida, durante los cuales la madre debe cumplir una suerte de apuntalamiento para el niño (nutricia, de abrigo, acompañamiento, seguridad, amor, afecto, etc.), de lo contrario, el niño quedara fijado en una posición primitiva (esquizo-paranoide), lo que rápidamente le obstruirá su desarrollo psíquico.

Sin objetar lo anterior, nuestra contribución da voz y habla del vacío que ha quedado o queda en el dinamismo energético del TDHA en niños en edad escolar (aquello del orden de “la constante falta de”).

Los diferentes estudios actuales (con bases biológicas y/o ambientales), nos han llevado conjuntamente a este recorrido, a plantearnos este quehacer para saber, aplicar y contribuir a la cura de este malestar inscrito como físico desestimando sus bases en lo psíquico. Desde este nudo (muchas veces mirado como punto inicial), es que pensamos, reflexionamos y sugerimos que no existe un solo determinante o causa que produzca el TDAH y su consecuente sintomatología, sino que más bien, este cuadro se originaría, como consecuencia de la afluencia de variados factores durante la etapa de gestación del hijo en el útero materno (cómo ha sido gestado en la mente de sus padres), como también en etapas críticas del desarrollo del niño (específicamente en la posición esquizo-paranoide), donde son los primeros meses de vida aquel espacio relacional que posibilita una sólida constitución psíquica o como en este caso, el espacio relacional desde donde se mantiene la fragmentación del aparato psíquico.

En éste último caso, se generarían constantes procesos de descarga energética de las tensiones del bebé en su madre, con el objetivo de provocar una especie de alivio en ella, en ausencia de sentimientos de culpa. Ellos, al momento de aparecer (en la madre), nuevamente los hará desaparecer de su yo (descargándose libremente sobre el niño), sin hacerse responsable o darse cuenta que es el infante quien introyecta aquella energía, información y/o tensiones, sin contar aún con las capacidades para simbolizar ni menos elaborar aquello, por lo cual queda fijado, desbordado o aniquilado psíquicamente, dando como resultado ciertas proyecciones del orden desadaptativo.

Es este último punto, el de nuestro interés por continuar investigando, conjuntamente a dejar y ampliar la invitación a los distintos especialistas, de distintas corrientes teóricas o distintas ramas del saber científico, para que profundicen sobre el devenir de este trastorno (TDAH), sin olvidar ni obviar navegar en las profundidades del inconsciente a través de una metapsicología, de la única corriente teórica que suele querer y ver más allá, el psicoanálisis.

7. BIBLIOGRAFÍA:

- Balint, M. (1967). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona: Paidós.
- Benito, R. (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida: Infancia, Adolescencia y Madurez*. Madrid: Draft Editores, S.L.
- Bleichmar, N. M & Bleichmar, C. L. (1997). *El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica*. Ciudad de México. Paidós.
- Brenner, C. (1974). Sobre el desarrollo de los afectos: una teoría unificada. *Revista de Psicoanálisis (APA)*, 3, 441-463.
- Calderón, C. (2003) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: programa de tratamiento cognitivo-conductual*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología.
- Callahan, R. (1985) *La Cura para la Fobia en Cinco Minutos*. Wilmington: Publicaciones Interprise. Versión español.
- Calvin, H. (1998). *Compendio de Psicología Freudiana*. Ciudad de México: Paidós.
- Carrasco, X & Aboitiz, F. (2009). *Déficit Atencional e Hiperactividad: Fronteras y Desafíos*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Carrasco, X; Rothhammer, P; Moraga, M; Henríquez, H; Aboitiz, F & Rothhammer, F. (2004). Presencia de los alelos DRD4/7R y DAT1/10R en miembros de familias chilenas con síndrome de déficit atencional con hiperactividad. *Revista Médica de Chile*, 132, 332-338.

- Díaz, J. (2006). Tratamiento Farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, N°7, pág. 20-43.
- Enciclopedia de la Salud (última actualización: 29 de Abril de 2013). Definición: Idiopático. Extraído el 27 de Diciembre de 2013, desde <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/idiopatico>.
- Fairbairn W. (1952). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires: Hormé.
- Fenichel, O. (1945). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, R. M., Cortés, J. F. (2013). Cómo influye el abandono en el cerebro del recién nacido: periodos críticos de mielinización. *Instituto Internacional de estudios sobre la familia (The Family Watch) 41*, 1-6.
- Freud, S. (1893-1895). *Obras completas. Volumen II: Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu. 9ª Edición.
- Freud, S. (1900). *Carta 242 en J. Etcheverry (Traducida) Carta a Fliess (1887-1904)*. Buenos Aires: Amorrortu. 9ª Edición.
- Freud, S. (1901-1905). *Obras completas. Volumen VII: Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu. 9ª Edición.
- Freud, S. (1913-1914). *Obras completas. Volumen XIII: Tótem y tabú y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu. 9ª Edición.
- Freud, S. (1914-1916). *Obras completas. Volumen XIV: Trabajos sobre metapsicología, y otras obras. Contribución a la historia del movimiento Psicoanalítico*. Buenos Aires: Amorrortu. 9ª Edición.
- Freud, S. (1917 [1915]). *Obras completas. Volumen XIV: Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Duelo y Melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu. 9ª Edición.

- Freud, S. (1920-1922). *Obras completas. Volumen XVIII: Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu. 9ª Edición.
- Freud, S. (1923-1925). *Obras completas. Volumen IX: El Yo y el Ello y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu. 9ª Edición.
- Gariepy J, Gendreau P, Mailman R, Tancer M. & Lewis M. (1995). Rearing conditions alter social reactivity and D1 dopamine receptors in high-and low-aggressive mice. *Revista Pharmacol Biochem Behav*, 51, 767-773.
- Herrera, J; Quintero, F & García, A. (1995). Fundamentos Neuropsicológicos del TDAH. *Revista Neurocientífica de Panamá*, 004, 1-31.
- Huber M, Karner M, Kirchler E, Lepping P. & Freudenmann R. (2008). *Lesiones en parasitosis ilusorio revelado por imagen de Resonancia Magnética. Artículo Revista neuropsicofármaco y psiquiatría*, 32, 1967-197.
- Kessler, R. Adler, L. Barkley, R. Biederman, J. Conners, K. Demler, O. Faraone, S. V. Greenhill, L. Howes, M. J. Secnik, K. Spencer, T. Ustun, B. Walters, E. E & Zaslavsky, Alan. (2006). La prevalencia y la correlación de TDAH en adultos en los Estados Unidos: Los resultados de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de replicación. *Revista periódica de Psiquiatría*, 163, 716-723.
- Klein, M. (1932). *El Psicoanálisis de Niños*. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1935). *Contribución a la Psicogénesis de los estados Maniaco-Depresivos*. London: Hogarth Press.
- Klein, M. (1946). *Notas sobre algunos Mecanismos Esquizoides*. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1948). *Sobre la Teoría de la Ansiedad y la Culpa*. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1957). *Envidia y Gratitud*. Barcelona: Paidós.

- Klein, M. (1959). *Nuestro Mundo Adulto y sus Raíces en la Infancia*. London: Hogarth Press. Sociedad Psicoanalítica Británica.
- Kroitor, G. (2007). *Síntoma, deseo e inconsciente en Psicoanálisis*. Conferencia dictada en VEL (Violencia Estudios Lacanianos. Departamento de investigación sobre violencia), 03 de Octubre, Buenos Aires.
- Laplanche, J; Bertrand, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós. 1ª Edición.
- Lopera, F. (2008). Funciones Ejecutivas: Aspectos Clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8, 59-76.
- López, J & Aliño, I. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. 4º Edición.
- Maletta, H. (2009). *Epistemología Aplicada: Metodología y técnica de la producción científica*. Lima: Nova Print S.A.C.
- Mayor, J & García, R. (2011). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) Revisión ¿Hacia dónde vamos ahora? *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 22, 144 – 154.
- Menassa, O. (2010). *La Histeria y los Sueños. Capítulo VIII; La Vida de un Padre síntoma fantasma*. Conferencia semanal dictada en la Escuela de Psicoanálisis – Grupo Cero, Octubre, Madrid-España.
- Menéndez, I. (2001) Trastorno por déficit atencional con hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y el adolescente*, 4, 92-102.
- Mesa, T. (s.f). *Síndrome de Déficit Atencional: Distráido, casual o patológico*. Chile: Revista de salud UC. Facultad de Medicina. Departamento Neurología.
- Michanie, C. (2000). Terremotos y Soñadores. *Fundación TDAH Argentina*, 1, 1-10.

- MINSAL (2001) Ministerio de Salud de Chile. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*: Ediciones Unidad de Salud Mental. 2a Edición, Chile.
- MINSAL Ministerio de Salud de Chile (2008). *Guía Clínica: Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA)*: Subsecretaría de Salud Pública división de Control y prevención de enfermedades. Departamento de Salud Mental, Chile.
- Musumeli L. & Soubiate, S. (2004). La noción Kleniana de Identificación Proyectiva, piedra fundamental de los abordajes de la locura en la escuela inglesa de psicoanálisis. *XII Anuario de investigaciones, facultad de psicología, UBA, 12*, 1-7.
- Pizarro, A. (2003). *Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitivo-conductual en un contexto educativo para el tratamiento de niños Chile. Diagnosticados con el trastorno por déficit atencional / hiperactividad*. Tesis para optar al grado de magíster en psicología, Universidad de Chile.
- Ponce, S & Conejero, J. (2010). *Protocolo Referencia y Contrareferencia Pacientes con Déficit Atencional (TDA / TDAH)*. Hospital de niños Roberto del Río. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Pozo de Castro, De la Gándara Martín J, García V, García, X. (2005). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Bol Pediatr*, 45, 170-176.
- Ramos, J.A; Bosch, R; Castells, X; Nogueira, M; Morais, A; García, E & Casas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Barcelona: Revista de Neurología. 42*, 600-606.
- Rodríguez, M. Michanie, C. Feld, V. Tallis, J. Bleichmar, S. Schlemenson, S. Iglesias, A. Saucedo, E. Ruíz, B. & Martinelli, M. (1998). Los atrasados escolares. El trabajo en el Aula y en la Clínica: Problemas de Atención e Hiperactividad; Diagnóstico e institución A.D.D. en debate. *Ensayos y Experiencias, 25*, 14-44.

- Segal, H. (2005). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós Psicología profunda.
- Soutullo, C. y Díez (2008). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana.
- Spitz, R. (1958). *El primer año de vida del niño*. Ciudad de México: D.F.: Fondo de Cultura Económica, 8º Edición.
- Urzúa, A; Domic, M; Cerda A; Ramos, M & Quiroz, J. (2009). *Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados*. Santiago: Revista Chilena de Pediatría, versión 80ª.
- Vilensky, J. (2011). Encefalitis Letárgica. Durante y Después de la Epidemia. *Prensa de Universidad de Oxford S.A. Nueva York. Virología, 14, 69.*
- Winnicott, W. (1945). *Desarrollo emocional primitivo*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, W. (1949b). *La mente y su relación con el psiquesoma*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, W. (1951). *Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión "no yo"*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, W. (1952). *La angustia asociada con la inseguridad*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, W. (1965). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Laia.
- Winnicott, W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.