

HIPERACTIVIDAD: ¿SÍNTOMA O TRASTORNO? ¿DE QUÉ O DE QUIÉN?

Gloria Patricia Peláez J.¹

Resumen

Una de las manifestaciones “sintomáticas” actuales con más acogida, uso, abuso y sobrediagnóstico es la llamada Hiperactividad o trastorno con déficit de atención (TDAH). La investigación realizada en un colegio especializado en este trastorno muestra claramente la poca efectividad del tratamiento farmacológico y comportamental aplicado a los niños y jóvenes “afectados” por este diagnóstico. La lógica cerrada colegio-profesionales y fármaco es una práctica común en la actualidad que excluye la interrogación por el sentido y significación que dicho síntoma representa para el sujeto en su relación al Otro. Para el Psicoanálisis este es el eje de su intervención, interrogar que sujeto está puesto en juego en ese síntoma y que función tiene para él.

Palabras claves: Hiperactividad, síntoma, trastorno, clínica psicoanalítica, medicalización.

Abstract

One of present "the symptomatic" manifestations with more welcoming, use, abuse and sobrediagnosis are the Hiperactividad call or upheaval with attention deficit (TDAH). The investigation made in a school specialized in this upheaval shows clearly the little effectiveness of the farmacológico and comportamental treatment applied the children and "affected" young people by this diagnosis. The closed logic school-professionals and drug is a practice common in the present time that the interrogation by the sense excludes and meaning that this symptom represents for the subject in its relation the Other. For the Psychoanalysis this it is

¹ Psicóloga USB, Especialista en familia UPB, Magíster en Filosofía U de A, Profesora Departamento de Psicología U de A, Psicoanalista. Correo electrónico: gppj14@yahoo.com

the axis of his intervention, to interrogate that subject it is put into play in that symptom and that function has for him.

Key words: Hiperactividad, symptom, upheaval, psychoanalytic clinic, medicalización.

Introducción

El trabajo clínico con niños, la docencia y la investigación, nos confrontan día a día con un hecho: la existencia de formas de malestar que se tipifican hasta convertirse en realidades cuando son representadas, nombradas, clasificadas, referenciadas por la ciencia y aplicadas a las personas en los diversos ámbitos donde se desenvuelve.

Este proceder, marcado por la dinámica científica, explica para los epistemólogos² el nacimiento de los conceptos, pero a su vez, sirve para interrogar cómo lo simbólico introduce el corte y delimita lo real, acción que regula el discurso y sobre lo cual se construye la realidad vivida como escenario.

El Fracaso escolar existe desde que la educación se impuso como obligatoria para todos, respondiendo al ideal de la Revolución Francesa. Desde entonces, la ciencia positiva elevó el niño a la condición de objeto de estudio, y la alianza educación, psicología y pediatría aseguraron su existencia como disciplinas encargadas de dar cuenta de lo que este objeto era, como caminos propios para intervenir sobre él en un circuito de relaciones que han llegado ha ser hoy día una de las maquinarias más efectivas de prestación de servicios (exámenes de laboratorio, pruebas

² Fleck: Nacimiento del concepto de sífilis.

psicométricas, escáneres), y de mercadeo de los profesionales (psicólogos, psicopedagogos, neurólogos, psiquiatras), en medio de los cuales el niño circula de un lado para otro, con todas las miradas que objetivan su cuerpo, su mente y su ser, deambulando de consultorio en consultorio, de colegio en colegio, de profesor en profesor, de cursos nivelatorios, en cursos de recreación complementarios, de farmacia en farmacia.

Esta pequeña descripción, que no deja de ser dramática, es la realidad que se impone en las instituciones educativas, donde cada vez, y con mas fuerza, está presente como parte de la institución y como una acción regular de la misma, la remisión al neurólogo, psicólogo o psiquiatra y la presencia sin falta del medicamento en la vida diaria escolar.

No es un mito o una construcción fantasiosa, es el testimonio de una docente que lleva 11 años de trabajo en uno de los colegios privados más prestigiosos de nuestra ciudad. La cito: *“en el colegio donde yo laboro, hay unas horas asignadas para tomarse la droga, y una encargada pasa por los salones llamando a los Hiperactivos, a que se tomen la pastilla”*. Este es sólo un fragmento de una entrevista que la docente concedió, a una estudiante de psicología de la Universidad de Antioquia, y que hizo parte de un pequeño proyecto de investigación realizado en el 2003. Este trabajo titulado *“Hiperactividad: Síntoma o trastorno”* arrojó datos muy interesantes que pretendo transmitir aquí, y que después de dos años, son de nuevo actualizados a propósito de un niño que viene a mi consulta hace aproximadamente 6 meses y que llamaré José.

Con el apoyo de estas dos fuentes, pretendo interrogar el diagnóstico de hiperactividad, y los efectos que este acarrea para el sujeto, así como develar las razones que sostienen el que hoy por hoy, la hiperactividad sea uno de los diagnósticos más frecuentes junto con la depresión, y una de las formas mas extendidas del malestar contemporáneo que llevan a consulta a quienes las padecen, y quienes en su gran mayoría, o casi exclusivamente, son atendidos por psicólogos de orientación cognitiva, neuropsicólogos y psiquiatras; profesionales que regularmente realizan una intervención clínica sostenida, casi exclusivamente, en el tratamiento farmacológico, tal como lo demuestra la investigación citada, y de la que se extraerán una serie de conclusiones.

I.

Proyecto de Investigación

Hiperactividad: ¿síntoma o trastorno?

Breve reseña:

La investigación *Hiperactividad: ¿síntoma o trastorno?*³ Consistió, metodológicamente, en una investigación de corte cualitativo, y su diseño específico fue el estudio de casos de carácter colectivo. La población elegida fue la del colegio Gimnasio Nuevo Milenio, que recibe niños con dificultades del aprendizaje.

La selección de la muestra se hizo con base en el problema objeto de investigación: 15 niños y jóvenes diagnosticados con el TDAH. El objetivo de la investigación consistió en un análisis del fenómeno hiperactivo, la manera como es tratado y los efectos que genera dicho diagnóstico en los sujetos y en sus relaciones familiares y escolares.

Las técnicas de recolección de la información fueron entrevistas semi-estructuradas con guía temática, dirigidas a los sujetos diagnosticados y a los expertos (médico, psiconeurólogo, maestra). Ésta técnica interactiva fue diseñada cuidadosamente de manera que permitiera obtener la información requerida. La guía, para la entrevista constituyó un marco de referencia y facilitó preguntas focalizadas sobre el asunto que convocó la investigación.

³ Macías Gil, Diana Isabel. *Hiperactividad: ¿ Síntoma o Trastorno?*. Trabajo de grado. Departamento de Psicología. Universidad de Antioquia. 2003.

El protocolo utilizado con los sujetos diagnosticados se realizó con base en las categorías de búsqueda. Cada categoría constó de una serie de preguntas que dieron cuenta del problema objeto de la investigación. Por su parte, la guía usada con los expertos fue más flexible con el propósito de recoger nuevos aportes de la experiencia de los profesionales para la comprensión del fenómeno de la hiperactividad.

Resultados:

Los resultados obtenidos de la investigación pueden clasificarse en dos tipos: 1. Las características encontradas en la muestra y 2. La información obtenida a partir de las cuatro categorías de búsqueda.

1. Características generales de los jóvenes:

- La muestra estuvo conformada por sujetos cuyas edades oscilaban en un rango de edad entre los 7 y 19 años. No obstante, la mayor parte de la población se encontraba entre los 14 y 19 años.
- Todos son alumnos de un colegio que tiene como objetivo recibir la población estudiantil que posee diferentes problemáticas y que por esto ha sido rechazada en otras instituciones.
- Los jóvenes entrevistados cursan indistintamente cursos entre 1º y 10º grado.
- En su mayoría los jóvenes conviven con su familia nuclear (padres y hermanos), gran parte de las cuales tiene dificultades intrafamiliares importantes, característica coincidente con aspectos señalados y resaltados por

dos de los tres expertos consultados, quienes acuerdan en que generalmente las familias de los jóvenes hiperactivos tiene problemas serios de relaciones, transmisión de la norma y reglas de comportamiento, sea por defecto o exceso, que contribuye a la confusión de los niños y jóvenes. Muchas de estas familias viven situaciones de violencia, maltrato o carencia afectiva.

2. Categorías de búsqueda y sus hallazgos:

1ª Categoría: Diagnóstico: Esta categoría contempló varios aspectos a saber: conocimiento del diagnóstico por el joven, edad de diagnóstico, proceso de diagnóstico, causas para el diagnóstico.

Se encontró que la mayoría de los jóvenes encuestados sabe que fue diagnosticado; muy pocos desconocían o no sabían que los habían diagnosticado, no obstante, sostenían que sus familias si lo sabían y se lo habían ocultado para no hacerlo sentir mal, o para que *“no le dijeran que era loco”*.

En cuanto a la edad, se encontró que la mayoría fue diagnosticada entre los 9 y los 14 años, lo que contraría el DSM IV⁴, manual que recomienda que *“...en el último periodo de la infancia y el inicio de la adolescencia son menos frecuentes los signos de actividad motora excesiva”* y *“los síntomas de hiperactividad – impulsividad o de desatención... pueden haber aparecido antes de los 7 años”*. En su mayoría estos jóvenes fueron diagnosticados, en mayor porcentaje por médicos, seguidos de neuropediatras y, en igualdad de porcentaje neurólogos y psicólogos. Las razones

⁴ DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson. 2002.pp. 82-86

del diagnóstico encontradas eran por ser sujetos desordenados, peleadores, que no estudiaban, eran necios, desatentos e inquietos. Los porcentajes más altos en las causas del diagnóstico fueron inquietud y desatención.

Respecto al proceso seguido, se encontró que las técnicas más utilizadas para emitir el diagnóstico era la identificación de características con base en el DSM IV, pruebas psicométricas y electroencefalogramas.

2ª Categoría: Relación del sujeto al diagnóstico: Los resultados muestran que gran parte de los jóvenes no está de acuerdo con el diagnóstico; un buen porcentaje, expresa su aceptación y un considerable número de jóvenes duda de él. Creen que eso que les pasa, es por causas ajenas a ellos mismos, por lo que no se sienten implicados ni responsables a pesar de la insistencia de los profesionales por educarlos y explicarles lo que tienen. Basado en el hecho anterior se encontró que los jóvenes viven el diagnóstico con una cierta normalidad; algunos expresan que les produce rabia y dolor, y otros se las arreglan frente a él, aduciendo que son hiperactivos porque son más inteligentes. De esta manera, los sujetos hacen con este diagnóstico sus propias insignias, sea para asumirlas y ser por ellas representados, o sea para sacarle una ventaja secundaria en forma de desmentida, pues allí donde la ciencia los objetiva con un déficit, un trastorno o enfermedad, ellos colocan un más inteligente o un normal.

3ª Categoría: Relación diagnóstico - tratamiento: En esta categoría se encontró que casi exclusivamente, con excepción de 2 o 3 casos, el tratamiento es médico, y

se usa exclusivamente la prescripción farmacológica, sin considerar la misma prescripción del DSM que sostiene la necesidad de ofrecer además psicoterapia.

4ª Categoría: Efectos del diagnóstico en el sujeto, en su comportamiento y en sus relaciones: gran parte de los relatos de los jóvenes se observó y nombró claramente el uso que hacen del rótulo impuesto, no solo para obtener algunos beneficios secundarios, sino también para hacer objeción al Otro que los nombra. Igualmente, se encontró que los sujetos, a pesar del conocimiento que tiene del diagnóstico, son pasivos frente a él, y cuando son llevados a la psicología o a la medicina buscando el cambio en el comportamiento, se evidencia que se trata más de una demanda de los Otros hacia ellos, y se pone en evidencia la necesidad que este Otro: padres, Colegio, tiene de hacerlo cambiar, posición de demanda unida fuertemente a la idea de adaptación social que se busca con estos jóvenes. Desde el punto de vista del niño o joven, la relación con los otros es ligeramente nombrada. En las entrevistas se observó que poco hablan de ellas y en general sostiene que sus relaciones no han cambiado por efectos del diagnóstico, que para ellos continúan siendo las mismas en lo que tiene que ver con sus familias, mientras que la relación a sus pares si se detectan con más facilidad cambios, y situaciones extremas que van desde actitudes negativas de los otros con ellos, hasta relaciones de compinchería. En ambos casos las relaciones están en función o del diagnóstico o del comportamiento de estos sujetos.

Conclusiones:

Cuando se interroga por la hiperactividad en términos de si es síntoma o trastorno, se apunta justamente al corazón de una de las causas por las que la hiperactividad, ha sido tratada por los profesionales como un problema de salud, pues como otras manifestaciones, la hiperactividad, caracterizada como está en el Manual, permite identificar al sujeto que las expresa, clasificando y diferenciando, en este hacerse al Otro y en su relación a los otros, las formas mas o menos adaptadas. Así se designan manifestaciones que son signo de enfermedad, y se busca para ellas una causa orgánica o neurológica que la explique, para poder proceder a su control mediante la medicalización.

Paradójico es que, precisamente, en esta tendencia, no ha sido posible encontrar las pruebas determinantes⁵ de las supuestas causas biológicas para el caso de la hiperactividad, a pesar de la serie de hipótesis existentes al respecto: que se debe a neurotransmisores, a sustancias toxicas, alergias, diferencias en la formación de cerebro, en la alimentación, en el clima entre otras...No hay nada definitivo, y a falta de enfermedad para explicar el por qué de los problemas mentales, el término de trastorno, se utiliza indiscriminadamente, a pesar de que él mismo tampoco logra constituir una denominación clara y "objetiva" en términos positivos, por no ser hasta el momento comprobados empíricamente, tal como explícitamente lo indica el DSM-IV-TR: *"El término de "trastorno mental" al igual que muchos otros términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades...los trastornos mentales han sido definidos también*

⁵ Ibidem.

mediante una gran variedad de conceptos...". Los especialistas de este manual, indican que se usa porque ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre normalidad y patología, así trastorno es equivalente a síndrome o lo que es lo mismo un patrón de comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad, o aun riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir discapacidad o pérdida de libertad."

En este estado de cosas, cabe preguntar ¿qué puede escaparse de ser trastorno?. ¡Nada!, todo está justificado para serlo, imponiéndose así la necesidad de rápidamente buscar la molécula que le corresponde, gracias a lo cual el mercado de los medicamentos se verá considerablemente beneficiado.

Es "notable" el Manual cuando sostiene además que: "*Cualquiera que sea su causa*", es decir no importa cuál realmente sea, hasta puede inventarse, "*debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (político, religioso o sexual), ni el conflicto entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción*" ¿Cómo entender este galimatías? Al final todo es pero no es...y esto precisamente, es una de las razones por las que, tal como se encontró en la investigación, existe un sobre diagnóstico de Hiperactividad. Cifras de este año lo muestran, no es sino consultar *Google*, e inmediatamente se encuentran las numerosas investigaciones acerca del trastorno hiperactivo, y todas van orientadas a confirmar la necesidad del medicamento y lo recomendable que sería complementarlo con unas sesiones de psicoterapia. En España, Francia, Estados Unidos, están alerta por el notable incremento de la población

diagnosticada como hiperactiva, el porcentaje se ha elevado entre el 8 y 15 % de la población de estos países.

Las razones expuestas en los documentos para este sobre diagnóstico, son las mismas que explican que la hiperactividad, es un eslogan, usado para enfrentar una situación que crea descontrol, como es la del niño en el mundo actual y su relación al saber y a los otros, malestar que cubre las verdades de su realidad familiar, social, escolar. De esta manera, el diagnóstico de hiperactividad permite, como concepto, representar con lo enfermo, algo que los datos de la investigación aquí expuesta, interrogan, de la misma manera lo hace el caso de José, un niño de 8 años que viene a mi consulta y que ha sido diagnosticado y medicado desde los 4 años, por ser muy inquieto, impulsivo, desatento, a pesar de su buen rendimiento académico. La madre se queja sobre todo de su irritabilidad, intolerancia, y agresividad con los compañeros y con ella misma, al punto que viene a consultarme por dos razones: porque ya no tiene a quien más acudir, pues ha pasado por los consultorios de todos los neurólogos, psicólogos y psiquiatras más prestigiosos en hiperactividad; y porque de este recorrido hoy tiene una certeza muy íntima, es que algo le pasa al niño, en el mismo y los profesionales no dicen nada, no escuchan, sólo dan las recomendaciones, las mismas recetas, y fórmulas, los mismos pasos para educar, sin dejar hablar. Relata, para ejemplificar lo anterior, lo que le ocurrió en la última visita al psiquiatra, cita que espero por 3 meses, para estar sólo 5 minutos y ser despachada con un: *“ah! su hijo tiene hiperactividad, déle esta droga y vuelva en 3 meses.”* Eso sí, le anexó a la fórmula médica, la fórmula comportamental como lo hicieron los otros profesionales: recomendaciones de control, vigilancia y orden que debe tener y practicar con su

hijo en casa, desde que se levanta hasta que se acuesta. Esta guía “práctica”, le indica incluso ejemplos, cómo debe hablarle al niño, cual es el tono mas recomendable que debe utilizar, que expresiones deben acompañar su enunciado...etc., etc....Ante este estado de cosas, cabe de nuevo interrogar ¿Si no es trastorno, es síntoma de qué?

II.

Hiperactividad: ¿de qué o de quién?

¿No es acaso la hiperactividad la expresión del malestar del niño, sujeto actual, que aunque tiene todos los ojos de los profesionales puestos encima, nadie escucha lo que tiene para decir?, ¿no es un intento de existir ante el Otro que al no escucharlo entonces no le da lugar?. El niño hiperactivo no existe entonces mas que por su hiperactividad, por ese trastorno con el que logra a pesar de todo, representarse y hacerse un lugar.

José, desde que viene a consulta, no toma más ritalina, cambió de colegio y aunque con intervalos, las cosas se han apaciguado, y reacomodado: en el colegio ha obtenido buenos resultados, y su madre se encuentra más tranquila frente a él, ha perdido miedo ante las reacciones agresivas de José, hasta rabia le produce y lo ha podido expresar abiertamente en consulta. También consiguió pensar sobre su realidad como mujer, y como “sin darse cuenta” en estos años de preocupación por su hijo no ha tenido lugar nadie más que él. José por su parte ha podido expresar su sufrimiento con la separación de sus padres, manifestar lo que representa para él ser muy “parecido a su padre” ¡también hiperactivo cuando era niño!, y sobre

todo, ha logrado identificar lo que significa que su madre salga sin él, que se demoré, lo difícil que es sostener en sus hombros una relación con ella, para la que pretende ser todo lo que le dé sentido a la vida de esta madre que ama pero que lo saca de sus cabales, con la angustia que esto le genera.

Esta posibilidad de trabajo con José y los hiperactivos como él, escapa a la lógica e interés de las políticas de salud mental, pues la dinámica del mercado exige tratamientos fáciles, rápidos, económicamente rentables que permitan el autosostenimiento de *las empresas* de salud. Por ello es necesario que *fácilmente* se emita un diagnóstico, situación que explica por qué debe ser fácil diagnosticar, pues basta solo con seguir los pasos que aparecen en Internet, por ejemplo en la página de la Universidad de Michigan, donde en razón de la preocupación por el riesgo de salud que representa este trastorno, se dan allí las recetas y explicaciones de cómo trabajar con las personas aquejadas de este mal. Merece subrayarse que en esta guía se indica “precisamente” los problemas de comportamiento que deben detectarse para el diagnóstico, ellos son: quebrantamientos a la norma, responder a los adultos y golpear a otros, comportamientos suficientes para que los psicólogos de la Universidad de Michigan diagnostiquen como hiperactivo a un niño o joven. ¡Todos podremos ser entonces diagnosticados! ¿! Cuánta intolerancia se filtra en este afán ¿?, intolerancia que parte de una la exclusión del sujeto, y responde al propósito de control de un programa estricto y sistemático del comportamiento del hombre moderno?

Síntoma o trastorno: ¿De qué? o ¿de quién? da cuenta entonces del sobrediagnóstico, de la exclusión del sujeto, mediante lo cual se objetiva desde el saber de la ciencia

que indica al profesional como con la mirada, la observación de signos, puede identificar el fenómeno y diagnosticar, predecir, formular para también controlar el fenómeno y su emergencia con pautas complementarias educativas. Y tal como lo demostraron los resultados de la investigación: a tratamiento farmacológico, entonces enfermedad. Es este el primer nivel fundamental de la exclusión del sujeto en la practica científica; la segunda exclusión es la que denuncian los profesionales, tal como lo indica el psicólogo especialista en niños con énfasis en psicología cognitivo-comportamental y neuropsicología infantil *“El verdadero cuadro del TDAH, es un cuadro de origen neurobiológico que se expresa en la conducta y en la emoción, como todos esos cuadros va a ser muy difícil discernir su causa y otras posibles causas sociales o familiares etc., este tipo de cuadros se van a prestar para mucha confusión diagnóstica, generando sobre diagnóstico; entonces a veces crea en el medio, sobre todo entre los profesionales, en las familias, en los educadores, la idea de que la hiperactividad es de pronto efecto, mas de los social o de las malas prácticas educativas , o a veces se diagnostica eso”*

Lo que la hiperactividad viene a poner en cuestión e interroga es cómo retomar los ejes de la práctica clínica y como resituar los objetivos y el propósito de la práctica escolar.

El psicoanálisis interrogando precisamente los estándares y abriendo las puertas al sujeto en cuestión, abre una alternativa de abordaje diferente sobre las formas típicas como en nuestro medio, y análogamente en el ámbito mundial, la hiperactividad, la depresión, la anorexia entre otros, son clasificados, nombrados,

rotulados, tratados y controlados, sin mayores efectos que los del incrementando en el número de sujetos que lo padecen y la extensión del malestar.

De allí que volver a la pregunta freudiana por el síntoma, preguntarse por lo que éste representa y retomarlo con Lacan como la forma de hacerse al ser, objetando al Otro, abriendo la perspectiva del síntoma desde la falta en ser, nos permite encontrar el camino para acercarnos a la verdad, que no es otra que la verdad del sujeto del inconsciente, del sujeto del deseo puesta en juego en el acto, en la acción, en la impulsividad. Se trata de resituar las coordenadas del sujeto perdidas para la ciencia y por la ciencia, coordenadas que no son otras que las formas de goce.

Bibliografía:

- Lacan, Jacques. Los cuatro principios fundamentales del psicoanálisis. Seminario XI. España: Barral Editores 1974.

- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2002.

- Macías Gil, Diana Isabel. Hiperactividad: ¿Síntoma o trastorno? Medellín: Trabajo de grado. 2003. Asesora teórica: Gloria Patricia Peláez J. Departamento de Psicología. U de A. Biblioteca Central.