



El TDAH desde una Lectura Interdisciplinar

Carolina Díaz Medina

Trabajo de grado presentado para optar al título de psicóloga

Tutor

John Jairo García Peña, Magíster (MSc) en psicología

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Psicología

Medellín, Antioquia, Colombia

2022

Cita

(Díaz Medina, 2022)

Referencia

Díaz Medina, C. (2022). *El TDAH desde una Lectura Interdisciplinar* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Estilo APA 7 (2020)



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Arboleda Céspedes

Decano/Director: Alba Nelly Gómez García

Jefe departamento: Alberto Ferrer

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Realizar este trabajo, fue posible gracias al amor, el conocimiento (y la paciencia), el apoyo incondicional y la fe. En su orden, a mis padres, a mi asesor, a Juan y a mis amigos; todos ellos, gratitud infinita porque creyeron en mí.

Tabla de Contenido

Resumen.....	7
Abstract.....	8
1. Planteamiento del problema.....	9
1.1. Sobre el diagnóstico.....	10
1.2. Sobre el tratamiento.....	14
2. Pregunta de investigación.....	19
3. Justificación.....	20
4. Objetivos.....	21
5. Antecedentes.....	22
5.1. A nivel local.....	22
5.2. A nivel nacional.....	24
5.3. A nivel internacional.....	26
6. Marco teórico.....	29
6.1. El TDAH.....	29
6.2. Enfoque psicodinámico.....	32
6.3. Desarrollo psicoafectivo.....	34
6.4. Familia y parentalidad.....	36
6.5. Estigma social.....	39
6.6. Interdisciplinariedad.....	41
7. Metodología.....	44
8. Análisis temático.....	46
8.1. Diagnóstico biopsicosocial del TDAH.....	46
8.2. Atención integral desde la interdisciplinariedad.....	50
8.2.1. Psiquiatría.....	50
8.2.2. Intervención familiar.....	53
8.2.3. Intervención psicopedagógica.....	56
8.2.4. Terapia cognitivo conductual.....	59
8.2.5. Psicoterapia dinámica.....	61

9. Conclusiones.....	64
10. Referencias.....	66

Lista de tablas

Tabla 1 Resultados del test PBQ-SF (Personality Belief Questionnaire Short Form).....	30
----------------------------------------------------------------------------------------------	----

Resumen

El ser humano está constituido por la integración de tres dimensiones principales, el cuerpo, la mente y el contexto en donde se desarrolla. Sin embargo, la presencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, TDAH, en los niños, ha sido principalmente estudiado y atendido por teorías basadas en el primero de los tres aspectos, la biología; lo que denota una mirada unidireccional, en la comprensión del trastorno que no cubre a la persona que lo padece, al omitirse los otros dos componentes esenciales. Por esta razón, se analiza al TDAH desde una mirada integral, que posibilita la perspectiva interdisciplinaria, que permite reconocer todas las variantes que componen al ser humano. Por eso es importante para un análisis amplio del TDAH, trabajar en equipo interdisciplinario, desde las diferentes ciencias que puedan intervenir en éste, principalmente, la psiquiatría, la pedagogía y la psicología. Ésta última ha estado presente en la historia del TDAH como una fuente de diagnóstico y tratamiento, desde el enfoque cognitivo conductual, sobre la cual, hay que señalar que presenta la misma falencia, centrar sus teorías y propuestas de tratamiento, principalmente en el concepto de lo biológico. Por tal motivo, este estudio pretende ampliar la mirada psicológica del TDAH, hacia otras teorías de la psicología, como es la psicodinámica. Por la necesidad de estudiar el trastorno desde una perspectiva más amplia y comprender cómo la psicología tiene un papel central dentro del tratamiento del mismo y no solo presentarse como apoyo de segundo nivel para los psiquiatras; por lo que se identifica a la psicodinámica como una respuesta a esta necesidad de atender e intervenir el TDAH desde lo físico y psíquico. Comprender el TDAH, desde todas las dimensiones que componen al ser humano, permite que se diagnostique con mayor precisión a los niños, sin confundir con otros trastornos, además no limita el uso de métodos invasivos en el tratamiento, ya que se proporcionan herramientas claves para atender los aspectos integrales del ser humano, en igual medida e importancia.

Palabras clave: TDAH; Diagnóstico; Tratamiento Integral; Interdisciplinaria; Psicología dinámica, Biopsicosocial.

Abstract

The human being is constituted by the integration of three main dimensions, the body, the mind and the context where it is developed. However, the presence of attention deficit and hyperactivity disorder, ADHD, in children, has been mainly studied and attended by theories based on the first of the three aspects, biology; What denotes an unidirectional look, in the understanding of the disorder that does not blame the person who suffers from it, by omitting the other two essential components. For this reason, ADHD is analyzed from an integral look, which enables the interdisciplinary perspective, which allows to recognize all the variants that make up the human being. That is why it is important for a broad ADHD analysis, work in interdisciplinary team, from the different sciences that may intervene in it, mainly, psychiatry, pedagogy and psychology. The last one has been present in the history of ADHD as a source of diagnosis and treatment, from the behavioral cognitive approach, on which, it should be noted that it presents the same fence, focusing its theories and treatment proposals, mainly in the concept of the biological. For this reason, this study aims to expand the psychological look of ADHD, towards other theories of psychology, as psychodynamics. Because of the need to study the disorder from a broader perspective and understand how psychology has a central role within the treatment thereof and not only submitting as a second level support for psychiatrists; So it identifies psychodynamics as an answer to this need to serve and intervene ADHD from the physical and psychic. Understanding ADHD, from all the dimensions that make up the human being, allows children to be diagnosed with greater precision, without confusing them with other disorders, also does not limit the use of invasive methods in treatment, since key tools are provided to attend to the integral aspects of the human being, in equal measure and importance.

Keywords: ADHD, Diagnosis, Comprehensive Treatment, Interdisciplinarity, Dynamic Psychology, Biopsychosocial,

1. Planteamiento del Problema

Nunca intentarás curar el cuerpo sin curar el alma, ésta es la razón por la que los médicos de la Hélade desconocen la cura de muchas enfermedades, pues ignoran el todo, que también debe ser estudiado. Este es el gran error en nuestros días en el tratamiento del cuerpo humano: los médicos separan el alma del cuerpo. (Platón)

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH, como es reconocido en el contexto médico y psicológico, es una problemática contemporánea de prevalencia, por lo cual es importante que sea estudiada desde diferentes perspectivas teóricas, con el propósito de tener mayor comprensión y formas eficaces y pertinentes de intervención; pues, si bien, es conocido que este trastorno del neurodesarrollo infantil tiene un sustrato biológico complejo, es necesario por la implicaciones que conlleva en el desarrollo infantil, en la construcción de la identidad psicológica, en las funciones de parentalidad y en las relaciones familiares y sociales; el reconocimiento de sus implicaciones psicosociales, en términos afectivos, emocionales y relacionales.

El TDAH en su diario acontecer pone en evidencia dificultades de tipo psicológico, educativo, familiar y social, que deben ser tenidas en cuenta al momento de iniciar un proceso de atención; con base en lo cual, se podría hacer una intervención más humanizada que tome en cuenta la vida psicoafectiva y relacional de la persona que lo padece, por lo que es necesario que otras áreas del conocimiento se involucren en su estudio, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Aunque se empieza a hablar de TDAH antes los años 40's y principalmente desde la psiquiatría, a partir de ese período son mínimos los progresos teóricos que ha presentado el trastorno a lo largo de la historia. Es decir, a partir del año 1987, cuando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III (DSM, por sus siglas en inglés), lo denominó "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad" y se ocupó de éste, no ha presentado mayores modificaciones, en cuanto a sus síntomas, el tiempo estimado de valoración y el tratamiento recomendado. Actualmente, el diagnóstico se realiza por un psiquiatra, un neuropediatra o pediatra, basándose en los criterios del DSM V (generalmente), o de la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10. (2000). Se tienen en cuenta para el diagnóstico, los informes psicopedagógicos aportados, bien sea de consultas externas o de la institución educativa, así como entrevistas a los padres de familia.

Sin embargo, la investigación sobre el TDAH presenta varios cuestionamientos acerca del diagnóstico de la conducta hiperactiva, debido a que los síntomas pueden ser diferentes si se

presenta un cambio, ya sea en el ambiente o en las personas. Se reconoce que los seres humanos están conformados, además de la condición biológica, por una condición psicosocial, que incorpora experiencias, lo que debe ser tenido en cuenta al momento de la valoración para el diagnóstico. Tampoco está claro que el proceso atencional esté directamente implicado en el desencadenamiento de la hiperactividad en los niños; es decir, no se ha confirmado que el déficit de atención necesariamente implique un grado de hiperactividad, pero actualmente, se relacionan al momento del diagnóstico.

Esto genera que la evolución en dicho diagnóstico sea lenta, teniendo pocos cambios a pesar de las críticas alrededor del mismo. Mientras que en los años 70 se diagnosticaba un niño con TDAH solo con uno de los síntomas definidos para el trastorno, en Estados Unidos y Europa, se fueron cambiando las condiciones, como, por ejemplo, que fuera necesario que se evidenciaran seis o más síntomas. Sin embargo, la base de dichos síntomas ha sido la misma desde entonces, y basada, como se explicó anteriormente, en estudios realizados principalmente por la psiquiatría y las neurociencias.

Aunque el TDAH ha sido estudiado desde las neurociencias, la psiquiatría y la neuropsicología, es importante que otras áreas del conocimiento humano se enfoquen en el tema. Estudios que admitan analizar este trastorno desde otros frentes que permitan su entendimiento integral. De hecho, esta limitación en los campos de estudio, ha ocasionado que se repitan constantemente diagnósticos errados, ya que se ha tenido durante décadas los mismos o semejantes criterios de diagnóstico e incluso de tratamiento.

1.1. Sobre el diagnóstico

No se pretende afirmar que el proceso de diagnóstico con el que se cuenta actualmente, sea errado o engañoso, sino reflexionar sobre la importancia del tema y su aprehensión temática por la psicología contemporánea, por ejemplo; ya que tradicionalmente se percibe limitado el proceso de análisis y atención del TDAH, es imperante tener una mirada crítica del trastorno desde otros enfoques teóricos.

En Colombia, de los casos reportados como TDAH en el 2001 por medio de diagnósticos clásicos, solo el 7,4% tenían un respaldo confirmatorio, mediante una entrevista psiquiátrica debidamente estructurada (Vélez-Álvarez & Vidarte, 2012), siendo éste un porcentaje muy bajo de

soporte al diagnóstico, por lo que es necesario cuestionar si realmente, se está llevando a cabo el proceso adecuado con los niños. Los métodos conocidos hasta ahora, han sido constantemente utilizados por los profesionales, pero es necesario que las posturas científicas sean más precisas y tengan mayor resguardo investigativo, que permita respaldar la asertividad del diagnóstico.

En gran medida los errores en mención, parten del hecho de que este diagnóstico ha estado basado principalmente en un constructo biológico, neurológico, el cual no es suficiente y, con esta problemática, se tendría que cuestionar como única causal. En esta contemporaneidad se requiere posicionar al TDAH como una problemática multifactorial; es decir, es un trastorno complejo que requiere del análisis y conocimientos de varias áreas, por ejemplo, desde lo psicológico y social, así como desde los ámbitos individual o grupal; por lo que centrarlo en uno solo de ellos (el orgánico); afecta la veracidad de los resultados investigativos sobre el mismo. Es indispensable, para tener una mirada integral del trastorno, analizar al niño en términos de salud mental, entendiéndose esta como un equilibrio entre lo social y psicológico, e inclusive lo ambiental. En lo que se quiere enfatizar es que el TDAH, no depende solo de la biología, sino también de una importante influencia ambiental, familiar y comunitaria, desde los inicios de la primera infancia.

El ser humano está conformado en su subjetividad por todas las dimensiones mencionadas y no solo por el sistema reduccionista de la biología moderna, el cual ha estudiado al ser humano de forma parcial y no total, obviando factores que lo influyen como el contexto en el cual un sujeto se desenvuelve. Desde la descripción de la salud en el nuevo milenio, se evidencia la multidisciplinariedad del estudio del ser humano, pues la salud, ya no está definida como la ausencia de enfermedad física, sino que se considera un concepto integral donde se toma en cuenta al individuo como ser biopsicosocial. Se espera que la medicina individual incluya, incluso a las familias y comunidades, y las principales contribuciones a evitar la enfermedad se hará por aquellos que cambien el paradigma biomédico por uno psicosociobiológico (Guerrero & León, 2008).

En este sentido integral del ser humano, la conducta debe estudiarse desde lo orgánico y lo psicológico y brindarle un espacio significativo a la teorización psicodinámica, pues estudiar las dualidades de la mente y el cuerpo, posibilita descubrir diferentes dimensiones de la vida humana, al definirse la conducta como estructura, como sistema dialéctico y significativo en permanente interacción, se abre paso entonces a una perspectiva de mente-cuerpo, individuo y sociedad.

Además, limitar el estudio, diagnóstico y tratamiento del TDAH al factor fisiológico es un obstáculo epistemológico que vuelve más lento el proceso de producción científica, pues su estudio queda reducido a las ciencias afines y dificultan una correcta lectura de la realidad. Se determina entonces, que es posible, incluso necesario, el estudio del trastorno desde una postura teórica diferente a la que le dio origen, que la complementa, proporcionando una apertura comprensiva.

Es frecuente encontrar en la práctica clínica que los médicos descalifican o desconocen la explicación psicopatológica y basan sus diagnósticos en los enfoques médicos exclusivamente, por lo que el tratamiento está fundado en el uso farmacológico o en la modificación conductual, minimizando la importancia de atender los estados emocionales y relacionales del niño y su familia, además del contexto socioeducativo. Asimismo, la práctica psicológica se limita a la rehabilitación, desde una postura teórica cognitivo conductual, por lo que la psicopatología no se reconoce como explicación etiológica, tampoco otras corrientes de la disciplina psicológica, como fuentes de investigación y, posteriormente, de tratamiento.

La falta de intervención, desde la psicología dinámica, por ejemplo, no se debe a la ausencia de estudios o análisis respecto del TDAH. Algunos autores, han dedicado sus estudios al TDAH, desde una perspectiva psicodinámica; sus teorías tienen en común que ponen el énfasis de los fallos en las relaciones precoces, que traen consigo importantes consecuencias para el niño (Avellón, 2013, Janin, 2006).

Las “dificultades en la autocontención y autotranquilización, fragilidad en el equilibrio narcisista, dificultades en constitución del narcisismo y el déficit de mentalización” (Avellón, 2013, p. 18); son algunas de las principales explicaciones que se encuentran para el TDAH, desde la teoría psicodinámica y el planteamiento de su intervención está enfocada en estos puntos de partida. Cabe anotar que, algunos de los pioneros de estas teorías, como Berger (2000 como se citó en Avellón, 2013), plantearon incluso una serie de propuestas teóricas sobre los determinantes del TDAH, teniendo en cuenta la estructura psíquica del niño.

Con base en estos planteamientos, se cuestiona entonces, la razón por la cual se siguen utilizando los mismos métodos de diagnóstico, a pesar de algunas consecuencias presentes y futuras, en lo físico, psicológico, social y familiar que representan para el niño, al ser diagnosticado como paciente TDAH.

Se habla de consecuencias familiares, porque la familia del niño se puede ver fuertemente afectada. Algunos padres no están de acuerdo en utilizar un tratamiento médico farmacológico, porque consideran contraproducente que un estimulante (ejemplo, la ritalina) produzca un efecto tranquilizante y de concentración, pero que sus efectos secundarios sean graves o que pueda generar adicciones a sustancias psicoactivas. Los padres también se involucran en los procesos académicos de los niños con TDAH, pero no desde el acompañamiento, sino desde la resolución directa de los problemas escolares.

Desde la literatura, se evidencia que un 25% de los niños diagnosticados con TDAH presentan un bajo rendimiento académico (Bergera, 2015), debido a que tienen una mayor incapacidad de aprender temas específicos. Además, el contexto escolar normal, no está ambientado para las necesidades de estos niños, sino que son ellos, los que deben acoplarse al sistema educativo, generando una gran frustración para sí mismos y para los padres, quienes comienzan a adoptar como propias, las responsabilidades escolares de sus hijos.

Se presentan otras dos situaciones, dignas de análisis, bajo la mirada familiar de los niños diagnosticados con TDAH. La primera, y una de las más significativas, es la relación directamente proporcional entre los niños con TDAH y las madres diagnosticadas con depresión, de leve a grave, tiempo después de recibir el diagnóstico de su hijo. Las madres se sienten agobiadas y responsables por las dificultades de sus niños, y reciben más trabajo que las madres o padres de hijos no diagnosticados.

En segundo lugar, el diagnóstico de un hijo con TDAH genera un rótulo social de estigma, tanto para el niño, como para los padres y el núcleo familiar inmediato. Un ejemplo de esto, es que el niño es frecuentemente señalado como diferente, conflictivo o problemático, lo que le afecta a él y a su círculo familiar. De hecho, las familias están tan agobiadas que, algunos padres se sienten aliviados al recibir el diagnóstico de TDAH y lo comparten abiertamente con los docentes de su hijo, como una manera de justificar el comportamiento reiterativamente alterado del niño, debido a una falla cerebral y no a conflictos familiares y comportamentales.

Lo anterior, de alguna forma, produce posiciones subjetivas contradictorias en los adultos cercanos, o de irresponsabilización o de culpa; ninguna de las dos, permite asumir un proceso que beneficie al niño. Otro aspecto que genera el diagnóstico del TDAH, es una preocupación

manifiesta, pero que pocas veces se afronta, de afectación en la salud mental del niño, pues no solo se afecta a éste con los posibles efectos secundarios de la medicación, sino también en su interacción social, con sus padres y demás familiares.

1.2.Sobre el tratamiento

Así como el diagnóstico del TDAH tradicionalmente ha sido abordado de la misma manera durante décadas, con base en dicho diagnóstico, se han establecido los tratamientos, a pesar de las consecuencias demostradas que se presentan en los infantes. Estos tratamientos tradicionales van desde intervención farmacológica, hasta modificación conductual. Cuando se habla de intervención farmacológica, se refiere a la toma de medicamentos estimulantes, sean de larga o corta duración que, en la teoría tienen el objetivo de ayudar al niño a enfocar mejor sus pensamientos e ignorar distracciones. También se dispone de medicamentos no estimulantes que se recetan buscando una más larga duración. Sin embargo, esta medicación apunta a una intervención exclusivamente neurológica.

En una investigación realizada por Martínez, et al. (2017), sobre la efectividad de los diferentes tipos de tratamientos para el TDAH, se confirma que solo hay suficiente evidencia para afirmar que dos medicamentos específicos (Atomoxetina, Lisdexanfetamina) ayudan a mejorar las conductas de hiperactividad y desatención producidas por el TDAH; pero que, a pesar de lo anterior, se tiene una gran cantidad de opciones en el mercado. Asimismo, se confirma que aproximadamente, el 17% de los tratamientos farmacológicos son recetados o suministrados de manera inadecuada, lo que denota un aumento en la ineficacia de dichos tratamientos. Se presenta también una falta de claridad en la efectividad de los medicamentos para el mejoramiento del proceso de aprendizaje y logros académicos en niños diagnosticados.

Se encuentran otras posibles intervenciones para el TDAH, además de los tratamientos farmacológicos, como el apoyo de suplementos, entrenamiento cognitivo, apoyo psicosocial, psicoterapia psicodinámica e incluso el ejercicio físico, como el yoga, que podría ayudar a disminuir los síntomas del TDAH; pero se encuentra que no hay suficientes investigaciones para afirmar o negar la eficiencia de éstas, como sí las hay para el tratamiento farmacológico; donde, a pesar de la cantidad significativa de efectos secundarios, como pérdida de peso y apetito(entre

25% y 39%), insomnio (11% a 19%) y depresión (9% a 12%), siguen siendo la primera opción para el tratamiento (Martínez, et al., 2017).

Otra intervención tradicional es la terapia cognitivo conductual, con la cual se abordan dos aspectos diferentes. El primero, los padres, donde les enseñan técnicas que les permitan tener habilidades y estrategias para atender a su hijo, principalmente a los menores de 6 años, a quienes el tratamiento farmacológico es más inestable y presenta mayor probabilidad de tener efectos secundarios adversos. El segundo aspecto es el trabajo directo con el niño. Se le enseña a tener nuevas conductas que reemplacen las problemáticas, así como a expresar sus sentimientos de manera más clara y asertiva. Sin embargo, se considera que los niños menores de 9 años, requieren el acompañamiento de los padres, pues es difícil que ellos mismos aprendan estrategias para modificar su comportamiento.

Las terapias conductuales buscan mejorar la competencia social, reducir, tanto los problemas internos del niño, como el estrés parental y la depresión maternal. Infortunadamente, se ha demostrado su efectividad solo en el mejoramiento de rendimiento en la memoria de trabajo, mientras que no se encuentra suficiente evidencia científica que lo respalde como tratamiento óptimo para mejorar la hiperactividad. Cabe anotar que, tanto los tratamientos farmacológicos, como los cognitivo conductuales, apuntan a la disminución de los síntomas descritos para el TDAH; pero basados en la biología, no en un tema cultural, familiar y social del niño. Por lo tanto, se cuestiona su efectividad desde la raíz, el diagnóstico.

Al respecto, surge la pregunta sobre el por qué se siguen utilizando los mismos tratamientos, de la misma forma en que se siguen utilizando las mismas guías (o bases) para el diagnóstico, a pesar del margen de error que existe, de la repercusión en la vida adulta de los niños diagnosticados y los porcentajes de efectos secundarios que aparecen a causa de los tratamientos tradicionales.

Los resultados de estas intervenciones tradicionales para atender el TDAH, requieren un examen sistemático de las contribuciones psicodinámicas al tratamiento de los niños con TDAH; además, el niño puede presentar también otro tipo de trastorno, por lo que es indispensable su identificación y combinar el mejor tratamiento, que sea efectivo para el conjunto de dificultades que pueda presentar el niño, y no sólo con relación al TDAH. Con base en lo anterior, se deben

determinar los aspectos que estén más comprometidos, relacionados al desarrollo del niño, buscando elegir la intervención que abarque la mayor cantidad de dimensiones en la vida de éste, desde los aspectos emocionales, cognitivo y social. También es importante tener en cuenta las fortalezas y debilidades, en términos de recursos internos que posea el niño para desenvolverse en los diferentes entornos (familiar, escolar y social), para así, elegir el tratamiento que más se ajuste a su necesidad.

Díez, et al. (2006), identifican cuáles son los trastornos que comparten síntomas con el TDAH y la importancia de ser muy precisos en el momento de elegir un tratamiento pues, es posible, que se elija el correcto para el TDAH, pero no para el trastorno comórbido que también puede padecer el niño o, al contrario. Además, estos autores plantean la opción de utilizar un tratamiento adecuado, tanto para el TDAH como para algunas de las comorbilidades, sin usar directamente el metilfenidato, debido a que éste no le apunta a una intervención integral del niño.

Lo anterior, propone que se realice una intervención con base en todos los aspectos en la vida del niño, como lo son el psicológico, desde sus áreas psicoafectivas, emocionales, cognitivas y relacionales, el familiar, el social, el educativo, entre otros; y no solo desde el físico; teniendo en cuenta, además, los otros trastornos que pueda presentar (relacionados o no con el TDAH), y que deben ser analizados a la hora de intervenirlos.

Es decir, se identifica como necesidad primordial, dar respuesta al TDAH desde un lugar diferente al promovido por las teorías biologicistas imperantes, que, a pesar de sus múltiples investigaciones, reducen tajantemente la complejidad del funcionamiento psíquico del ser humano, a los fallos neurológicos que generan la desatención e hiperactividad.

Como se clarificó anteriormente, no se pretende desvalorizar los métodos actuales de diagnóstico o sus principales intervenciones, sino ampliar su mirada; ya que, de la misma manera en la que el ser humano se constituye de varios aspectos (no solo el biológico), el TDAH también tiene un origen multifactorial, por lo que es sensato estudiarlo de manera interdisciplinar; logrando un entendimiento más integral de este trastorno, y encontrando un tratamiento más efectivo y con menos consecuencias para la vida del niño y su entorno inmediato.

Con el presente estudio, se busca complementar el recorrido teórico y clínico que se conoce hasta ahora respecto al diagnóstico y tratamiento del TDAH, ante el cual se propone que la

psicología tenga una participación más integral, transversal y humanizada, desde varias posturas psicológicas y no solo desde la corriente teórica cognitivo conductual.

Del mismo modo, como aporte a la disciplina, se pretende dejar insumos para que la participación de la psicología contemporánea, abarque más aspectos relacionados con este trastorno, desde su diagnóstico hasta su tratamiento y seguimiento, donde el profesional en psicología tenga un papel principal frente al relacionamiento con el niño, y no solo desde el acompañamiento a la intervención propuesta por el psiquiatra o neuropediatra.

El desarrollo de la presente investigación, también proporcionará al padre de familia, cuidador o a la comunidad en general, una comprensión significativa del TDAH, donde no se acuse al infante de su comportamiento, sino que se entienda como la consecuencia de varios factores que generan dicho trastorno, sin culpabilizar al niño o a sus padres. Comprender la relevancia de la estructura familiar permite que, en el tratamiento se tenga en cuenta a la familia, la cual es indispensable para que disminuyan los síntomas del niño con TDAH y pueda tener un tratamiento efectivo (Delgado, et al., 2012).

Según estos autores, el ser humano es integral y sobre esta premisa se debe trabajar para entender sus padecimientos, siendo así indispensable una intervención multimodal para trastornos como el del TDAH y es primordial la intervención de los padres; tanto de su labor para aportar al tratamiento del niño, como también el acompañamiento que requiere para sobrellevar la nueva situación que se presenta con el infante diagnosticado.

Esta nueva situación se refiere al impacto que puede generar para la familia, la confirmación de un diagnóstico de TDAH. Son varias las respuestas de los padres y cuidadores, tanto al comportamiento del niño, como al resultado; es decir, cuando el niño es finalmente diagnosticado. Lo que definitivamente es necesario es que tengan una respuesta similar y positiva frente a la disposición de comenzar un tratamiento con el niño. La familia siempre estará directamente relacionada con la efectividad de cualquier tratamiento que se elija para un infante, por lo que su aporte nunca es añadidura para un buen resultado, sino por el contrario, fundamental. (Súarez & Trujillo, 2020).

Lo anterior, puede ayudar a los familiares a afrontar su nueva etapa de vida y a mitigar las consecuencias de estigmas sociales y familiares que representa para ellos el diagnóstico y posterior

tratamiento. De ahí que, con base en estos planteamientos, la pregunta de investigación que guía este estudio es ¿cómo puede abordarse el TDAH como problemática contemporánea desde diferentes perspectivas teóricas que hagan posible su integralidad biopsicosocial?, con base en la cual se desarrolla este trabajo monográfico.

2. Pregunta de Investigación

¿Cómo puede abordarse el TDAH, como problemática contemporánea desde diferentes perspectivas teóricas que hagan posible su integralidad biopsicosocial?

3. Justificación

El TDAH genera un rótulo o estigma social en el niño diagnosticado, a partir de lo cual, su relación con los demás y la imagen de sí mismo se ven afectadas; por lo que es necesario que el infante y su familia sean acompañados de una manera continua, teniendo en cuenta el conjunto de factores que componen al ser humano, tanto físicos, psicológicos y socioculturales.

El temor de los padres de que sus hijos solo reciban un tratamiento farmacológico, sumado a que se siguen utilizando los mismos métodos diagnósticos de hace aproximadamente 20 años y que apuntan a una intervención principalmente fisiológica; hace que sea de suma importancia comprender al TDAH como un trastorno multifactorial que exige de una atención integral desde la interdisciplinariedad e identificar las maneras existentes de mejorar la calidad de vida de los niños diagnosticados, desde todas sus áreas y no solo desde la parte neurológica.

Asimismo, las consecuencias que traen para los niños el uso de tratamiento farmacológico (que son de los más usados), evidencia la necesidad de hacer uso de otros saberes, que permitan la comprensión del TDAH de una forma integral, identificando los métodos más óptimos de intervenir al infante y que realmente generen un bienestar al niño y su familia.

El estudio sobre el TDAH desde una lectura interdisciplinar, busca explicar por qué la intervención psicodinámica es oportuna en este trastorno y cómo complementa al modelo de diagnóstico y de tratamiento fisiológico, que es el más utilizado hasta el momento; pero que requiere un acompañamiento directo de otros profesionales, que generen menos consecuencias para la vida del niño y su entorno inmediato.

Por lo tanto, se hace necesario el estudio y la producción científica desde otras áreas, diferentes a las que le dieron origen al reconocimiento de este trastorno; exaltar la importancia y necesidad de tener otras posturas como fuente de investigación y luego de tratamiento que, como se mencionó previamente, sean el complemento del manejo actual que se brinda para este trastorno.

4. Objetivos

Objetivo General

Analizar el TDAH como una problemática contemporánea que requiere de una atención integral, por lo que necesita entenderse, desde diferentes perspectivas interdisciplinarias que hagan posible su comprensión biopsicosocial.

Objetivos Específicos

- Identificar los estudios tradicionales sobre el TDAH, desde perspectivas neuropsicológicas y cognitivo-conductuales.
- Reconocer los aportes de la psicodinámica sobre el trastorno del TDAH.
- Aportar a la comprensión de una atención integral desde lecturas interdisciplinarias del TDAH.

5. Antecedentes

En este apartado, se abordan los estudios previos al objeto que convoca esta monografía, los cuales permiten dar cuenta del posible enfoque que tiene este estudio, por lo cual se analizan estudios a nivel local, nacional e internacional de la última década, que se presentan a continuación.

5.1. A nivel Local

El estudio de Bonilla(2019), titulado “TDAH: del diagnóstico DSM al enfoque psicoanalítico” realizado en Medellín, plantea la importancia y la necesidad de reflexionar sobre el diagnóstico del TDAH, desde el DSM y el CIE, analizando los efectos que produce en el infante a nivel personal, familiar y académico, el hecho de ser diagnosticado. Posteriormente, hace una comparación sobre el TDAH, visto desde el DSM versus desde el psicoanálisis, haciendo una revisión detallada al enfoque psicoanalítico de la psicopatología.

En esta revisión, se exponen los resultados sobre la relación del TDAH con el psicoanálisis, la formación del síntoma y la psicopatología infantil, donde se encuentra evidencia de que un niño puede ser clasificado como persona que padece de TDAH, (según lo planteado desde el DSM y el CIE10); pero que, al entrar en una revisión desde la psicopatología infantil y al contexto social y familiar del niño, se encuentra que el nivel de estrés y falta de límites, hacen que sea completamente claro el porqué del comportamiento del infante, sin necesidad de padecer dicho trastorno(Bonilla, 2019).

Finalmente, después de un análisis exhaustivo, tanto del trastorno, como de la postura del DSM frente al mismo, se identifica que este manual toma factores biológicos, incluso psicológicos para clasificar los síntomas, pero que los considera suficientes para dar un dictamen definitivo, sin tener en cuenta otros aspectos relevantes (como las comorbilidades, familia, escuela), que pueden determinar, ya sea la presencia de otro trastorno o la transitoriedad del mismo, lo que genera que se creen en los niños etiquetas innecesarias y tratamientos insuficientes o excesivos, para lo que realmente el niño requiere(Bonilla, 2019).

De igual manera, la autora realiza una explicación clara sobre la aparición del síntoma para el TDAH desde el psicoanálisis, pero no se limita a esto, sino que también plantea las propuestas de intervención desde la misma línea, la cual aplica también para otros tipos de conductas

oposicionistas desafiantes. Con esto, la autora deja claridad sobre el aporte e importancia del psicoanálisis, tanto para la explicación del TDAH como la propuesta de tratamiento para el mismo.

Por su parte, Peláez (2009), presenta en Medellín su artículo, “Hiperactividad: ¿síntomas o trastorno? ¿de qué o de quién?”, donde se encuentra un análisis exhaustivo sobre las características de los niños y jóvenes diagnosticados con TDAH, la relación de éstos con el diagnóstico y los efectos de éste en el comportamiento. Se pueden encontrar críticas implícitas sobre el uso indiscriminado de la palabra “trastorno”, así como la facilidad con la cual, un infante es diagnosticado con TDAH solo por tener algunas de las características descritas en el DSM.

Tal como lo indica el DSM IV, el término “trastorno mental” carece de una definición consistente que englobe todas las posibilidades y que permita ser específico cuando se hace uso del término, por lo que, a nivel general, nada puede escaparse de ser trastorno. Teniendo en cuenta lo anterior, más algunos ejemplos que referencia la autora sobre el diagnóstico indiscriminado del trastorno, se concluye que hay un sobrediagnóstico, lo que incrementa las estadísticas sobre el número de sujetos que lo padecen y promueven la extensión del malestar para quienes tienen síntomas (Peláez, 2009).

De allí, la necesidad de volver a la pregunta freudiana sobre el síntoma y lo que representa, para buscar otro camino hacia la fuente del problema y que no sea una mera estadística sin resolver; se pretende que el profesional de la salud mental sea asertivo en el diagnóstico y claro en el tratamiento, y no se sigan teniendo casos en los que se suministra únicamente tratamiento farmacológico, a pesar de que no se han encontrado causas biológicas para la hiperactividad; haciendo caso omiso a las recomendaciones del DSM de ofrecer psicoterapia.

En el artículo realizado en Medellín, llamado “Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico”, Trujillo-Orrego, et al. (2012), esbozan lo que es el TDAH, basado en el DSM, sus características principales y sus criterios conductuales aplicables transculturalmente. Los autores comparan varias investigaciones publicadas en inglés y español para identificar el origen de la validez del diagnóstico del TDAH según el DSM, encontrando dos resultados interesantes. El primero, afirma que es válido dicho instrumento de evaluación diagnóstica, teniendo en cuenta la alta validez y correlación entre los indicadores y los criterios establecidos para determinar que un niño padece de TDAH.

Sin embargo, el segundo resultado, indica que los cambios encontrados del TDAH en las versiones del DSM, evidencian que los criterios diagnósticos establecidos en este manual, están centrados en la identificación de la conducta, pero no es claro con relación a la configuración de base de la enfermedad. Es decir, con base en los síntomas se determina que un niño tiene TDAH y se establecen unas recomendaciones de intervención que disminuyen los síntomas, pero hay desconocimiento frente a las causas y al tratamiento oportuno que intervenga aquello que lo genere, desde la raíz (Trujillo-Orrego, et al., 2012).

Conocer el origen del trastorno, permitiría en un futuro la identificación de poblaciones que lo padecerán, incluso antes de que se manifiesten sus síntomas más conocidos; que, además, en algunos casos se relacionan a otros trastornos. Es por esto que se concluye que los criterios propuestos con el DSM sobre el TDAH, son importantes pero insuficientes, siendo necesarios estudios complementarios, incluso desde la misma neurobiología.

5.2. A nivel nacional

En su trabajo, “La construcción social de la hiperactividad”, llevado a cabo en Bogotá, Vargas y Parales (2017), presentan una investigación cualitativa sobre el TDAH, a partir del análisis del discurso de niños diagnosticados, sus padres y profesores, en el cual se explica cómo dicho trastorno se construye, a partir de las perspectivas de observación y del contexto y cómo el diagnóstico se vuelve un evento importante en la construcción de la subjetividad de las partes involucradas.

Dichas partes involucradas (tanto el niño, como sus padres y maestros), construyen conocimiento social del TDAH, por lo que en este estudio se discuten posibles implicaciones, tanto en desarrollo del niño, como en su relación con los demás. “Hay evidencias de la relación entre la aparición del TDAH y la interacción madre [cuidador e] hijo, especialmente, en lo referente a patrones de apego, donde el apego inseguro se relaciona con la aparición de síntomas del trastorno” (García & Ibáñez, 2007 como se citó en Vargas & Parales, 2017, p. 248).

Del mismo modo, hay una interacción importante entre maestros y el niño diagnosticado, pues, el TDAH se entiende como un trastorno institucional que comienza con la vida escolar del niño, es allí donde se empiezan a evidenciar las conductas de desatención e hiperactividad; por lo que para algunos autores, como Uribe y Vásquez (2008 como se citó en Vargas & Parales, 2017),

el TDAH se presenta como un sistema de comportamiento que no es acorde con la normatividad establecida, por lo que constituye socialmente como peligroso a quien lo padece, pero, dependiendo de la cultura, se considera un trastorno o no. Lo anterior, hace referencia a que se conocen culturas donde la conducta “hiperactiva”, por ejemplo, se considera como normal en los menores de 8 años.

Basados en casos puntuales, se identifica que los padres culpan a los maestros y estos a los padres, del comportamiento de los niños y de la poca evolución de los mismos, por lo que se concluye que es necesaria una participación más activa de padres y maestros dentro del tratamiento para el TDAH, donde las partes asuman su responsabilidad dentro del proceso y sea el niño el beneficiado.

El estudio de Vélez-Álvarez y Vidarte (2012), llamado “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia”, publicado en Manizales, tiene el objetivo de presentar las dificultades de los niños diagnosticados con TDAH en Colombia y hacer una reflexión sobre el manejo que se da a los infantes y sus familiares; lo que se ha convertido en un problema de salud pública, tanto por la cantidad de diagnósticos, como por el seguimiento y acompañamiento limitado que se les ofrece después de dicho diagnóstico.

Cuando se habla de las dificultades en los niños, no se refiere a las propias del trastorno, sino a las situaciones adicionales que viven después del diagnóstico, al igual que sus padres. Se mencionan las más significativas, como lo son la incertidumbre, el señalamiento, u otros factores atribuidos al nivel socioeconómico de la familia, lo que les impide recibir atención integral más allá de la medicación (Vélez-Álvarez & Vidarte, 2012).

A pesar de lo anterior, el estudio presenta un panorama favorable para los niños colombianos diagnosticados con TDAH, siempre y cuando reciban algún tipo de intervención y acompañamiento antes de la adolescencia; de lo contrario, se estima que el 80% de quienes no lo reciban, tendrán secuelas del trastorno a largo plazo, principalmente relacionados con el alcoholismo, trastorno disocial de la conducta, de la personalidad, farmacodependencia, entre otros. Se aclara también que, el TDAH es un trastorno heterogéneo, lo que quiere decir que el niño generalmente presenta otros tipos de trastornos, por lo que es necesaria una intervención completa,

para no estigmatizar a los infantes como pacientes con TDAH, cuando pueden tener en realidad otra patología. (Vélez-Álvarez & Vidarte, 2012)

5.3. A nivel Internacional

Para iniciar, Hernández (2009), realizó en México su trabajo, “una visión crítica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, en el cual, después de un planteamiento general sobre lo que es el déficit de atención, con o sin hiperactividad, se encuentra una contextualización de los cambios que ha presentado el TDAH en las últimas tres décadas, al menos desde el DSM, en el que se evidencian las pocas variaciones que ha tenido el trastorno en dicho manual diagnóstico.

Sin embargo, el objetivo principal es realizar un análisis crítico del reduccionismo con el que se ha trabajado a este trastorno; es decir, las bases teóricas con que se aborda. Aunque la práctica profesional se considera de necesidad multidisciplinaria, lo que se encuentra en la realidad, es un TDAH dominado por las teorías que lo abordaron inicialmente, que nombran y renombran los síntomas, pero que no han permitido tener una visión completa del mismo e intervenirlos de una manera diferente (Hernández, 2009).

Se reflexiona sobre la necesidad de seguir indagando desde el conocimiento del ser humano como poseedor de mente y cuerpo, como una unidad y principalmente, desde el psicoanálisis, el cual se considera el complemento adecuado para las intervenciones hasta ahora conocidas, precisamente por generar ese puente entre lo físico y lo psíquico (Hernández, 2009).

Por su parte, Avellón (2013), expone en su investigación, titulada “psicoanálisis y TDAH: el origen de la hiperactividad y los problemas de atención en las vivencias primeras” realizado en España, enfocado en una explicación del TDAH desde el punto de vista psicoanalítico, teniendo en cuenta para ello, la base biológica y las vivencias primeras. Esta autora aborda cada uno de los componentes por separado del TDAH; encontrando, por ejemplo, que los ejes centrales de la hiperactividad son una forma de estructuración psíquica, donde hay dificultades en la autocontención, la fragilidad en el equilibrio narcisista y el déficit de mentalización.

Lo anterior, es descrito mediante un caso clínico en particular, en el cual se van identificando los hallazgos previos, para sustentar las afirmaciones sobre el déficit de atención e hiperactividad, desde el punto de vista psicoanalítico. Se encuentra que una de las mayores

dificultades que presenta el profesional que interviene al niño es la capacidad para diferenciar este trastorno de otros y actuar en consecuencia (Avellón, 2013).

Finalmente, el caso descrito y estudiado permite presentar una propuesta de intervención, partiendo, desde la prevención en los primeros meses de vida del niño y no solo en el futuro, cuando ya es diagnosticado. Esta intervención, está basada en el trabajo sobre el vínculo, pues las intermitencias en éste, es lo que Avellón (2013) considera la base del TDAH, pero que puede ser evitado, en lugar de ser tratado.

El estudio de Martínez, et al. (2017), llamado “tratamientos basados en la evidencia para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad”, desarrollado en España, tiene el objetivo de plantear los tratamientos más reconocidos para TDAH, pero teniendo en cuenta la efectividad demostrada de cada uno de ellos. En este estudio, se analizan los más utilizados, se comprueba su eficacia, según un análisis de datos o uso en casos clínicos reales y se dividen en categorías conforme con los resultados obtenidos.

Las categorías existentes para segmentar los resultados encontrados son: “tratamientos que han demostrado claramente su eficacia”, “algunos estudios sugieren que es eficaz” y “no ha demostrado su eficacia”. Se encuentra entonces, que varios tratamientos farmacológicos están en la categoría de los que han demostrado su eficacia, pero se discriminan los efectos secundarios para cada uno de ellos, recomendando mayores investigaciones en el futuro, para evitar consecuencias en los niños como presencia de fatiga, insomnio, somnolencia, depresión, entre otros (Martínez, et al., 2017).

La terapia cognitivo conductual, también se encuentra dentro de la categoría de eficacia, donde se muestra que es efectiva para mejorar la competencia social del niño, así como la educación parental positiva y para disminuir la depresión materna. Para los síntomas propios del TDAH, esta terapia mejora la atención, conductas agresivas y desafiantes (Martínez, et al., 2017).

Dentro de las intervenciones que están en la segunda categoría, “algunos estudios sugieren que es eficaz”, se encuentra la psicoterapia psicodinámica. Las contribuciones de esta psicoterapia al tratamiento de niños con TDAH han sido escasas, pues se buscó la mayor cantidad de literatura posible al respecto y se encontraron 23 estudios de casos. Una situación similar se presenta para los demás tipos de tratamientos que no sean farmacológicos, por lo que se concluye con este

estudio, la necesidad de analizar otros tratamientos para el TDAH, que permitan soportar su eficacia y utilizarlos en mayor medida en el futuro, para contar con otras alternativas de intervención, que apunten a todos los síntomas del TDAH y produzcan menores efectos secundarios, de los conocidos hasta ahora en la medicación (Martínez, et al., 2017).

El trabajo realizado por Janin (2006), "El TDAH y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones" publicado en Argentina, es un ensayo crítico que permite conocer, con casos específicos, datos claros y análisis de los mismos; las razones por las cuales los niños están sobre diagnosticados con TDAH, por qué presentan otros trastornos al tiempo, aún más complejos de manejar y por qué se prefiere catalogar a un niño como paciente TDAH, en lugar de analizar la razón de su comportamiento y encontrar alternativas no farmacológicas para la intervención del mismo, sin necesidad de rotularlo dentro de un trastorno.

Janin (2006) presenta, por medio de comparaciones entre niños diagnosticados con TDAH desde la primera o segunda cita, frente a otros que han tenido un acompañamiento psicoterapéutico, los resultados entre el tratamiento de unos y de los otros; donde es evidencia que la solución farmacológica, no solo es insuficiente, sino en algunos casos inadecuada, pues genera efectos secundarios que afectan la calidad de vida del niño y su familia. Como sostiene Lawrence (2001 como citó en Janin, 2006), pediatra norteamericano, la psiquiatría adhirió los problemas de comportamiento a la deficiencia biológica genética, apartando cualquier explicación psíquica al mismo.

Después de deambular entre profesionales de la salud que no han dado una solución satisfactoria a los infantes y sus padres, se considera la psicoterapia psicoanalítica, como una posible alternativa de intervención. Aunque la autora reconoce que lo anterior se debe a las referencias limitadas sobre la efectividad de esta intervención, ella demuestra cómo es posible intervenir por medio de la terapia psicodinámica y sin el uso de medicamentos; de hecho, en la mayoría de los casos se encuentran dificultades en la identidad del niño, más no en problemas netamente cognitivos (Janin, 2006).

6. Marco teórico

El presente trabajo de tipo monográfico, pretende analizar el conocimiento sobre el TDAH desde una mirada integral, lo cual permite reconocer a este trastorno como una problemática contemporánea, que requiere claridad desde su concepción y manejo, para lo que es necesario abordar las siguientes categorías conceptuales que permiten su comprensión temática: El TDAH, el enfoque psicodinámico, el desarrollo psicoafectivo, familia y parentalidad, estigma social e interdisciplinariedad, desarrolladas a continuación.

6.1. El TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es una problemática crónica caracterizada por la dificultad para prestar atención, hiperactividad e impulsividad. Como lo explican Muñoz, et al. (2006), influyen como causales, factores biológicos y ambientales que determinan su manifestación clínica, afectando al 8 o 10 por ciento de la población infantil y siendo más frecuente en niños que en niñas. Además de las tres manifestaciones anteriormente mencionadas, el sueño también puede presentar anomalías, así como es posible que con el trastorno aparezca una alteración del procesamiento cognitivo.

La primera información registrada sobre niños hiperactivos, se remonta al siglo XIX, pero no es sino hasta el siglo XX que, se empieza a llevar un registro de los infantes con características similares de hiperactividad y desatención; hasta ese momento, no se relacionaban estas situaciones con diferencias intelectuales, pero sí con una alteración neurológica. Sin embargo, en la década de los 60's, se relacionó más con un trastorno de la conducta, llamándolo "disfunción cerebral mínima" y se asociaron otros síntomas con éste, como lo son la deficiencia de atención y de coordinación general, impulsividad, desajustes perceptivo motores, inestabilidad emocional, trastornos de la audición, del habla, deficiencias de memoria y de pensamiento (Muñoz, et al., 2006). Como consecuencia de la falta de investigación para ser considerado un síndrome médico, se caracterizó a la hiperactividad como un trastorno del comportamiento.

Después de varios cambios, tanto en la definición del TDAH, como en la asignación de sus síntomas, se define de manera estándar este trastorno, principalmente, con base en el concepto encontrado en el DSM-4 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, por sus siglas en inglés), es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, donde se incluyen los

criterios diagnósticos, y en la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental), el cual incluye los criterios para el diagnóstico del trastorno hiperactivo. Ambos manuales diagnósticos presentan un listado de síntomas que se refieren a conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad, los cuales deben ser persistentes en el tiempo e independientes de que el contexto del infante cambie (Muñoz, et al., 2006).

El TDAH, según el DSM en sus últimas dos versiones (DSM-4 1994 /DSM-5 2013), ha sido definido como: Trastorno de carácter neurobiológico y sintomático de origen en la infancia, que implica un patrón en el cual se dificulta mantener la atención voluntaria y sostenida o presenta alteraciones en la capacidad de ejercer control inhibitorio en las diversas actividades de su vida cotidiana y académica (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994, 2013). Además, el DSM-5 define los criterios para el diagnóstico, como el cumplimiento de seis o más síntomas de desatención, seis o más criterios para la hiperactividad o tres para impulsividad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), relacionados de la siguiente manera en la tabla 1.

Tabla 1

Criterios de diagnóstico del TDAH, según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Patrón	Síntomas
Inatención	<ul style="list-style-type: none"> a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades. b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente. d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales. e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades. f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades. h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos. i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.
Hiperactividad e impulsividad	<ul style="list-style-type: none"> a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento. b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado. c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.) d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”. f. Con frecuencia habla excesivamente. g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta. h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno. i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

Fuente: Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría(2013).

Sin embargo, los estudios de resonancia magnética, indican que el TDAH es un trastorno del desarrollo, más que un proceso de atrofia cerebral. Lo anterior, es confirmado, según Filipek, et al. (1997 como se citó en Muñoz, et al., 2006), por la detección de volúmenes reducidos en el núcleo caudado izquierdo y el córtex frontal derecho, lo que demuestra una asimetría, relacionada con este trastorno. También, se indica que el TDAH tendría su origen en las primeras etapas de la gestación acompañada de alguna alteración ambiental.

Ahora bien, desde los años 40's, aparece la preocupación por encontrar una cura o tratamiento y se obtuvieron las primeras evidencias del efecto de ciertos fármacos en la conducta hiperactiva y en la mejoría del rendimiento académico. Desde entonces, se considera la hiperactividad como el síntoma más importante del trastorno y la inatención pasa a un segundo plano; lo que genera que las principales investigaciones sobre los tratamientos, estén enfocadas más a la hiperactividad. En esta vía, desde 1957, el Metifenidato, por ejemplo, es uno de los fármacos más usados en el mundo para el TDAH, especialmente, por reducir la hiperactividad en los niños, así como su impulsividad, pero para el caso de la inatención, no está comprobada su efectividad a más del 65% (Muñoz et al., 2006).

Entre los postulados teóricos, se encuentran detractores de la base biologicista del TDAH, quienes no entienden el problema como una dificultad del niño de manera neurológica, sino como un problema comportamental, el cual requiere ser abordado desde el contexto escolar y familiar, y sin necesidad de un abordaje psiquiátrico y farmacológico (Pérez, 2018 como se citó en el Consejo General de la Psicología de España, 2019); lo que genera una amplia controversia entre los mismos profesionales que estudian el tema; como el neurólogo estadounidense Richard Saul (2014 como se citó en el Consejo General de la Psicología de España, 2019), quien considera que el diagnóstico de TDAH, “lo reciben niños normales que se distraen o son inquietos, o bien presentan otra problemática” (párr. 5).

Pérez (2018, como se citó en el Consejo General de la Psicología de España, 2019), explica que los padres que no están de acuerdo con el diagnóstico y tratamiento de TDAH para sus hijos, no cuentan con el apoyo institucional, por lo que no reciben la ayuda que necesitan por parte de los centros escolares y de salud y en muchas ocasiones son seriamente juzgados, por plantearse una posición diferente frente al diagnóstico y tratamiento del mismo. Sin embargo, plantea también la necesidad de continuar con las investigaciones de este trastorno, a lo largo de la vida.

6.2. Enfoque psicodinámico

El TDAH hasta el momento en el presente estudio, ha sido abordado desde argumentos que sustentan la importancia de estudiarlo e intervenirlo desde una postura interdisciplinar, en este sentido, es importante el aporte que puede hacer sobre esta temática la psicología dinámica. Por lo anterior, se considera relevante tener claridad sobre el enfoque psicodinámico, el cual puede ser una de las alternativas para el diagnóstico y tratamiento integral del TDAH.

Si bien en Colombia se habla de psicología dinámica desde hace aproximadamente 40 años, es relevante la clarificación sobre este enfoque y su pertinencia en el estudio del TDAH. Para comprender el enfoque psicodinámico, es necesario entender la influencia psicoanalítica en su origen, de dónde se desprende la base conceptual de esta corriente teórica, aunque, como bien se conoce, el desarrollo de esta teoría se ha sometido a nuevos cuestionamientos, investigaciones y adaptaciones conceptuales, que responden a los diferentes contextos donde se han desarrollado.

Como lo resumen Laplanche, et al.(2004), según los aportes de Sigmund Freud, quien hacía referencia a tres nociones fundamentales del aparato psíquico: el tóxico, el económico y el dinámico; este último, era utilizado para calificar los contenidos inconscientes del comportamiento humano, era el punto de vista que consideraba los fenómenos psíquicos como resultado del conflicto y de la composición de fuerzas que ejercían un determinado empuje, siendo estas, en último término, de origen pulsional.

Sin embargo, se considera que este enfoque se fundamenta en la segunda tópica Freudiana, a partir de la cual se desarrolla el concepto de las instancias psíquicas. Freud teoriza sobre un ello (lo pulsional y biológico), un yo (el mediador con el mundo exterior, lo psicológico) y un superyó (la conciencia moral, lo social). Lo anterior, permitió ampliar el objeto de estudio y abrir las puertas a otras formas de comprensión de lo psíquico, a partir de donde surgieron una variedad de desarrollos teóricos con fundamento analítico (Laplanche, et al., 2004).

Ahora bien, hablando directamente del término psicología dinámica, Vanegas(2006), está de acuerdo en que el término fue usado por primera vez en Estados Unidos de América por R.S. Woodworth, con su texto titulado “Psicología dinámica”, que fue publicado en 1918. Posteriormente, MaCurday (1922) usaba “psicología dinámica” para referirse al psicoanálisis, en

su libro “Problemas en psicología dinámica”; también se encuentran otros autores que ya hablaron de psicología dinámica, como son F. Lawrence (1939), Cruchon (1965), Díaz (1969), Poch (1989).

Autores como Ponch (1989) y Vanegas (2006), señalan que la psicología dinámica fue el nombre que recibió el psicoanálisis desarrollado en Estados Unidos, cuando muchos psiquiatras y psicoanalistas migraron por causa de la segunda guerra mundial. Éstos formados bajo el psicoanálisis clásico, tuvieron que ampliar sus postulados, porque fueron cuestionados bajo la lupa de la ciencia pragmática que imperaba en Norteamérica y, posteriormente, con el estudio del “yo” se fue generando comunicación entre la psicología y el psicoanálisis.

Por otro lado, la escuela británica de las relaciones objetales (Klein, et al., s.f.), comenzaron a realizar aportes significativos a la comprensión del desarrollo psíquico, a partir de la diada niño-madre, poniendo su foco de interés en lo vincular sobre lo pulsional. Posteriormente, con las teorías del desarrollo de Mahler, se aportó una nueva mirada a la comprensión psíquica, a partir de la separación-individuación. Otros representantes importantes en este desarrollo, van a ser la Psicología del Self, con Heinz Kohut y Althea Horner, con su síntesis e integración de “las fases del desarrollo psicológico planteados por Margaret Mahler” y sus “patologías asociadas”(Vanegas, 2006).

Se podría decir que, estos desarrollos teóricos permiten distinguir entre un psicoanálisis clásico de un psicoanálisis relacional, que va evolucionando hasta darle paso a lo que hoy se conoce como psicología dinámica(Velasco, 2009).

Actualmente, la psicología dinámica está construida sobre el psicoanálisis, la psicología y otras disciplinas afines, lo que da un carácter integrativo y que la convierte en un enfoque práctico, donde el sujeto está en constante construcción, por lo que el síntoma es visto como un intento creativo de adaptación del sujeto a su realidad. El psiquismo se organiza, a partir de una serie de imágenes sobre sí mismo, el otro y el mundo; por lo que el ser humano es relacional y evolutivo, por lo tanto, dinámico (Jaramillo, et al., 2016).

Se podría sostener entonces que, todas las psicologías son dinámicas, porque no se hace referencia solo a lo inconsciente, sino también a otros ámbitos de lo humano. Sin embargo, cuando se habla propiamente del enfoque dinámico, se diferencia de las otras psicologías en la manera de

entender la conducta y de intervenir. Mowrer y Kluchohn (1980, como se citó en Poch, 1989), consideran cuatro puntos de partida, para analizar la conducta a partir de la psicología dinámica:

- La conducta es funcional, es decir, toda conducta tiene la finalidad de resolver tensiones, conflictos y adaptarse a la realidad.
- La conducta implica algún tipo de conflicto y ambivalencia.
- La conducta solo puede ser comprendida en función del campo de contexto en el que ocurre.
- La conducta es un organismo vivo que tiende a preservar un estado de máxima integración o consistencia interna.

Ahora bien, abordando el TDAH desde el enfoque psicodinámico, se encuentra una explicación a la aparición de los síntomas, tan clara como la de otras corrientes. Se entiende la hiperactividad como una forma de estructuración psíquica cuyos ejes principales son las dificultades de autocontención, la fragilidad en el equilibrio narcisista y el déficit de mentalización.

Como explica Bonilla (2019), antes de que los síntomas se desencadenen, el sujeto ya tiene una estructuración psíquica que le permite entender su realidad interna y externa; cuando hay fallas en esta estructuración psíquica y la persona no tiene organización en sus representaciones, no tendrá acciones inhibitorias que le permitan tener una adecuada ejecución de procesos como el pensamiento, la atención, el aprendizaje y el aplazamiento de las satisfacciones.

Todo lo anterior, facilita el entendimiento de la evolución del enfoque dinámico de la psicología y su pertinencia en el estudio, tratamiento y seguimiento de trastornos complejos, como lo es, por ejemplo, el déficit de atención e hiperactividad.

6.3.Desarrollo psicoafectivo

De acuerdo con la psicología del desarrollo, hay una serie de etapas y aspectos constitutivos en la condición evolutiva del niño, según Papalia, et al.(2009), estos aspectos son: físico, neurológico, cognitivo, emocional, social, de lenguaje y del yo. Tales aspectos, además de estar interrelacionados implican un todo global, que, asumiendo un enfoque integral entienden el sujeto a la luz de su condición biopsicosocial, y este es precisamente el enfoque del presente trabajo. No obstante, Bustos y Russo(2019) explican que al hacer referencia exclusivamente el desarrollo psicoafectivo, puede pensarse que se omite u olvidan los demás factores, pero esto no es así, ya

que se entenderá el desarrollo psicoafectivo como un modelo integral, que conjuga las condiciones biopsicosociales, dando un especial valor a lo psíquico y a los conflictos vitales del crecimiento.

Es por esto que, el desarrollo psicoafectivo debe ser una categoría ineludible a la hora de estudiar y entender el TDAH, por ser un trastorno que se manifiesta en la niñez y, según Freud(1973), la infancia es el escenario de la “maduración, adaptación y estructuración”(p. 65), donde se llevan a cabo “los procesos de la evolución mental y su comprensión de la interacción entre las fuerzas externas e internas que forman la personalidad del individuo” (Freud, 1973, p. 11), referidos a la “red de impulsos, afectos, relaciones objetales, aparatos del yo, con sus funciones y defensas” (Freud, 1973, p. 12.). También gran parte de la literatura sobre psicología evolutiva y los estudios del desarrollo coinciden en que las “experiencias tempranas son fundamentales en la constitución de la mente, pues esta se construye en relación con otro” (Fossa, 2013, p. 151), quien puede fortalecerla a través de un lazo satisfactorio o, por el contrario, destruirla.

De manera que, tantos los factores relacionales que tiene que ver con la respuesta de los padres a las necesidades e inquietudes del niño y la creación de un entorno protector, como los factores externos, que tienen que ver con las condiciones materiales de existencia, influyen en la etapa temprana del niño y van a constituir los cimientos de su personalidad; allí se pueden desplegar sus capacidades y potencialidades o pueden resultar interferencias en el desarrollo que, dificulten su normal progreso y desempeño.

Las denominadas interferencias en el desarrollo tienen que ver con situaciones, eventos o condiciones que afectan de forma directa o indirecta el curso esperado del mismo, por ejemplo: el abuso, el maltrato, el abandono, la negligencia, el desplazamiento(Bustos & Russo, 2019). Tales hechos entorpecen las líneas del desarrollo, impidiendo que los mecanismos de defensa o las relaciones con el medio puedan transcurrir de acuerdo con las necesidades propias del ciclo vital, generando “dificultades psicoafectivas y emocionales como inhibición, depresión o agresividad, que impiden a corto y a largo plazo una buena salud mental cuando no pueden ser atendidas oportunamente” (p. 23). Es por esto que, antes que la aplicación del test de TDAH, como mecanismo frecuentemente usado a la hora de entender gran número de síntomas en la niñez, es necesario analizar en primera instancia, el aspecto psicoafectivo como se ha mencionado antes, a la luz de una concepción biopsicosocial.

Por otro lado, es necesario afirmar que el desarrollo psicoafectivo como categoría analítica debe entenderse a la luz de la dimensión social y cultural, pues los factores que podrían interferir en el desarrollo del niño cambian dependiendo de los contextos y las costumbres, por ejemplo, las formas relacionales, si se quiere, históricas, o convencionales en Colombia entre padres e hijos, en el marco de una cultura machista, conservadora y patriarcal, estuvo (o lo está aún) marcada durante generaciones por el distanciamiento, la reticencia a demostrar afecto y el maltrato verbal o/y físico como forma de corregir los “yerros” del niño. Lo que implica no solo una transformación cultural y social, sino un impulso a “promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono” (Naciones Unidas [NU]., 1989, art. 39).

6.4. Familia y parentalidad

La familia en su acepción básica, se entiende como la forma de organización natural y cultural en la especie humana, pues además de cumplir una función en la conservación de la especie, es una institución social, en la medida en que tiene una permanencia en el tiempo. Además, cumple una función social imprescindible, a saber, la socialización de los individuos, entiendo “la socialización es un proceso inherentemente cultural, por el que los niños interiorizan y adquieren hábitos y valores congruentes con la adaptación a su cultura, a través de la educación y la imitación” (Baumrind, 1980 como se citó en Berenguer, et al., 2001, p. 1); de allí que la familia se considere habitualmente como la base de la sociedad.

Hay que advertir que, en la actualidad, no se reduce la acepción de familia, a la familia nuclear, cuyo vínculo sanguíneo determina su composición, sino que hay modelos o tipos de familia, considerando así las familias extensivas, monoparental, de acogida, adoptiva, entre otras posibles. No obstante, Rodrigo y Palacios(1998), definen la familia desde una concepción que recoge sus diversas y múltiples tipologías, así:

La familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia ha dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. (p. 33)

Por otro lado, hay que señalar que la función propia de esa unidad básica llamada familia, es la parentalidad, concepto que ha tenido un amplio desarrollo teórico desde la psicología

psicodinámica. En primer lugar, hay que decir que la constitución de una familia se piensa en relación al desarrollo de “otros”, “otras”, “niños” o “niñas” en el marco de un proyecto colectivo, de ahí que la Convención de los Derechos de los niños(1989), entienda la familia como “grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños” (p. 8). El énfasis sobre los niños es lo que se quiere señalar en relación con la parentalidad. Así, la parentalidad desde su conceptualización, se define como:

Las actividades desarrolladas por los padres y madres para cuidar y educar a sus hijos[en el contexto familiar], al tiempo que promover su socialización. La parentalidad no depende de la estructura o composición familiar, sino que tiene que ver con las actitudes y la forma de interaccionar en las relaciones paterno/materno-filiales. (Sallés & Ger, 2011, p. 27)

En ese sentido, las funciones básicas que los padres deben desarrollar, para ser competentes en su ejercicio parental, según Muñoz (2006), son:

- Asegurar su supervivencia y su crecimiento sano.
- Aportarles el clima afectivo y de apoyo emocional necesarios para desarrollarse psicológicamente de forma sana.
- Aportarles la estimulación que les dote de capacidad para relacionarse de forma competente con su entorno físico y social.
- Tomar decisiones respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que compartirán con la familia la tarea educativa y socializadora del niño. Entre ellos se destaca especialmente, la escuela.

De modo que, en el ejercicio de la parentalidad se puede o no, ser competente y esta competencia está estrechamente vinculada con el desarrollo psicoafectivo de la niña o el niño, pues tanto los factores que los rodean, que van desde las condiciones materiales de vida hasta aquellos propios de su desarrollo físico y emocional, dependen en esta primera etapa de la capacidad de los padres para responder a las demandas del infante. En este sentido, Barudy y Dantagnan(2010), afirman que hay dos formas de parentalidad: la “biológica, que tiene que ver con la procreación y la gestación de un niño o una niña, y la parentalidad social, que tiene que ver con la existencia de capacidades para cuidar, proteger, educar y socializar a los hijos” (p. 21).

Para ser competentes en la parentalidad social, Barudy y Dantagnan(2010), establecen que debe existir una serie de capacidades y habilidades, que dependen de múltiples factores, que cobijan, tanto factores externos como internos, tales como: las condiciones económicas, los contextos sociales, afectivos de los ascendientes, educativos, etc. Si bien pueden existir capacidades innatas en torno a la parentalidad, tanto habilidades como capacidades están en el plano del aprendizaje, es decir, de la educación de los padres.

Cabe decir que la parentalidad biológica no implica competencias parentales, ni siquiera un sano desarrollo del niño, como aseveran Barudy y Dantagnan(2010), en casos de adopción o acogimiento familiar, puede observarse más habilidades y capacidades parentales que, en familias con vínculo biológico, lo que de entrada supone que la parentalidad social es una construcción, que, si bien existen predisposiciones, no hay determinismos.

Al respecto, Rodrigo, et al.(2009), definen las competencias parentales, como “aquel conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de forma flexible y adaptativo la tarea vital de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas” (p. 115). En gran parte de la perspectiva teórica de la psicodinámica sobre la parentalidad, existe un énfasis especial en la influencia de las relaciones familiares, como primer ejercicio en la construcción de habilidades de socialización y esta no empieza como podría creerse, con la manera en la que el niño se relaciona con otros distintos a su núcleo familiar, sino con la imagen que tiene de sí mismo, el papel de los padres en la construcción del autoconcepto es determinante, pues de allí, se origina la edificación de la identidad del pequeño y por ende, su autoestima.

Por otro lado, Denis(2010), sostiene una posición contraria a la tendencia a reflexionar en torno a la noción de parentalidad y no a la noción de familia. Para él, la parentalidad y su apertura en las formas relacionales entre padres e hijos ha ocasionado unas discontinuidades relacionales que afectan directamente a los niños, con consecuencias directas sobre el desarrollo psicoafectivo del niño y su proceso natural de socialización; al respecto nos dice:

Con las nuevas maneras de criar a los niños, sorprende observar cómo se va consolidando una tendencia a la socialización precoz; se tiende a sumergirlos, casi de golpe, en un espacio social colectivo. Se da por hecho que la guardería tiene la obligación de “socializar”; se defiende seriamente la escuela a los dos años. A su vez y de forma paralela,

la familia ha cambiado considerablemente, tanto desde el punto de vista de su papel en el conjunto social como de su funcionamiento interno, cuando existe. Observamos asimismo en los textos legales que la noción de parentalidad va ocupando el lugar de la noción de familia. (Denis, 2010, p. 80)

A pesar de esta crítica que, vale la pena retomar a la hora de analizar las consecuencias que pueden traer escenarios como la guardería o la escuela en el desarrollo psicoafectivo del niño o la niña, es la noción de parentalidad y no la de familia sobre la que se abordará, en el presente trabajo, de acuerdo a los referentes y definiciones citados anteriormente.

6.5. Estigma social

En términos generales, las representaciones sociales sobre las afectaciones relacionadas con la salud mental se han enmarcado en una serie de nociones despectivas o despreciativas sobre los sujetos que las padecen, a veces incluso extensibles al círculo familiar. También en el caso del TDAH, se presenta una serie de “representaciones” y “etiquetas”, que es necesario analizar, pues dependiendo de su orientación y manifestación, puede convertirse en un factor de desequilibrio en el manejo del trastorno.

Pero para poder analizarlas, es necesario entender lo que es el estigma social. Para Goffman (2006 como se citó en Pérez, 2018), es el proceso en el cual la reacción de los demás estropea la identidad normal. Este autor, reconoce tres formas de estigma, resumiéndolas en el mentalismo por un diagnóstico, de trastorno mental, por una deformidad o la asociación a una determinada raza, creencia o religión. La percepción o atribución de lo correcto o incorrecto, trae consigo un fuerte estigma social, pues se crean representaciones particulares que se pueden ir extendiendo en la sociedad. Las representaciones son sociales en la medida que, son compartidas y reproducidas, según Jodelet (1984 como se citó en Rodríguez, 2003):

Por el contexto concreto en el cual están situadas personas y grupos, por la comunicación que se establece entre ellos, por los cuadros de aprehensión que les proporciona su bagaje cultural; por los códigos, valores e ideologías ligados a las posiciones o pertenencias sociales específicas. (p. 57)

De tal manera que las representaciones sociales varían de acuerdo al contexto social, cultural e histórico y de ello da cuenta el antiguo tratamiento a las personas con problemas de salud

mental, sobre todo en sociedades judeo-cristianas, denominadas “locos” y tratados, a partir de sistemas de exclusión- reclusión. Por su parte, Moscovici (1961 como se citó en León, 2002), define las representaciones sociales como:

Sistemas cognitivos con una lógica y lenguaje propios (...) No representan simples opiniones, imágenes o actitudes en relación a algún objeto, sino teorías y áreas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad (...) Sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función; primero, establecer un orden que le permita a los individuos orientarse en un mundo material y social y dominarlo; y segundo permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad al proveerlos con un código para el intercambio social y para nombrar y clasificar sin ambigüedades aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal. (p. 369)

Son más que opiniones porque se constituyen en conocimiento sobre un determinado fenómeno, buscando nombrarlo, es decir, darle atributos, con el fin de comprender una realidad extraña en una realidad familiar(León, 2002). De ahí que, para Jodelet (1984 como se citó en Ruiz, et al., 2011), las representaciones sociales se caractericen:

Como entidades operativas para el entendimiento, la comunicación y la actuación cotidiana, esto es, como conjuntos estructurados o imprecisos de nociones, creencias, imágenes, metáforas y actitudes con los que los actores definen las situaciones y llevan a cabo sus planes de acción. (p. 441)

Diríase que lo problemático frente a las representaciones es este elemento que establece León(2002), la representación social corresponde a un acto del pensamiento en el cual el sujeto se relaciona con un objeto y mediante diversos mecanismos ese objeto es sustituido por un símbolo. Es precisamente en esta noción de “sustitución” y “símbolo”, donde recae el asunto problemático de las representaciones sociales, símbolo se refiere a lo que Goffman (1970 como se citó en López, et al., 2008), denomina *signo*, a la serie de características que derivan en un estigma, lo cual:

Se refiere a un «atributo profundamente desacreditador»; es decir una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvalorización, como resultado que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee. (Goffman, 1970 como se citó en López, et al., 2008, p. 45)

De ahí que, según, Vargas y Parales(2017), ser estigmatizado implica un aislamiento respecto de las actividades sociales cotidianas, puesto que el sujeto así considerado es asociado con la categoría de “anormalidad”; de allí los términos de identidad deteriorada y desacreditación. En el caso de los niños con TDAH a menudo son estigmatizados bajo el rotulo de niños problema o malos, intensos, o hiperactivos, con implicaciones negativas en la instrucción de su subjetividad. Hay que aclarar que el estigma, se da través de un "proceso de estigmatización" que implica conjunto de pasos más o menos continuos, así:

a) La distinción, etiquetado (*labeling*) e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas. b) La asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes. c) Su consideración como un grupo diferente y aparte: «ellos» frente a «nosotros». d) Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza), frecuentemente menospreciadas, pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta, según los modelos de atribución causal. (López et al., 2008, p. 48)

Esta situación, en el caso del TDAH cruza dos tipos de problemas, los cuales, según los aportes de López, et al. (2008), son:

Los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente, y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención. (p. 43)

6.6. Interdisciplinarietà

La psicología supuso desde sus orígenes modos de aproximación distintos a sus objetos de estudio y esto es así, porque como señala Blanco (2002 como se citó en Español, et al., 2010), la psicología es “una disciplina híbrida que mira con un ojo la cultura y con otro la naturaleza” (p. 1). El propósito que subyace a la disciplina entre comprender y explicar, interpretar y experimentar, la condujo, como a otras disciplinas en su desarrollo epistemológico y científico a la especialización de ciertas áreas buscado un conocimiento profundo de las mismas, esta situación

dio origen a una división y subdivisión del conocimiento que resultó en la aparición de nuevas disciplinas y enfoques, como la psicolingüística, psicología del desarrollo, psicología evolucionista, psicología dinámica, etc. Tal especialización es necesaria y responde a una exigencia del conocimiento científico en su sentido más amplio y moderno: es decir, a la objetividad y rigurosidad.

Una vez consolidadas estas disciplinas y enfoques la interdisciplinariedad fue un paso inevitable en el desarrollo histórico de la ciencia, sobre todo, de cara a las dificultades que supone estudiar el complejo mundo moderno, como afirma Rodríguez(1997), “la interdisciplinariedad (...) es la respuesta actual e imprescindible a la multiplicación, a la fragmentación y división del conocimiento, a la proliferación y desmedido crecimiento de la información, a la complejidad del mundo en que vivimos” (p. 6). Por otro lado, Agazzi(2002), entiende la interdisciplinariedad como “un planteamiento que, frente a problemas complejos, trata de poner en diálogo varias ópticas disciplinares y específicas con el fin de alcanzar una comprensión más profunda a través de la síntesis de sus diferentes aportaciones” (p. 241).

De tal manera que estas dos definiciones traen dos aspectos que se complementan, de un lado, una repuesta de la psicología a las condiciones actuales que transforman a cada momento el horizonte de las relaciones sociales, las condiciones materiales de existencia, y a la difusión y acceso a la información, que desencadenan dinámicas totalmente inéditas y problemas cambiantes. De otro lado, responder a ese desarrollo científico que implica transformar las formas y métodos de conocer, como en este caso, promoviendo el dialogo de saberes, con el objeto de comprender los fenómenos sociales en su complejidad y no desde un concepción reduccionista o simplista. Con la capacidad de establecer síntesis producto de la interacción entre saberes, y de dar cuenta de nuevas relaciones causales y criterios de validez.

De otro lado, es necesario citar la definición que trae Menéndez(1998), sobre interdisciplinariedad, pues establece una distinción con multidisciplinariedad:

La interdisciplinariedad hace referencia al método, al modelo de trabajo y a la aplicación de los conocimientos y de la técnica. Al modo de desarrollar un conocimiento o conjunto de conocimientos y disciplinas. Si multidisciplinariedad se refiere a las disciplinas y ramas

del conocimiento, interdisciplinariedad se refiere al modelo de aplicación, al método cómo estas disciplinas se aplican o se realizan. (p. 145)

Hay que mencionar, además que, en el abordaje de los estudios relacionados propiamente con la salud mental, como en este caso, el TDAH, cada vez es más frecuente recurrir al aporte de múltiples disciplinas tanto en el abordaje teórico como práctico, pues las causas que en estudios tradicionales parecían estáticas o determinadas, han sido cuestionadas por contribuciones de nuevos hallazgos científicos, como en este caso, los aportes de la psicología dinámica o la psicología del desarrollo. De ahí que la interdisciplinariedad implique “la armonización de varias especializaciones para la comprensión y solución de un problema” (Agazzi, 2002, p. 244).

Como asevera Menéndez(1998), a propósito de la interdisciplinariedad, la visión bio-psico-social abarca una concepción integradora y una visión global de la salud y de la enfermedad, que resulta del hecho de reconocer la existencia y necesidad de la articulación e interacción de distintos factores: biológicos, sociales, psicológicos, pedagógicos, etc., en este caso, es esta la línea que pretende seguir el presente trabajo, dando cuenta de aspectos históricamente omitidos a la hora de abordar el estudio del TDAH, tanto en su concepción teórica como en su manejo práctico, relacionando los aportes de la psiquiatría con los hallazgos de la psicología dinámica.

7. Metodología

El presente trabajo monográfico, se llevó a cabo por medio de una recopilación de información bibliográfica, donde se establecieron los objetivos del trabajo para poder identificar la información necesaria y así poder desarrollarlos, por medio del análisis de la misma, que permitiera abordar al TDAH desde una lectura interdisciplinaria, pero principalmente, desde un enfoque psicodinámico.

Para determinar el tema a tratar y la pregunta de investigación que quería desarrollarse, se partió desde el cuestionamiento personal sobre el diagnóstico y tratamientos más comunes para el TDAH, cuestionándose si el modelo de diagnóstico y tratamiento más utilizados las únicas alternativas existentes y, en caso negativo, por qué estaban infravaloradas las demás opciones. A partir de esto, se definen los objetivos de la monografía, se desarrolla el planteamiento del problema y se buscan antecedentes relacionados con el tema, a nivel local, nacional e internacional, que permitieron identificar estudios previos que han tratado la misma problemática, centrándose principalmente en quienes debatieron sobre el abordaje tradicional del TDAH y también quienes han propuesto otras posibles intervenciones, incluso desde el psicoanálisis y la psicología dinámica.

La consolidación de la información en búsqueda de dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cómo puede abordarse el TDAH como problemática contemporánea desde diferentes perspectivas teóricas que hagan posible su integralidad biopsicosocial?; permitió identificar las categorías pertinentes para abordar la temática, que pudieran ser analizadas y relacionadas entre sí, de manera que dieran respuesta a la mencionada pregunta investigativa. Con base en lo anterior, se identifica entonces la categoría de TDAH como indispensable dentro la monografía. Para desarrollar este referente, se consultaron varias bases de datos universitarias, como son de la universidad de Antioquia, Universidad Nacional de Colombia y Eafit. Se realiza una revisión de la bibliografía obtenida, tras una búsqueda sistemática en las principales bases de datos, para responder a algunas preguntas clínicas relacionadas con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), con aspectos transversales desde la definición, el diagnóstico y tratamiento del mismo.

Desde la búsqueda de antecedentes y el desarrollo del anterior referente, se mencionan los posibles enfoques de la psicología, de los cuales se pueda abordar el trastorno del TDAH, identificando el potencial del enfoque psicodinámico, pues identifica tanto las causas del trastorno, como posturas para tu intervención, evitando los métodos tradicionales, en los cuales se encuentran los farmacológicos. Lo anterior, encontrado principalmente en artículos de revistas de psicología, permitió comprender la pertinencia de la psicología dinámica frente al TDAH y los múltiples estudios encontrados sustentan la base teórica sólida de la cual parte la psicología dinámica.

También se confirma la importancia de ver al individuo como el conjunto de varios aspectos relevantes, como lo son, por ejemplo, el fisiológico, el emocional y ambiental; por lo que se analiza el trastorno y a la persona desde todos los frentes posibles. Aparece entonces la categoría de interdisciplinariedad, donde se expone la pertinencia de la psicología en los distintos objetos de estudio, así como de otras áreas del saber en el estudio del ser humano, el cual es complejo de abarcar desde una única mirada. Lo anterior, permitió comprender la pertinencia del estudio del TDAH, desde la interdisciplinariedad.

Ahora bien, al contrarrestar las intervenciones tradicionales encontradas, con las propuestas establecidas por otras fuentes de conocimiento (principalmente la psicología dinámica), y teniendo clara la necesidad de estudiar este trastorno y al niño como un ser biopsicosocial, se abordan otras categorías como lo son el desarrollo psicoafectivo, familia y parentalidad y el estigma social, para comprender al ser humano y al trastorno, desde una mirada integradora; encontrando, además, que otros trabajos monográficos se han interesado por el tema.

La anterior información y el rastreo de las diferentes categorías, se realizó después de la consulta de 30 artículos publicados, 8 libros, 4 trabajos de grado presentados como monografías; se consultaron 9 páginas web, se ingresó en el motor de búsqueda de Google “psicología dinámica y TDAH”, que arrojó 584.000 resultados y se ingresó a 3 bases de datos digitales de universidades de Colombia. Se analizó la información encontrada, seleccionando la más relevante, que permitiera el abordaje del TDAH como problemática contemporánea desde diferentes perspectivas teóricas que hagan posible su integralidad biopsicosocial.

8. Análisis temático

En este apartado se presentan las categorías que dan soporte al análisis realizado sobre este tema del TDAH que guía este estudio monográfico, cumpliendo a su objetivo de Analizar el TDAH como una problemática contemporánea que requiere de una atención integral, por lo que necesita entenderse desde diferentes perspectivas interdisciplinarias que hagan posible su comprensión biopsicosocial; las cuales se describen a continuación.

8.1. Diagnóstico biopsicosocial del TDAH.

Durante el desarrollo del presente trabajo, se han planteado varios aspectos relevantes para el entendimiento del TDAH desde una lectura interdisciplinaria. Uno de los más significativos, es el análisis del ser humano desde lo biopsicosocial; es decir, reconocerlo como un ser que está conformado por la integración de factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales convergen para formar a un individuo. Cada uno de estos factores por separado, no representa al ser humano, e incluso, la falta de uno de ellos, significaría ver de manera parcial y no total a la persona.

Lo anterior tiene relación con el estudio del TDAH, por dos razones principales. La primera, es por el fundamento teórico más utilizado para sustentar el trastorno, el cual es desde una postura biológica, en la que se sustenta la importancia de la genética en la predisposición que pueda presentar un niño para desarrollar dicho trastorno. Con base en el mismo argumento, se establecen entonces los tratamientos más utilizados, también estudiados con base en esta teoría de la biología; es decir, tanto el diagnóstico como el tratamiento parten de ella; por lo que cabe cuestionarse por el lugar y el papel que ocupa o debería ocupar lo psicológico y social en el planteamiento teórico y práctico (desde el tratamiento y seguimiento al mismo) del TDAH.

La segunda razón, es la inconformidad que presentan algunos padres de recibir tratamiento farmacológico para sus hijos, principalmente si el medicamento es la única intervención que recibirá el infante. Mientras algunos padres se pueden sentir incómodos y no deseen medicar a los niños, otros se sentirán socialmente presionados en hacerlo, en algunos casos sin tener el conocimiento necesario para tomar una decisión al respecto (Vargas & Parales, 2017). Es posible generar mayor tranquilidad a los padres de familia y cuidadores, si se les presenta una explicación del trastorno desde las tres dimensiones importantes y no solo desde la física, así como unas opciones que reemplacen o potencialicen la intervención farmacológica.

López(2016), demostró por medio de un estudio que, a medida en que se interviene a los padres, en temas relacionados con el manejo de la conducta, control de impulsos y manejo de ansiedad en ellos mismos, mejora la sintomatología de los niños, principalmente en lo relacionado con la hiperactividad. También relaciona en su trabajo, los beneficios que presenta para un niño, estar en un ambiente de crianza estable. Con estable, se refiere a un lugar conocido y seguro para el infante, donde interactúe constantemente con las mismas personas y sus padres o figura de cuidador esté presente la mayor parte del tiempo. Lo anterior, ayuda en la medida en que el niño identifica el contexto, la figura de autoridad y reconoce los comportamientos o actitudes como correctas o incorrectas, según el caso.

Ahora bien, es necesario conocer las explicaciones existentes frente al diagnóstico del TDAH desde lo psicológico y social, para poder atender los puntos anteriormente mencionados, complementar un diagnóstico y tratamiento teniendo en cuenta todas las variables y no solo la biológica neuronal, y brindar una atención y acompañamiento a los padres que no tienen toda su confianza en los tratamientos farmacológicos.

Para ello, se encuentran algunas investigaciones que acompañan esta noción desde lo psicosocial y que plantean factores de riesgo que potencializan significativamente la posibilidad de padecer trastornos mentales y propiamente, desarrollar TDAH. Como lo plantea López(2016), existen al menos seis situaciones que son difíciles de afrontar y que superan los recursos del niño, generando problemas psicológicos y de desarrollo, entre ellos factores como “un conflicto marital grave, clase social baja, familia numerosa, conducta antisocial del padre, psicopatología en la madre y retirada de la custodia parental” (p. 33).

Se evidencia también, que es insuficiente pensar el diagnóstico del TDAH solamente, desde un punto de vista fisiológico pues, como lo argumentó Bowlby (1969 como se citó en Fernández, 2002), “toda característica biológica, sea de índole morfológica, fisiológica o relativa a la conducta, es producto de la interacción de lo genético heredado con lo ambiental” (p. 25).

Incluso, si el TDAH se estudiara únicamente desde lo fisiológico, también implicaría hacer una revisión exhaustiva del ambiente, puesto que lo físico es resultado de lo genético y del ambiente en el que se desarrolla la persona. Por lo tanto, faltaría profundidad en el diagnóstico (si solo se tiene en cuenta lo fisiológico), para determinar si un niño tiene trastorno de TDAH o si

presenta algunas situaciones particulares en su entorno, que propician los comportamientos que se identifican como síntomas del mismo.

La interacción entre genes y ambiente es una de las áreas de investigación más prometedoras sobre los trastornos mentales. Como lo explica López(2016), el modelo Genética/Ambiente más aceptado es el de “diátesis-estrés”, donde se sustenta que los genes y el ambiente ejercen una influencia significativa en el riesgo de generar una psicopatología, incluyendo el TDAH; donde, en un contexto de aumento de los factores de estrés ambiental, incrementa la probabilidad de desarrollar alguna psicopatología, pero, por el contrario, en ambientes menos adversos, el individuo tiene menos probabilidad de desarrollarla. Asimismo, los infantes con ambientes más adversos pero menor vulnerabilidad genética, muestran una mayor resistencia o resiliencia a la psicopatología (Lahey, et al., 2011 como se citó en López, 2016).

Asumiendo que después del análisis se determina que efectivamente el infante padece de TDAH, es necesario volver al tema del ambiente y el desarrollo psicoafectivo, pues son puntos, incluso desde la biología, que propician el desencadenamiento de los síntomas y aumentan la presencia de este trastorno. Es decir, aún después de confirmar el diagnóstico del niño, es necesario estudiar su entorno para identificar si se presentó alguno de los seis factores que propician el desarrollo del trastorno y que, incluso, lo agudizan.

Como lo explican Díez, et al.(2006), es relevante llevar a cabo una intervención biopsicosocial del TDAH a tiempo, para evitar conductas que desencadenan otros trastornos importantes; los cuales, según los autores, tienen una mayor probabilidad de presentarse junto al TDAH, cuando esté no recibe una intervención competente a tiempo.

En el contenido del presente trabajo, se ha planteado las diferentes bases teóricas desde las cuales se puede diagnosticar y abordar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, TDAH, debido a que este estudio lo concibe como un trastorno biopsicosocial, por lo que su diagnóstico y tratamiento debe ser abordado de manera integral e interdisciplinaria. De igual manera, se ha tenido en cuenta la importancia de la intervención psicológica en dicho trastorno y la prevalencia del diagnóstico y tratamiento cognitivo-conductual, como acompañamiento al tratamiento farmacológico que generalmente propone la psiquiatría.

Sin embargo, hay otras corrientes dentro de la psicología igual de válidas y pertinentes, en cuanto al abordaje del TDAH, como es la psicología dinámica. De hecho, esta corriente propone un origen o causal teórico del trastorno y, cuál debe ser su adecuado tratamiento. Uno de los investigadores para el TDAH desde la psicodinámica, ha sido Berger (1999), quien realizó una revisión sobre las teorías psicodinámicas sobre la hiperactividad, buscando confirmar o refutar las concepciones abordadas hasta entonces.

En esta vía, se encuentra que el mismo Berger (1999), propone una nueva clasificación del TDAH, específicamente desde la hiperactividad, en función de la historia familiar y relacional del niño, identificando que el problema del TDAH no se origina únicamente por alguna dificultad en la estructura física del niño, sino que, se tienden con este diagnóstico a encontrar fallas en las primeras relaciones, depresión maternal precoz, pautas educativas inadecuadas o difusas, madres hiperactivas y ansiosas; entre otros, Berger propone dos hipótesis teóricas, para el origen y diagnóstico de este trastorno.

En su primera teoría, se identifica una falla en la relación con el objeto primario, provocado por un *holding* defectuoso. Según Winnicot (1960 como se citó en Icart, 2007):

Holding sería la forma en que [se cuida] físicamente y mentalmente al niño los primeros meses de vida; pero también a la adaptación precoz del entorno y a sus necesidades físicas y psíquicas (...). También puede presentarse por un fracaso en la vivencia de la indispensable experiencia de omnipotencia (...), o en los procedimientos autotranquilizadores, definido como el momento en que el niño se ve confrontado con el fracaso de la función materna para atenuar su angustia. (p. 33)

La segunda teoría sobre el TDAH de Berger (1999), plantea una dificultad para estar solo en presencia del otro. Como lo explica Icart(2007):

Después de superar el narcisismo primario, el niño puede representarse al otro como un objeto muy diferente de sí mismo. Para conseguirlo, el niño debe superar esta primera etapa. Winnicot (1960) lo describe como el periodo donde el niño desarrolla la capacidad de estar solo en presencia del otro. El niño puede estar en su mundo sin que esto le implique perder la presencia de la madre, que la siente disponible, al buscarla con la mirada o la voz, cuando la ha podido incorporar como un objeto bueno. (p. 34)

Con base en lo anterior, se plantea el TDAH como una falla en las identificaciones primarias anteriormente mencionadas, sumado a las dificultades familiares, pues, desde la psicodinámica, el TDAH se considera una enfermedad del grupo familiar, que está instaurada sobre un miembro de la misma, el niño.

Ahora bien, una propuesta de intervención desde la psicoterapia dinámica es un abordaje terapéutico para toda la familia, por medio de sesiones que permitan descubrir las diferentes causas que predisponen la aparición de los síntomas. En estos espacios, se buscan los aspectos de los padres no resueltos en el hijo, que impiden desarrollar sus verdaderas funciones parentales.

Como se sustentó anteriormente, es probable encontrar detrás de un niño con TDAH a una madre con falta de capacidad para procesar la ansiedad y la angustia, entendiendo el comportamiento del niño como una respuesta a esta carencia de la madre. Comprender cómo se identifica al TDAH desde la psicología dinámica, permite comprender la forma en la cual se diagnostica y se interviene, desde una mirada psicosocial.

8.2. Atención integral desde la interdisciplinariedad

Comprender el TDAH de manera integral permite una mejor comprensión del mismo, pero también exige el pensar la atención de esta misma forma, integral. Esto permite un entendimiento real de trastorno y una intervención oportuna al niño, teniendo en cuenta todas sus vertientes.

8.2.1. *Psiquiatría.*

El papel de la psiquiatría dentro del diagnóstico y tratamiento del TDAH no es desvalorizado o negado en el presente trabajo; por el contrario, se reconoce la importancia del psiquiatra dentro de todo el proceso que se presenta en un niño con TDAH y es por esto que, primero, se cuestiona sobrediagnóstico y tratamiento y, segundo, se recomienda una intervención integral, un trabajo conjunto entre las diferentes áreas de conocimiento, por lo que se reconoce el trabajo actual y conjunto de pediatra de atención primaria y el psiquiatra.

Es tan importante la intervención del psiquiatra, que tiene una posición privilegiada, pues es quien tiene la autonomía legal y médica para diagnosticar el TDAH al detectar los síntomas y proponer un tratamiento al mismo, cuando se encuentra un TDAH simple; es decir, donde no aparecen otros trastornos significativos.

Sin embargo, es necesaria la intervención de ambas especialidades, psiquiatría y pediatría trabajando en conjunto, debido a que los síntomas del TDAH son similares a otros trastornos, pues se identifican factores que dan sospecha de varios padecimientos y, por ende, la necesidad de varios tratamientos.

Se encuentra también que el riesgo aumenta con cada factor que se repite en trastornos relaciones con el TDAH, como son depresión y ansiedad; de hecho, se estima que el 50% de los niños con TDAH presenta un trastorno psiquiátrico comórbido (Díez, et al., 2006). Se podría resumir en tres los aspectos que intervienen en que el infante padezca de varios trastornos, los cuales son, las condiciones de la persona (si está iniciando su adolescencia, bajo coeficiente intelectual, escaso nivel cultural y educativo o dificultades en el aprendizaje, especialmente lectoescritura y matemáticas); la identificación del TDAH (si fue diagnosticado de forma tardía, si incluye agresividad o se presenta una significativa evolución), y si hay presencia de antecedentes familiares con TDAH, trastorno bipolar o depresión (Díez, et al., 2006).

Los autores anteriormente citados, presentan un estudio donde sustentan la necesidad de que los psiquiatras identifiquen acertadamente si el infante presenta algún otro trastorno generado a partir del TDAH, como pueden ser el trastorno oposicionista- desafiante, de ansiedad, trastorno bipolar, depresivo y tics. Dichos autores, desarrollan claramente la razón por la cual es posible que, al presentar el TDAH, el niño pueda desarrollar de manera conjunta, alguno de los trastornos anteriormente mencionados y presentan para cada uno de los casos, los tratamientos farmacológicos o duales, recomendados para cada caso.

El trastorno oposicionista-desafiante (TOD), es el trastorno comórbido más frecuente en el TDAH, ya que tienen varios síntomas en común y, aparentemente, las intervenciones propuestas para uno de los trastornos son efectivas para el otro, principalmente las enfocadas en la modificación de conducta. Además, se recomienda una intervención psicosocial, ya que el relacionamiento del niño con sus familiares y entorno, determinará la efectividad del tratamiento conductual. Sin embargo, queda en duda la efectividad para el déficit de atención, pues las intervenciones están más centradas al tratamiento para la agresividad, la hiperactividad y, como se indicó, la conducta.

Con relación al TDAH y el trastorno bipolar en niños y adolescentes, se presenta una controversia. Los estudios indican que el trastorno bipolar está infradiagnosticado con relación al sobrediagnóstico de TDAH, puesto que sus síntomas son similares, principalmente en hiperactividad, impulsividad, inatención, distraibilidad, irritabilidad, problemas de sueño y capacidad de juicio disminuida. Al presentar una sintomatología parecida, los psiquiatras tienden a diagnosticar el TDAH por encima del trastorno bipolar, principalmente porque los estudios de este segundo trastorno en niños y adolescentes es limitado (Díez et al., 2006). Lo anterior, por ejemplo, muestra que es la falta de investigación la que genera un sobrediagnóstico de TDAH, lo que puede estar llevando a los psiquiatras a determinar un tratamiento para un trastorno que los niños no poseen, pues, el que “pueden” padecer, carece de estudios en menores.

Ahora bien, en el caso del diagnóstico de TDAH y depresión, es relevante que el psiquiatra y pediatra esté muy seguro del diagnóstico y principalmente del tratamiento, pues se encuentra un alto porcentaje de probabilidad que, mientras disminuyen los síntomas para el TDAH, persistan considerablemente los de depresión, que tienden a persistir hasta la adultez; por lo que intervenir adecuadamente al niño genera una diferencia significativa en lo que será su calidad de vida como adulto. Si los síntomas son leves a moderados, se recomienda una intervención cognitivo – conductual; pero generalmente los profesionales en pediatría psiquiátrica utilizan una intervención con antidepresivos.

Es recomendable entonces, que el profesional explore la presencia de otros posibles trastornos, antes de determinar el diagnóstico de TDAH, para evitar que el niño tenga un tratamiento incompleto o enfocado en un trastorno del que posiblemente no padezca; lo anterior hace que sea indispensable también una adecuada relación de comorbilidad entre trastornos; es decir, ser precisos al momento de diagnosticar el TDAH con cualquiera de los otros trastornos con los que comparte síntomas en proporciones significativas.

Ahora bien, otro tema relevante sobre el manejo del TDAH desde la psiquiatría, es el tratamiento farmacológico. Los medicamentos más utilizados para el TDAH son los psicoestimulantes, más concretamente el metilfenidato, más conocido como Ritalina. Este medicamento, tiene una absorción rápida por vía oral, la cual permite evidenciar sus efectos dentro de la primera hora y que desaparecen entre las cuatro y seis horas posteriores. Aunque sea efectivo, este periodo corto de tiempo de efectividad supone una de las principales desventajas del

metilfenidato, pues debe ser suministrada de dos a cuatro veces al día, lo que representa un uso menos frecuente en adolescentes y adultos (Delgado, et al., 2012).

Además de la dificultad anteriormente mencionada, este medicamento presenta efectos secundarios significativos, como son la pérdida de peso, ansiedad, insomnio, taquicardia, sequedad en la boca, cefaleas, frialdad en las extremidades y en algunos casos anorexia, lo que genera el cuestionamiento frente hasta qué punto el beneficio de la Ritalina es superior a los efectos secundarios que debe asumir el niño y sus padres. Teniendo en cuenta estas desventajas, es necesario que la toma de este medicamento esté bajo el control de un especialista en psiquiatría para evitar el consumo y abuso por personas que no lo necesitan o que sea suministrado de forma errónea (Delgado, et al., 2012).

8.2.2. Intervención familiar

La familia tiene un gran valor en la vida del ser humano, como institución social que es. Una de sus principales funciones es la educadora, como primer agente socializador de los niños, por lo que, la relación entre padres e hijos, determinará en cierta medida el comportamiento del niño a lo largo de su vida, lo que puede generar en él un buen desarrollo y comportamiento de acuerdo a su edad evolutiva o, por el contrario, entorpecer su buen desarrollo. Cuando se evalúa a un niño por sospecha de TDAH, es necesario evaluarlo a él, según su etapa evolutiva, pero también a su familia, su contexto sociocultural y su funcionalidad como núcleo (Vallés, 1998).

Los padres de niños con TDAH que tienen múltiples ocupaciones o preocupaciones, tienden a interferir negativamente en el desarrollo del niño y en su tratamiento, por lo que sus dificultades escolares, familiares y sociales, serán mucho más evidentes. Lo anterior trae a colación la necesidad de plantear una intervención desde y hacia lo familiar; es decir, cómo la familia puede y debe aportar al tratamiento integral del niño y cómo puede también recibir apoyo, en esta nueva realidad que se les presenta.

González, et al.(2014), identifican unas variables en las prácticas educativas parentales; inicialmente, se habla de la dimensión de apoyo y control parental, la cual, como su nombre lo indica, profundiza en la importancia del apoyo de los padres a sus hijos, pero también que establezcan límites y sean una guía para los infantes. Sin embargo, se han agregado otras variables, como son el grado de madurez y la comunicación entre padres e hijos, por lo que, como se viene

diciendo, al analizar el caso de un niño con TDAH, se interviene también al grupo familiar y adultos que son representativos para él.

Los mismos autores afirman que la crianza de un niño o niña con TDAH presenta retos adicionales para los cuales los padres no siempre están preparados, generando un alto nivel de frustración, ya que los métodos tradicionales de educación no funcionan con la misma efectividad en niños con este trastorno, estos niños presentan mayor dificultad para obedecer órdenes, seguir instrucciones, inhibir respuestas impulsivas; entre otros.

Las dificultades no se encuentran solo en los niños, también el círculo familiar se observa notablemente afectado, generalmente el contexto familiar que ha sido diagnosticado con TDAH, presenta estrés, violencia intrafamiliar, mal manejo de pautas de comportamiento, estilos de disciplina extremos, o muy permisivos o muy controladores, e incluso, una decadente relación entre padres y los otros hijos (Delgado, et al.,2012).

Se presenta una relación importante entre el TDAH y niños que han sido educados bajo un estilo parental autoritario, donde hay una tendencia de los padres hacia el castigo, el control del comportamiento del niño y patrones rígidos preestablecidos. Esta forma de relacionarse y educar al niño tiene consecuencias en su socialización, la falta de autonomía, menor competencia social y baja autoestima. También se identifica una importante relación entre niños con TDAH y una madre con altos niveles de estrés, siendo más crítica, controladora y autoritaria, sin las suficientes herramientas para una comunicación asertiva (López-Soler, et al., 2009).

En esta vía, es importante mencionar las formas de intervención familiar, como lo afirman Delgado, et al.(2012), quienes presentan una propuesta de intervención para desarrollar en varias etapas. Esta propuesta busca dar a conocer a los padres y cuidadores información relevante sobre el TDAH, mejorar la calidad de vida y salud mental de los adultos, a la vez que aportan al tratamiento de sus hijos, generando mejores conductas en el ambiente familiar.

En dicha intervención, sobresalen tres aspectos principales, la psicoeducación, terapia grupal de padres y modificación de conductas. Como se mencionó previamente, la psicoeducación busca dar información importante a los padres, para que tengan claro el trastorno que padece su hijo o hija y aprendan cómo aportar al tratamiento. Desde la terapia grupal, las familias pueden sentirse apoyados y menos culpables, al encontrar otros padres que tienen hijos con el mismo

diagnóstico; generar técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, entre otras estrategias.

Estos autores resaltan que es conveniente para las familias compartir sus experiencias, fortalezas y oportunidades de mejora, con otras personas que viven situaciones similares, para que puedan identificarse con otros, resignificar y abordar el TDAH de manera más funcional. Por último, la modificación de conducta de ambas partes, es decir, la conducta del niño y la de los padres hacia éste, les permitirá disminuir la tensión familiar y el estrés que puede causar el comportamiento de un niño con TDAH (Delgado, et al., 2012).

Este cambio en la conducta y en la percepción negativa que se tiene inicialmente del niño y del TDAH, requiere una serie de estrategias y disposiciones por parte de los adultos, para que sea posible una intervención familiar completa (García, et al., 2016). El primer aspecto relevante es aceptar y conocer el trastorno, lo que requiere aceptar a su hijo como es y acoger de manera positiva los retos que se presentarán; sin generar despreocupación o culpa.

Es recomendable que la familia sea más observadora, evitando prejuicios de sus propias conductas, pues esto les ayuda a reconocer que, no solo es el niño el que tiene comportamientos difíciles, sino que en muchos casos los padres, son portadores a su vez de comportamientos difíciles, con los que están conviviendo y formando su familia; ante este aspecto es necesario una continua reflexión por parte de los padres sobre sus acciones personales y parentales, que les permita reforzar lo positivo y no centrarse exclusivamente en lo negativo.

Otro factor importante al hablar de la intervención familiar con el TDAH, tiene que ver con las reglas dentro del hogar. La falta de límites es una de las características en común entre los padres con niños diagnosticados, los cuales en ocasiones son permisivos con los hijos, a tal punto de que éstos pierden de vista la figura de autoridad en sus padres o cuidadores. Esta figura es relevante para que el niño se identifique de alguna manera con su cuidador e identifique en él a la persona que determina las reglas, que permite o limita, por lo que establecer límites de manera coherente y dejar en claro las consecuencias de no cumplir las normas, le otorga al niño un grado de responsabilidad claro y beneficioso.

La comunicación entre padres y niños debe ser asertiva y empática, si bien es cierto que los padres de hijos con TDAH tienen una responsabilidad mayor, es necesario comprender que

este padecimiento también es difícil para el niño que lo tiene, por lo que se debe evitar cualquier tipo de mensaje peyorativo, sobre sus dificultades académicas, comportamentales, relacionales o familiares. A causa de dichos mensajes negativos y peyorativos, los niños con TDAH tienden a tener una autoestima debilitada, que puede ser fortalecida cuando el adulto proporciona el apoyo necesario para que el niño se sienta acompañado, resaltando sus habilidades, por encima de sus desaciertos (García, et al., 2016).

Ahora bien, Icart (2007), propone una intervención familiar llamada *psicoterapia familiar focal y breve de comprensión psicoanalítica*, un modelo que permite entender el problema del TDAH desde la dinámica grupal, donde el niño no está enfermo, sino que es el representante que expresa el trastorno o dificultad de su grupo. Según este autor, el grupo, en este caso la familia, padece un problema importante y deposita en uno de los miembros (generalmente los niños, quienes son más vulnerables), el malestar del grupo, hasta que convierte al niño en el “único enfermo”. Sin embargo, tanto el diagnóstico, como el tratamiento deben estar dirigidos a todo el grupo familiar, por medio de una comprensión psicodinámica, donde se identifican los mecanismos relacionales y proyectivos y se interviene sobre éstos.

A pesar de las múltiples opciones para una intervención familiar, Suárez y Trujillo(2020), concluyen en su estudio que hoy en día sigue habiendo un gran desconocimiento sobre las medidas de actuación ante un niño con déficit de atención e hiperactividad. Sin embargo, indican que, una intervención a tiempo, tanto para el niño como para su familia, tendrá un impacto significativo para la comprensión de lo que es tener un miembro de la familia “distinto”, pero manejado de una forma correcta, completa y estructurada; puede ser una experiencia de aprendizaje positiva, donde todos los integrantes de la familia descubran lo útiles e importantes que son, cada uno desde su rol, permitiendo que el núcleo familiar se fortalezca en lo que, inicialmente, parecía una adversidad, tener un niño con TDAH.

8.2.3. Intervención psicopedagógica

Del mismo modo que existen diferentes modelos de intervención familiar en relación con niños que presentan TDAH –pues es la familia el principal núcleo de socialización del infante–, existen múltiples modelos de intervención pedagógica, cada modelo emplea una estrategia distinta, es decir, una serie de acciones encaminadas a conseguir determinado objetivo, esto, de acuerdo a

las especificidades de los entornos y sujetos de intervención. En este caso, que se refiere expresamente a niños con TDAH, es imprescindible incluir la intervención psicopedagógica en modelos multimodales de tratamiento, según el National Institute of Mental Health (NIMH) los “tratamientos más eficaces son los basados en intervenciones psicopedagógicas y neuropsicológicas, y considera el tratamiento combinado o multimodal como el idóneo” para niños con TDAH (Abad, Ruiz, et al., 2013).

Teniendo en cuenta el concepto de una institución como el NIMH, y la profusa producción académica e implementación de estrategias de intervención psicopedagógicas en niños con TDAH, es preciso abordar esta categoría, no solo porque dentro del diagnóstico clínico se expresan dentro del cuadro sintomático aspectos psicológicos, como la impulsividad, la baja autoestima o la baja tolerancia a la frustración, entre otros, sino porque este tipo de intervención se ocupa del entorno familiar, escolar, y en el niño desde su condición e individualidad, de ahí que se considere, también, como una estrategia multidimensional (Abad, et al. 2013). Esta se centra entonces en las condiciones internas y externas que afectan su rendimiento académico, socioemocional y conductual.

De manera que la intervención psicopedagógica no se agota en el entorno escolar, pero reconoce el peso del mismo en el desarrollo del trastorno y el tratamiento, como afirma Taylor (1990), “el alumnado con TDAH sigue experimentando dificultades de relación, de aprendizaje y de afectividad en la adolescencia, por lo que también se puede afirmar que posee un mayor riesgo de sufrir problemas y dificultades de aprendizaje, de conducta, entre otros.” (Valda, et al., 2018). Cabe decir que la escuela sigue siendo el escenario donde se advierte de manera recurrente gran parte de los diagnósticos, esto tiene que ver, en gran medida, porque es allí donde se expresan las denominadas “conductas problema”. Otro rasgo de la intervención psicopedagógica es que no reduce el proceso de enseñanza-aprendizaje a la escuela, sino que lo entiende como un proceso continuo, relacionado más con una etapa que con un entorno determinado, lo que da lugar a una apuesta pedagógica permanente que se extiende hasta los padres, cuyo primer reto consiste en la comprensión y entendimiento del trastorno por parte de estos.

En la intervención psicopedagógica se desarrollan diversas estrategias de intervención, donde se pueden identificar varias corrientes, como la cognitivo conductual (que se desarrollará a continuación), que se tiene presente dentro del ítem pedagógico porque pretende formar a padres

y profesores en conocimientos generales sobre el TDAH y procedimientos adecuados para el trabajo con el infante, que en su gran mayoría derivan de los principios del condicionamiento operante (técnicas de modificación de conducta), con el fin de comprender y dirigir mejor los problemas de comportamiento (Arco tirado, et al., 2004).

Por otro lado, se identifica la corriente Cognitiva, cuyo tratamiento se basa en enseñar a los niños y niñas, técnicas de autocontrol y resolución de problemas, para aumentar la autorregulación y captar mejor las instrucciones recibidas por los adultos.

Ahora bien, antes de plantear alguna intervención psicopedagógica con el niño, para mejorar las dificultades de aprendizaje, de conducta o de respuestas emocionales; se debe hacer un chequeo de las funciones ejecutivas del niño, con el objetivo de verificar que, por medio de estrategias psicopedagógicas sí se pueda obtener un mejoramiento y no desgastar al infante, sus padres y profesores, con una estrategia de intervención que no dará resultados, pues se encuentran ante una situación netamente cognitiva.

Después de dicha revisión con los profesionales de la salud aptos para ello, se puede realizar un entrenamiento neurocognitivo, en el cual el niño debe cumplir con un programa de entrenamiento, que le exija realizar tareas en periodos cortos de tiempo y aumentando su dificultad gradualmente (Abad, et al, 2013). A medida que se va observando una mejoría en la respuesta (mejor ejecución de las tareas, en menor tiempo y con menores indicaciones), el docente puede empezar a utilizar otros estímulos, como el auditivo, sin apoyo visual; otras tareas que exijan la determinación de prioridades por parte del niño o actividades que evalúen progresivamente el control de impulsos.

Los niños diagnosticados con TDAH, generalmente presentan un bajo rendimiento escolar durante su vida académica, pero, a pesar de esto, tienen un cociente intelectual dentro de los límites normales o incluso, en algunos casos, de mayor proporción. Lo anterior, puede tener una explicación en la atención, pues la falta de ésta, genera que el infante tenga otros problemas dentro del proceso académico, como es la comprensión, el desarrollo autónomo de actividades o la finalización de las tareas que se emprenden (Abad, et al., 2013). Para mejorar estas dificultades, los docentes pueden ayudar al niño a desarrollar un control motor, coordinación visomotora,

realizar actividades de discriminación visual o realizar técnicas pictográficas, que desarrollan estas falencias en el niño.

Por su parte, el estudio de Arco Tirado, et al. (2004), concluyen que las técnicas aprendidas en el contexto escolar para el mejoramiento del rendimiento académico del niño, deben ser practicadas también en el entorno familiar, para que se repliquen y el infante tenga recordación de lo que debe hacer, además, de no perder el avance alcanzado en las actividades dentro de la escuela.

8.2.4. Terapia cognitivo conductual

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad ha sido abordado por la psicología de una forma significativa, principalmente desde el corriente cognitivo conductual, la cual pretende entender cómo piensa el individuo a cerca de sí mismo, sobre las demás personas y sobre el mundo que los rodea; por lo que la terapia basada en esta teoría permite ayudar a cambiar la forma en la que se piensa y cómo se actúa, buscando que estos cambios sean positivos para el individuo.

Aunque en el apartado de intervención familiar, se ampliaron las estrategias que se ofrecen a los padres y cuidadores, para mejorar las conductas de los hijos por medio de esta terapia, se debe enfatizar en que la cognitivo conductual es de las más tradicionales en el tratamiento del TDAH, en la cual se abordan dos aspectos diferentes. El primero, los padres, donde les enseñan técnicas que les permitan tener habilidades y estrategias para atender a su hijo, principalmente a los menores de 6 años, a quienes el tratamiento farmacológico es más inestable y presenta mayor probabilidad de tener efectos secundarios adversos. El segundo aspecto es el trabajo directo con el niño. Se le enseña a tener nuevas conductas que reemplacen las problemáticas, así como a expresar sus sentimientos de manera más clara y asertiva. Sin embargo, se considera que los niños menores de 9 años, requieren el acompañamiento de los padres, pues es difícil que ellos mismos aprendan estrategias para modificar su comportamiento.

Las terapias conductuales buscan mejorar la competencia social, reducir, tanto los problemas internos del niño, como el estrés parental y la depresión maternal. Se ha demostrado su efectividad en el mejoramiento de rendimiento en la memoria de trabajo y aún se busca evidencia científica que lo respalde como tratamiento óptimo para mejorar la hiperactividad.

Se considera esta terapia como efectiva para reducir los síntomas externos del TDAH y también del Trastorno oposicionista desafiante (TOD), con una valoración favorable,

principalmente en la disminución del estrés parental y conductas agresivas, aumento en competencias sociales y atención, lo que genera que los profesionales utilicen esta opción con mayor constancia (Martínez, et al., 2017).

Se indica que es efectiva para síntomas externos, debido a que la terapia cognitivo conductual, tiene el objetivo de intervenir los síntomas que se pueden identificar explícitamente en el infante, mientras que otras corrientes, como lo son la psicoterapia dinámica, buscan desde el origen, la respuesta al tratamiento del TDAH, pretendiendo encontrar en síntomas no tan exteriores, la causa del síntoma.

Ahora, al adentrarse mejor a la intervención con esta terapia, se encuentra que es indispensable tener objetivos claros en cuanto a los resultados que se esperan obtener con dicha terapia, para seleccionar la mejor estrategia para el niño.

Desde el inicio de la terapia, los padres juegan un papel principal, pues serán los que proporcionen todas las condiciones para llevar a cabo el tratamiento por medio de esta intervención, la cual pretende proporcionar información clara sobre el trastorno que padece el niño, aprender a orientarlo con pautas educativas, establecer hábitos de organización y planificación, propiciar la autonomía con la asignación de pequeñas o medianas tareas (dependiendo de la edad del infante), promover por medio de esta terapia la resolución de problemas y la capacidad para tomar decisiones de manera autónoma (Nieves-Fiel, 2015).

Abordando el trastorno de una manera más específica, la terapia cognitivo conductual ofrece algunas alternativas para los síntomas más característicos del TDAH; por ejemplo, para trabajar las funciones ejecutivas, el psicólogo que practica esta corriente, generalmente recomienda establecer y elaborar un calendario de actividades, que especifique el horario de inicio y finalización de las labores, así como usar herramientas de apoyo como juegos y lecturas.

Para la falta de atención, los profesionales en psicología recomiendan mantener el contacto visual a la hora de dar instrucciones, pedir al niño que repita dichas instrucciones para verificar la comprensión de las mismas y establecer consecuencias de no entregar los compromisos a tiempo. Por su parte, se trabaja el refuerzo positivo o negativo, donde el infante recibe “recompensas” o “castigos” por lograr, o no, los objetivos propuestos previamente con cada actividad.

Cabe anotar que, tanto los tratamientos farmacológicos, como los cognitivo conductuales, apuntan a la disminución de los síntomas descritos para el TDAH; pero basados en la biología, no en una base cultural, familiar y social del niño. Por lo tanto, se cuestiona su efectividad desde la raíz, el diagnóstico. Por lo anterior, hay una oportunidad para tener en cuenta otro tipo de intervención psicológica, la psicoterapia dinámica.

8.2.5. Psicoterapia dinámica

Hasta este punto, se ha manifestado la importancia de una intervención interdisciplinaria para el TDAH, donde se permita integrar las necesidades completas del infante, entendiendo al ser humano como el resultado de la interacción entre el cuerpo, la mente y el ambiente en el cual se desarrolla. Además, se ha cuestionado la manera en que se interviene normalmente dicho trastorno, partiendo desde la postura del psiquiatra, quien intenta caracterizar los síntomas para catalogarlos y poder enmarcar al niño en un trastorno, por lo que se realiza una labor de catalogación, más que de diagnóstico.

Ahora, se pretende analizar el aporte de la psicodinámica a la intervención del TDAH, pues no se trata solo de dar una explicación a la aparición del síntoma y al diagnóstico desde dicha postura, sino también aportar al tratamiento desde otro enfoque psicológico, que no sea cognitivo conductual.

Como bien lo explica Avellón(2013), desde la psicodinámica se puede realizar un aporte significativo frente al TDAH, que no es tan clara bajo otras perspectivas y, esta es, la prevención. El apoyo a la diada madre- bebé, permite una mejor adaptación mutua, que favorezca el proceso de contención y que evite la aparición de la angustia en el momento de la separación, mediante un trabajo sobre el vínculo. Lo anterior, permite que la madre interprete mejor los requerimientos del bebé, pero sin desbordarse por su angustia, trabajando con ella en las etapas evolutivas en las que hay separación entre ellos.

Trabajar en el tipo de apego, también evitará que el bebé desarrolle comportamientos desafiantes (como se presentan en el TDAH), pues un apego seguro le brindará al niño mayores herramientas de socialización cuando la madre no se encuentra y tendrá una mejor representación de sí mismo (Bowlby, 1969 como se citó en Avellón, 2013). EL tipo de apego y la ansiedad de

separación, serán también dos temas relevantes a la hora de intervenir el TDAH desde la psicodinámica, la cual siempre busca una unión entre mente, cuerpo.

Ahora bien, otra propuesta de intervención desde la psicoterapia dinámica es un abordaje terapéutico para toda la familia, por medio de sesiones que permitan descubrir las diferentes causas que predisponen la aparición de los síntomas. En estos espacios, se buscan los aspectos de los padres no resueltos en el hijo, que impiden desarrollar sus verdaderas funciones parentales (Icart, 2007); intervenido este punto, se observa cómo se va desarrollando una mejor interacción entre padres e hijo, poniéndose en el lugar del otro sin “absorberlo”, sino entendiendo la necesidad del niño de llamar la atención de los padres, y éstos, siendo capaz de suplir sus necesidades sin obstruir su autonomía.

Por otra parte, se utiliza la intervención psicomotriz como un recurso que favorece el proceso de simbolización, entendido éste como la capacidad del ser humano de utilizar el mundo exterior y convertirlo en una representación de algo propio. La simbolización es importante en los bebés porque le permite representar a su madre por medio de un objeto, para sentirla cerca aún cuando ella se aleja y, de cierta manera, manejar el dolor y la ansiedad que le produce la separación (Segal, 1989).

Un niño con buena capacidad de simbolización tiene una mejor salud mental y evolutiva, pues dicha capacidad le permite estar en contacto con sus propias emociones y tramitarlas de una manera más sana, incluso cuando son desagradables. Como aseguraba Klein (1930), para desarrollar esta capacidad, es necesario poder tolerar cierta cantidad de angustia y lidiar con la frustración, lo que permitirá en el futuro enfrentar otras situaciones intensas que generen algún sentimiento o emoción negativos.

Cuando el infante no presenta claramente estas capacidades, se puede ayudar a desarrollarlas mediante la intervención psicomotriz, que les permite desarrollar habilidades expresivas, creativas y a relacionarse con los demás y el mundo que les rodea; a partir del cuerpo y el movimiento, estimulando el aprendizaje y la imaginación (Berruezo, 1995). De igual manera, esta terapia ayuda a que el niño sea más consciente de su comportamiento desbordado y lo incite a manejar los límites.

Desde la intervención psicodinámica, se permite la revisión del contexto de cada caso, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento que se propondrá a cada niño diagnosticado con TDAH; primero, porque en la psicoterapia se tienen presente los otros trastornos con los cuales puede coexistir el TDAH, por lo que es muy importante realizar un buen diagnóstico y relación con otros padecimientos según el caso. Asimismo, se tienen en cuenta para el tratamiento, con el fin de no categorizar simplemente al infante como paciente de determinados trastornos, sino decidir la intervención más óptima para cada uno de ellos (si padece varios) y no solo con relación al TDAH.

Como lo plantea Janin(2006), lo fundamental para el tratamiento es detectar el sufrimiento del niño, cuáles son las causas de sus dificultades y a quiénes involucra, pues es diferente la intervención para un infante que se encuentra en un proceso de duelo a quien ha sufrido por situaciones de violencia; pero que, en cualquier de los dos casos, puede presentar comportamientos que los categoricen como pacientes de TDAH y serán intervenidos como tal, sin ser oportuno, si no se realiza el análisis de las vivencias que está presentando el niño y el porqué de su comportamiento.

Es claro que la psicología dinámica tiene aportes importantes dentro del tratamiento para niños con TDAH, sin embargo, es necesario resaltar que, para esta base teórica, existen muchas otras explicaciones sobre el comportamiento de los niños, que van por encima del primer diagnóstico que realiza la psiquiatría, el TDAH. Por lo anterior, no solo es relevante un mayor estudio de este trastorno por parte de la psicología dinámica, sino también de las otras corrientes que lo estudian, para analizar si se están realizando los diagnósticos acertadamente y basados en los síntomas correctos.

9. Conclusiones

Con base en el propósito del presente trabajo, el cual era analizar al TDAH como una problemática compleja que requiere de una atención integral, desde una mirada interdisciplinar, que hagan posible su comprensión biopsicosocial; se destacan las siguientes conclusiones al respecto:

- De igual manera en que el ser humano no está determinado por una sola condición (la fisiológica), sino que es el resultado de lo biológico, psíquico y el contexto; así mismo es el TDAH, en tanto problemática humana; es decir, su condición es un encuentro entre varias disposiciones que se presentan en el niño, que tienen una base genética, emocional, mental y ambiental, por lo que este trastorno debe ser entendido como la combinación de las cuatro condiciones, intervenidas por dos modelos. El fisiológico, en el cual se concluye la existencia de alteraciones genéticas y disfunciones neuropsicológicas, que presentan al TDAH como una enfermedad. Y el modelo psicopatológico, en el que se sitúa la teoría psicodinámica, donde se entiende al TDAH como un síndrome o agrupación de síntomas y donde es relevante la diferenciación de los mismos, pues pueden ser producto de diferentes psicopatologías. En éste, el psicólogo tiene una participación activa, pues es preciso que realice una intervención clínica.

- La psicología cognitivo conductual representa un papel importante en cuanto al tratamiento del TDAH y sus diferentes estrategias para abordar los principales síntomas, permite tener una opción rápida para el manejo de los síntomas externos. Sin embargo, la psicología dinámica busca brindar esta respuesta más allá de los síntomas que se presentan en el TDAH, invitando a un análisis profundo, detallado de todas las variables que pueden influir en el desarrollo de este trastorno, como son, la relación madre o cuidador con el niño, el ambiente en el que convive el niño con las demás personas, la relación con el entorno, entre otros factores; pues esta corriente de la psicología, reconoce al individuo como el resultado de los factores anteriormente mencionados, permitiendo comprender al niño como ser integral, que interactúa con una familia, una academia y un contexto social.

- Si se respeta al niño como ser integral y se estudia al TDAH desde sus múltiples variables, se puede encontrar un tratamiento interdisciplinar y con resultados en todos los aspectos de la vida del niño. Según los hallazgos del presente trabajo, el primer paso no es la intervención,

sino la prevención desde el fortalecimiento de la diada madre- bebé, que propone la psicología dinámica. Asimismo, esta corriente psicológica presenta una intervención no farmacológica para el diagnóstico, por medio de psicoterapia dinámica, en la que se pretenden fortalecer los recursos del niño y su relación con los padres.

- Los padres también deben recibir una intervención familiar, para que aprendan a identificar tanto el posible origen del trastorno como el tratamiento del mismo, logrando un mayor entendimiento de que el niño presenta el síntoma de un trastorno generado o padecido por todo el grupo familiar. De forma paralela, es menester que se realice una intervención psicopedagógica, que permita mantener en la escuela y como se mencionó anteriormente, en la familia, los avances alcanzados con el niño en la psicoterapia. Dicha intervención puede contar con el aporte de las teorías planteadas dentro de la psicología cognitivo conductual, que generen una mejoría de doble vía, tanto en el comportamiento del niño en la escuela, como en familia.

- Comprender las consecuencias personales, familiares y sociales que presentan los infantes, al ser diagnosticados con TDAH y recibir solo atención farmacológica, genera una mayor conciencia de la responsabilidad que tienen los profesionales de la salud al diagnosticar estos niños sin suficientes argumentos y sin un seguimiento exhaustivo de su comportamiento en un contexto determinado, por lo que se espera que se realicen diagnósticos con mayor precisión y detenimiento, así como un tratamientos completos, que permitan intervenir los diferentes aspectos que constituyen al ser humano, refiriéndose a la lectura interdisciplinar, tanto del diagnóstico como del tratamiento para el TDAH, que, reducido tradicionalmente a una cuestión clínica, ha obviado otras perspectivas teóricas y prácticas dentro de la misma disciplina.

- El TDAH debe ser atendido desde una interdisciplinariedad, no solo porque el ser humano es biopsicosocial, sino también por los trastornos comórbidos que pueden presentarse con éste, por lo que un tratamiento completo y a tiempo, puede mejorar la calidad de vida del infante significativamente o, de lo contrario, perjudicarlo en gran medida. Además, cabe analizar si los síntomas son transitorios o de largo plazo, para así evitar involucrar a los niños, padres y maestros en procesos extensos y desgastantes que tal vez no se requieran, sino que puedan ser tramitados con una intervención menos invasiva y con resultados a largo plazo.

10. Referencias

- Abad-Mas L, Ruiz-Andrés R, Moreno- Madrid F, Herrero R, Suay E. (2013) Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista Neurológica*. 57 (1), 193-203.
- Agazzi, E. (2002). El desafío de la interdisciplinariedad: dificultades y logros. *Revista empresa y humanismo*, 5(2), 241-252. shorturl.at/BLZ39
- Arco Tirado, J. L. & Fernández Martín, F. D., & Hinojo L. Francisco J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408-414. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72716312>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A. shorturl.at/bdOS4
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. (R. Restrepo, Trad.) Arlington AV: Asociación Americana de Psiquiatría. shorturl.at/HLQV5
- Avellón, M. (2013). Psicoanálisis y TDAH: el origen de la hiperactividad y los problemas de atención en las vivencias primeras. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*(55), 17-24. shorturl.at/itBE4
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Editorial Gedisa S.A.
- Berenguer, G., Mollá, A., Pérez, P., & Canovas, P. (2001). Los adolescentes como consumidores: la familia como agente de socialización. *Estudios sobre consumo*(58), 1-21. shorturl.at/aM045
- Berger, M. (1999). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención. Un enfoque clínico y terapéutico*. Síntesis
- Bergera, J. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Pautas para el profesorado*. [Trabajo fin de grado para la obtención del Grado en Pedagogía]. Universidad de Navarra. <https://shorturl.at/exAMP>

-
- Berruezo, P. (1995). El cuerpo, el desarrollo y la psicomotricidad". *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*(49), 15-26.
- Bonilla, M. (2019). *TDAH: del diagnóstico DSM al enfoque psicoanalítico*. Medellín: [Trabajo de monografía presentado para optar al título de Especialista en problemas de la infancia y la Adolescencia]. Universidad de Antioquia. <https://shorturl.at/1QX13>
- Bustos, V., & Russo, A. (2019). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. En K. Romero-Acosta, *Ocho Estudios sobre la Salud Mental*, 21, 11-38. Editorial CECAR. <https://shorturl.at/nDVWY>
- Consejo General de la Psicología de España. (2019). *Propuestas alternativas al diagnóstico del TDAH como trastorno mental*. <http://shorturl.at/dvBT0>
- Delgado, I., Rubiales, J., Etchepareborda, M., Bakker, L., & Zuluaga, J. (2012). Intervención Multimodal del tdah: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 11(1), 45-51. <https://shorturl.at/gmzAL>
- Denis, P. (2010). Entre familia y parentalidad: algunas consecuencias de las discontinuidades relacionales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*(49), 79-90. shorturl.at/elrst
- Díez, A., Figueroa, A., & Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8(Supl 4), 135-155. <https://bit.ly/3SwaEg2>.
- Español, S., Bordoni, M., Martínez, M., Camarasa, R., & Carretero, S. (2010). El estudio del Juego en la Infancia. *Actas del I Congreso Internacional, II Nacional y III Regional de Psicología* (págs. 1-9). Universidad Nacional de Rosario. shorturl.at/IRWX0
- Fernández, M. (2002). Teoría del Apego y Psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*(33-34), 5-34. <https://shorturl.at/gnCDM>
- Fossa, P. (2013). La Desorganización Psíquica en el Desarrollo Infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 4(1), 150-159. shorturl.at/gnCDM

- Freud, A. (1973). *Normalidad y patología en la niñez*. Editorial Paidós.
<https://qdoc.tips/queue/freud-anna-normalidad-y-patologia-en-la-niepdf-5-pdf-free.html>
- García, A.; Sanz, P.; Tárraga, R. (2016). Comparación de la eficacia de las intervenciones médica, psicológica, psicopedagógica y combinada en el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH: Una revisión teórica. *ReiDoCrea*, 5, 206-222. <http://hdl.handle.net/10481/42929>
- González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 141-158.
<https://acortar.link/mj0pG9>
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.
<https://acortar.link/loder>
- Hernández, L. (2009). Una visión crítica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *REMO: Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6(16), 43-49.
<https://acortar.link/PRm9KH>
- Icart, A. (2007). Tratamiento del niño hiperactivo a través de la familia. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y el Adolescente*(M2), 31-42. <https://acortar.link/AzpgZM>
- Janin, B. (2006). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41/42, 83-110. <https://acortar.link/XPPM7M>
- Jaramillo, J., Uribe, L., & Rojas, Y. (2016). Psicología Dinámica: epistemología y práctica. El devenir de nuestra profesión. *Revista Poiésis*(31), 274-281. <https://acortar.link/9Nx3Qr>
- Klein, M. (1930). *Importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*. Editorial Paidós.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Ediciones Paidós Ibérica SA. <https://acortar.link/dRpQsm>
- León, M. (2002). *Representaciones sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social: Psicología Social*. Prentice Hall.

- López, F. (2016). *Factores de riesgo psicosocial del TDAH*. [Tesis Doctoral]. Universitat Rovira I Virgili. Unitat de Psiquiatria i Psicologia mèdica. Departament de Medicina i Cirurgia. <https://acortar.link/LgIXNu>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 43-83. <https://acortar.link/VprCz8>
- López-Soler, C., Puerto, J., López-Pina, J., & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología*, 25(1), 70-77. <https://acortar.link/WomOXG>
- Martínez, A., Romera, M., De Labry, A., & Mena, Á. (2017). Tratamientos basados en la evidencia para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Boletín Psicoevidencias*(49), 1-23. <https://acortar.link/QI5UWo>
- Menéndez, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 145-150. <https://acortar.link/R3dLFh>
- Muñoz, A. (2006). La familia como contexto de desarrollo Infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Revista Portularia*, 5(2), 147-163. <https://acortar.link/FdxD6e>
- Muñoz, J., Palau, M., Salvadó, B., & Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. 22(2), 184-189. <https://acortar.link/hiToN1>
- Naciones Unidas [NU]. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. 1946-2006 *Unidos por la infancia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). <https://acortar.link/4pIss>
- Nieves-Fiel, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(2), 163-168. <https://acortar.link/XcQahd>
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Desarrollo humano*. (O. Jurksaitis, & G. Villamizar, Trads.) McGraw-Hill. <https://acortar.link/Erb6l3>

-
- Peláez, G. (2009). Hiperactividad: ¿síntomas o trastorno? ¿de qué o de quién? *Revista Electrónica Psyconex*, 1(2), 1-17. <https://acortar.link/iOkrAS>
- Pérez, V. (2018). *Identidades presentes en el discurso del joven cervantino*. Bogotá, D.C.: [Tesis de grado para optar al título de Magíster en Educación]. Universidad Pedagógica Nacional. <http://acortar.link/vzqlvg>
- Poch, J. (1989). *Psicología dinámica*. Editorial Herder.
- Rodrigo, M., & Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Alianza Editorial.
- Rodrigo, M., Martín, J., Cabrera, E., & Máiquez, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18(2), 113-120. <https://acortar.link/Q2Xhot>
- Rodríguez, T. (1997). Interdisciplinaridad: aspectos básicos. *Aula Abierta*(69), 3-21. <https://acortar.link/6u446G>
- Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 24(93), 52-80. <https://acortar.link/6ROrJq>
- Ruiz, D., García, M., Peña, P., & Ruiz, H. (2011). Representaciones sociales en el aprendizaje de la matemática. *Revista Educere*, 15(51), 439-449. <https://acortar.link/tqz3Nw>
- Sallés, C., & Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social*(49), 25-47. <https://acortar.link/iJrIQa>
- Segal, H. (1989). *Un enfoque kleniano de la práctica clínica*. Amorrortu.
- Suárez, J., & Trujillo, E. (2020). *Estudio de revisión teórica: el impacto del diagnóstico de TDAH en el entorno familiar*. [Trabajo de Fin de Grado de Maestro en Educación Primaria]. Universidad de la Laguna. <https://acortar.link/kVSo2x>
- Trujillo-Orrego, N., Pineda, D., & Uribe, L. (2012). Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (I). *Revista de Neurología*, 54(5), 289-302. <https://acortar.link/t4kSBO>

-
- Valda, V., Suñaga, R., Coaquira, K. (2018). Estrategias de intervención para niños y niñas con tda h en edad escolar. *Revista de intervención psicológica*, 20, 119-134. <http://acortar.link/Ig9KgQ>
- Vallés, A. (1998). *Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica: lectura, comprensión lectora, escritura, lenguaje oral, matemáticas atención y comportamiento*. Promolibro.
- Vanegas, J. (2006). *Categorías Teóricas de la Psicología Dinámica*. <https://acortar.link/xTXWIY>
- Vargas, Á., & Parales, C. (2017). La construcción social de la hiperactividad. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 245-262. <https://acortar.link/F2kyAU>
- Velasco, R. (2009). ¿Qué es el Psicoanálisis Relacional? *Clínica e Investigación Relacional (CeIR)*. *Revista electrónica de Psicoterapia*, 3(1), 58-67. <https://acortar.link/EF9LmU>
- Vélez-Álvarez, C., & Vidarte, J. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(2s), 113-128. <https://acortar.link/VX0TY4>
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://acortar.link/U4sBEB>