



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: UNA PERSPECTIVA
PSICOANALÍTICA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Psicología Clínica

Presenta:

Lic. Natalia Aguilar Metaca

Dirigido por:

Mtra. Lucía Cuellar Torres

SINODALES


Mtra. Lucía Cuellar Torres
Presidente

Mtra. Julia Velázquez Ortega
Secretario

Mtra. Betzabed Palacios Gutiérrez
Vocal

Mtra. Ma. Eugenia Venegas Fernández
Suplente

Mtra. Susana Rodríguez Márquez
Suplente



Mtro. Jaime Eleazar Rivas Medina
Director de la Facultad



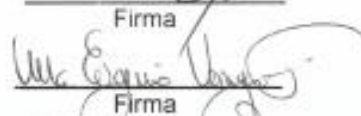
Firma



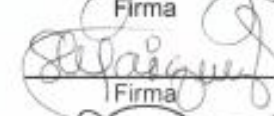
Firma



Firma



Firma



Firma



Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Posgrado

RESUMEN

En la presente investigación se hace una revisión del padecimiento conocido como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con el fin de conocer los fundamentos teóricos y el tratamiento que se proponen desde las perspectivas psiquiátrica, neurológica y psicopedagógica respectivamente. También se revisan las propuestas que algunos teóricos del psicoanálisis hacen en torno a la conformación de los síntomas en los niños y al papel que juega el cuerpo en la constitución subjetiva. Finalmente se analizan algunas características del vivir y el pensar en la época postmoderna así como publicaciones importantes hechas en torno al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

El objetivo de dichas revisiones y análisis es dilucidar si el campo clínico del psicoanálisis puede aportar una perspectiva sustentada sobre la causa y el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, diferente a las que han sido propuestas por la psiquiatría, la neurología y la psicopedagogía, mismas que se encargan principalmente de su abordaje. Así mismo se intenta mostrar el papel que juegan diversas particularidades del vivir y el pensar en la época postmoderna en la conformación y sostenimiento de los síntomas cardinales de dicho padecimiento.

Se encontró que el psicoanálisis posee elementos teóricos y prácticos importantes que pueden sostener que dicho padecimiento no necesariamente tiene un origen orgánico tal y como lo plantean las diversas especialidades citadas., sino que está relacionado con la experiencia subjetiva de la constitución de cada sujeto. Los síntomas cardinales que conforman al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad pueden estar claramente sostenidos en manifestaciones tales como la falta de límite en la realización del deseo, el poder de la industria farmacéutica en la sociedad y la falta de subjetivación del conocimiento, como parte de los elementos característicos del vivir y le pensar en la actualidad.

Palabras clave: constitución subjetiva, experiencia subjetiva, subjetivación

SUMMARY

An illness known as Attention Deficit Disorder will be reviewed In this investigation in order to know the theoretical fundamentals and the treatment proposed from psychiatric, neurological and psicopedagogical respectively. It also reviews the proposals that some psychoanalysis theorists make on the formation of symptoms in children and the role the body plays in the subjective construction. Finally some features of living and thinking in the postmodern era are analyzed as well as important publications about Attention Deficit Disorder with Hyperactivity.

The purpose of such review and analysis is to know whether the clinical field of psychoanalysis can offer a perspective based on the cause and treatment of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, different from those that have been proposed by psychiatry, neurology and psicopedagogical which are mainly responsible for their approach. Likewise, it attempts to show the role of diverse living and thinking or the postmodern era in the formation and maintenance of the cardinal symptoms of this condition.

We found that psychoanalysis has important theoretical and practical elements that can assure that this condition does not necessarily has to have an organic origin as mentioned in the diverse medical specialties mentioned above, but are rather related to the experience of the subjective constitution of each person . The cardinal symptoms that comprise the Attention Deficit Disorder with Hyperactivity can be clearly held in events such as the lack of limits on the desire's performance, the power of the pharmaceutical industry in society and lack of knowledge subjectification as part of the typical features of today's living and thinking

Key words: Subjective construction, subjectification

DEDICATORIAS

- **A Julio César: por tu incondicionalidad y profundo amor. Tu compañía y tu confianza han hecho que esto sea posible.**
- **A Constanza, *in memoriam*: eres parte fundamental de todo esto; te amo.**
- **A Nicolás y Matías: son la manifestación del amor más puro e inagotable; hacen que todo valga la pena.**
- **A mi Madre: por estar y acompañarme, por tu amor.**

AGRADECIMIENTOS

En la preparación de esta Tesis se recogieron las opiniones de Coordinadores y Docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro.

En particular, agradezco a la Mtra. Lucía Cuéllar por su valiosa asesoría y guía para la realización de esta investigación.

INDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Indice	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	5
CAPÍTULO 1	5
El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad desde las perspectivas psiquiátrica, neurológica y psicopedagógica.	5
1.1 El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Enfoque psiquiátrico	5
1.2 El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Enfoque Neurológico	22
1.3 El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Enfoque Psicopedagógico	29
CAPÍTULO 2	41
Psicoanálisis, Postmodernidad y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	41
2.1 Psicoanálisis: Constitución Subjetiva y Síntoma	41
2.2 Postmodernidad: uno de los sustentos sintomáticos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	76
III DISCUSIÓN	93
LITERATURA CITADA	96

I. INTRODUCCION

A pesar de las dificultades que implica hablar de las probables causas de los síntomas que componen una patología psiquiátrica desde la perspectiva psicoanalítica, es importante intentarlo porque cada vez es más frecuente en la clínica con niños recibir pacientes remitidos por psiquiatras, neurólogos y psicopedagogos, diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.

A pesar de que el Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad es un padecimiento psiquiátrico que alude a dificultades cognitivas y conductuales, especialistas de diferentes ramas de la salud mental recurren a la psicoterapia y al psicoanálisis para que los problemas emocionales relacionados con este padecimiento, sean atendidos. Aunque los niños diagnosticados con este trastorno presentan síntomas comunes, al observar éstos a la luz de algunos fundamentos psicoanalíticos, pueden detectarse importantes diferencias entre sí, relacionadas con diversos conflictos inconscientes, resultado de sus historias subjetivas particulares.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad aparece como entidad nosológica psiquiátrica en 1980, sufriendo desde entonces, continuos cambios en los criterios necesarios para su diagnóstico. Aún cuando es de esperarse que los trastornos mentales psiquiátricos cambien paulatinamente a lo largo de la historia, tanto en su prevalencia como en los criterios que los definen, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ha presentado constantes y sustanciales modificaciones en los últimos 20 años, tanto en sus nociones de abordaje, como en el número de niños que son diagnosticados con dicho padecimiento.

Paralelamente a mi formación como psicóloga clínica he tenido la oportunidad de trabajar durante varios años tanto en instituciones educativas, principalmente de nivel primaria, como en clínicas de valoración psicopedagógica y ha sido interesante conocer que un altísimo porcentaje de niños que presentan dificultad para el aprendizaje, inquietos y con dificultades en la relación con la autoridad son diagnosticados con facilidad con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Es alarmante saber que el 10% de la población escolar general cursa con problemas de aprendizaje, y el 5% de ellos han sido diagnosticados con dicho padecimiento. Actualmente en México, se reportan un millón seiscientos mil niños con diagnóstico de TDAH, mismos que son medicados con psicoestimulantes como el metilfenidato, pemolina, imipramina, inhibidores de la Mao y neurolépticos.

Las claras divergencias en la manera en que las diferentes especialidades de salud mental establecen el diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención, así como los cada vez más exigentes y competitivos sistemas escolares, han propiciado que últimamente aumente considerablemente el número de niños que son etiquetados como poseedores de este trastorno, aún cuando sus dificultades principales son emocionales o de aprendizaje.

A pesar de que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un diagnóstico principalmente descrito por la psiquiatría, también la neurología y la psicopedagogía lo han abordado ya que la complejidad y la diversidad de los síntomas que lo caracterizan pueden implicar el conjunto de uno o varios aspectos: fisiológicos, educativos y emocionales.

La controversia que se ha desatado en torno a dicho padecimiento tiene que ver con los intentos que cada disciplina ha tenido por demostrar el origen y el tratamiento más adecuado. La psiquiatría y la neurología fundan su diagnóstico en causas orgánicas y la psicopedagogía por su parte en dificultades constitucionales que impiden una adecuada forma de aprendizaje.

Sin embargo, parece que la psicología clínica ha tenido poco que aportar en torno al origen y tratamiento de dicho padecimiento, sus especulaciones giran alrededor de las descripciones que hacen las disciplinas médicas y el tratamiento en lo general está encaminado a hacer modificaciones cognitivo-conductuales desde lo externo, desde el entorno.

Es muy común encontrarnos con maestros que siguen indicaciones específicas acordadas con el terapeuta, para dirigirse a los niños que han sido diagnosticados con TDAH. Entre ellas se usa sugerir que se les permita realizar los exámenes de manera oral en lugar de escrita, que se les permita hacer uso de tablas o fórmulas para responder a evaluaciones de cuestiones numéricas, que se les permita salir de vez en cuando del salón de clase a dar una vuelta, que estén sentados en un lugar libre de estímulos distractores y en la parte de enfrente del salón, etc. Es decir, una de las cuestiones de peso que deberán ser llevadas a cabo para la modificación del síntoma es un abordaje y una concepción desde el afuera, desde el entorno hacia el paciente.

Sin embargo, se ha abordado poco la posibilidad de hacer cuestionamientos en torno a lo que cada niño (paciente) con su propia historia subjetiva, puede aportar para la comprensión de su síntoma. Este es uno de los motivos que me llevaron a realizar la presente investigación.

La primera parte de este estudio consiste en hacer una revisión general de las visiones psiquiátrica, neurológica y psicopedagógica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tomando las aportaciones que cada una de estas ramas de la salud mental ha brindado a la comprensión de este padecimiento.

La segunda parte de este estudio consiste en:

a) Hacer una revisión general de lo que algunos teóricos del psicoanálisis han aportado al conocimiento de cómo se constituye un niño y por tanto, de cómo hace síntoma y de la manera en la que está directamente relacionado con su historia. Se describirán algunas inferencias en torno a la especificidad de cada uno de los síntomas que constituyen al TDAH: déficit de atención e hiperactividad-impulsividad, y a su forma de manifestarse según en enfoque psicoanalítico.

b) Ahondar en algunas consideraciones que constituyen el vivir actual y la manera en la que influyen y sostienen a cada uno de los síntomas del TDAH con el intento de mostrar el aspecto social de dicho padecimiento psiquiátrico.

El presente trabajo no busca generar controversias entre estas disciplinas, ni mucho menos luchar por la supremacía del saber. Tampoco pretende buscar el origen de este padecimiento, ni hacer una traducción del trastorno psiquiátrico a términos psicoanalíticos, ya que esto resultaría imposible pues los fundamentos epistemológicos de las disciplinas son diferentes. Con esta investigación se pretende propiciar el conocimiento de una perspectiva diferente a la que se remite en la generalidad a dicho padecimiento, al tiempo en que se aborda la especificidad sintomática.

Me parece que puede ser benéfico para la clínica con niños incluir en los diversos modelos psiquiátrico, neurológico y psicopedagógico, la opción de pluralidad y complejidad con que el psicoanálisis intenta conocer el pensamiento y el comportamiento humano, en lugar de seguir apartándolo del camino de este padecimiento por la idea de que no tiene nada que aportar.

CAPÍTULO 1

EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DESDE LAS PERSPECTIVAS PSIQUIÁTRICA, NEUROLÓGICA Y PSICOPEDAGÓGICA.

El presente capítulo tiene como fin exponer de una manera global aquello que se plantea sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la actualidad con el fin de que en lo sucesivo se pueda articular con algunas propuestas teóricas que se hacen desde el psicoanálisis. Se expondrán los lineamientos específicos para dicho trastorno especificados en el DSM-4 con el fin de mostrar el enfoque que maneja la psiquiatría, así como también la evidencia que se da desde las neurociencias. Se mostrarán también algunos datos sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento que propone la psicopedagogía para dicho trastorno y el íntimo lazo que hay entre ésta y las ciencias médicas.

1. El Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad: Enfoque Psiquiátrico

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV de la Asociación Psiquiátrica Americana incluye al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el apartado referente a Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. La siguiente exposición incluye cifras y datos obtenidos de dicho manual.

Según el DSM-IV¹, los niños o adultos con trastorno por déficit de la atención con hiperactividad presentan las características comportamentales de la impulsividad (o hiperactividad motora), las características cognitivas del déficit de atención (p. ej., desatención y distractibilidad) o ambas.

¹ DSM-IV (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*, Barcelona: Masson

Aunque actualmente se considera que el trastorno afecta a personas de cualquier edad, la mayor parte de las investigaciones se han centrado en niños y adolescentes.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se identificó por primera vez a gran escala a comienzos del siglo 20, cuando los niños que padecían encefalitis desarrollaron síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. Niños impulsivos se han etiquetado con “lesión cerebral mínima” (aunque no haya pruebas directas de la existencia de tal lesión), “disfunción cerebral mínima” (aunque las lesiones neurológicas francas pueden producir disfunciones semejantes), “síndrome hipercinético” (aunque no sólo está afectado el sistema motor) y “síndrome de hiperactividad” (aunque el 50% de todos los niños varones son calificados como hiperactivos por padres y profesores).

La terapéutica con psicoestimulantes de los trastornos de conducta es uno de los tratamientos psicofarmacológicos más antiguos y acreditados.

A pesar de los 60 años transcurridos desde que se identificó el TDAH y se comenzó a tratar con psicoestimulantes, a menudo se “diagnostica” en la práctica clínica después de obtener una buena respuesta en un ensayo empírico con medicamentos psicoestimulantes.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede considerarse como un grupo de problemas relacionados con el manejo de la conducta, o como un trastorno con una vía fisiológica final común. Desde el punto de vista clínico, ambos modelos son útiles.

Descripción Clínica

Los síntomas principales consisten en hiperactividad motora, impulsividad y desatención. Estos síntomas se subrayan en el DSM-IV y a menudo se consideran como los síntomas “nucleares”.

La clasificación del DSM-IV propone varios tipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

- a) “con predominio del déficit de atención”,
- b) “con predominio hiperactivo-impulsivo” y
- c) “combinado” que permiten designar bajo la etiqueta diagnóstica del trastorno a tres de los complejos somáticos más destacados.

Cada uno de estos tres “tipos” parece tener un pronóstico y una respuesta al tratamiento psicosocial diferente; por tanto, es necesario realizar una valoración clínica por separado del déficit de atención y de la hiperactividad-impulsividad.

También se incluye al:

d) “trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado” que subsume cuadros similares al trastorno por déficit de atención con hiperactividad que no cumplen los criterios diagnósticos. Aunque podría tratarse de un diagnóstico de comodidad (útil para el papeleo burocrático), más que un trastorno biológicamente diferenciado, los investigadores, mediante el uso de electroencefalografía (EEG) cuantitativa y los potenciales evocados de respuestas, han hallado características electrofisiológicas que diferencian este tipo no especificado de las tres formas principales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Kuperman y cols 1996).

En cuanto a la descripción clínica de la hiperactividad el DSM VI menciona que las evaluaciones en ambiente natural con niños con TDAH

muestran por lo general que su actividad motora es elevada en diversos ámbitos (Porrino y cols., 1983)

Por ejemplo, en situaciones en donde cabe esperar que la actividad de todos los niños sea elevada (en el comedor, en el recreo, en el gimnasio), sus niveles son cuantitativamente similares a los de los niños que no sufren este trastorno; en cambio son muy diferentes de los niños “normales” cuando se trata de actividades estructuradas en la escuela; incluso cuando están más quietos, su actividad es excesiva. La actividad motora permanece elevada durante el sueño, lo cual sugiere que la “atención” no es el área deficitaria primaria o central.

Aunque las personas con TDAH tienden a mostrarse sintomáticas en la mayoría de los ambientes, los síntomas pueden variar considerablemente con la estructura ambiental, la estimulación sensorial y el estado emocional, así como con factores fisiológicos, como la situación general de alerta, el hambre y la falta de sueño. Por ejemplo, muchos niños experimentan más estimulación ambiental y “presión” afectiva en la escuela que en casa, y esta mayor hiperactividad e impulsividad es particularmente evidente en el aula y en los lugares de trabajo, donde se espera que las personas inhiban sus impulsos físicos y mentales.

Aunque en el DSM-IV se hace hincapié en los tres síntomas principales, el funcionamiento patológico se observa también en la motivación, la emotividad, el control de la ira y la agresividad. La falta de cumplimiento de instrucciones o planes, el “olvido” en traer los “deberes” o el material de estudio solicitado, el abandono de los objetivos y del curso de la conversación, la menor capacidad para formular un plan que requiera acciones secuenciales, los problemas al realizar tareas múltiples y otros síntomas de “desorganización” son comunes en los pacientes que sufren TDAH. Aunque en el DSM-IV se consideran “características asociadas” del trastorno, la falta de motivación y la dificultad para organizarse provocan en muchos casos más interferencias que los síntomas “nucleares”.

La impulsividad emocional se pone en evidencia sobre todo en las reacciones de ira y conducta agresiva. Estos síntomas pueden desencadenarse regularmente en respuesta a una mínima provocación.

La conducta exploratoria puede parecer “agresiva”, con búsqueda perentoria de nuevos lugares y cosas. Al entrar en una habitación, el niño puede comenzar de inmediato a tocar los objetos y subirse a los muebles. Estas inclinaciones “exploradoras” pueden llevarle a manejar los objetos con rudeza y romperlos accidentalmente, introducirse en lugares inseguros, sufrir lesiones físicas, incluso con fracturas óseas, ingerir productos tóxicos accidentalmente. Pueden producir daños en las propiedades sin intención maliciosa (esto es, capacidad destructiva no debida a la ira).

No todos los niños con TDAH presentan problemas comportamentales, de hiperactividad o agresividad excesiva. A diferencia de los niños con predominio de hiperactividad, el niño con predominio de déficit de la atención muestra una conducta más manejable, ligera ansiedad y timidez, más lentitud y somnolencia, menos impulsividad, menos trastornos y problemas conductuales y más trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Es interesante hacer notar que existen diferencias en los síntomas entre hombre y mujeres. Se ha observado que las niñas suelen tener menos impulsividad y trastornos de conducta en comparación con los niños. También se ha descrito que las niñas con este trastorno sufren más temor, depresión, cambios del estado de ánimo, dificultades cognitivas y problemas del lenguaje, en comparación con los niños afectados.

Por otro lado, también se ha propuesto la alteración del sentido del tiempo como una característica común del TDAH, aunque este rasgo ha recibido relativamente poca atención. Esta alteración junto con otras características del

trastorno, podría contribuir (aunque independientemente de las dificultades en matemáticas y secuenciación) a la mala planificación, los retrasos, la dificultad para corregir la autorregulación, los errores de bulto al juzgar sucesos pasados o recientes y la genuina sorpresa ante evoluciones inesperadas.

Los bruscos cambios de atención y los breves fogonazos de experiencias conducen a un cambio constante y a una visión deformada del mundo. Las experiencias inconexas pueden alterar la capacidad para formar cogniciones complejas, responder emocionalmente y aprender normas sociales. En algunos casos, la diversificación de la atención parece complicar el aprendizaje de las emociones humanas y el pensamiento complejo.

Aunque el déficit de atención y la impulsividad-hiperactividad son actualmente las dos dimensiones que sirven para definir el TDAH en el DSM-IV, los déficits de organización, los problemas de motivación el trastorno del sentido del tiempo merecen más atención clínica.

Etiología y mecanismos

En el DSM IV se menciona que no hay evidencia de que sólo haya un déficit de atención o que un solo mecanismo cerebral sea responsable de todas las manifestaciones del TDAH. No hay pruebas de que exista una alteración genética única o un mecanismo específico de transmisión genética en este trastorno; es probable que el componente hereditario acabe catalogándose de poligénico. Diversas etiologías y distintos lugares de acción de los psicoestimulantes pueden ser relevantes para los diferentes individuos afectados.

a) Desde el costado de la genética se propone la existencia de una fuerte influencia genética. Se han hecho hallazgos de que el trastorno aparece en determinadas familias que lo transmiten simultáneamente con otros trastornos psiquiátricos, de tal modo que el trastorno forma agrupaciones con ciertos cuadros

psiquiátricos que se transmiten conjuntamente en algunas familias. Diferentes factores genéticos pueden intervenir en la etiología de las distintas características del TDAH o de sus características asociadas. En algunas familias se ha identificado un patrón hereditario de gen único (región 20p11-p12), autosómico dominante e influido por el sexo. Otro mecanismo genético que parece relevante en el TDAH es el receptor de la dopamina D4. Estos hallazgos sugieren una relación específica entre la patología del receptor D4 y la menor respuesta postreceptor a la dopamina postsináptica en el TDAH. La genética del transportador de la dopamina es otra posible clave para comprender este trastorno.

b) Por otro lado existen diversos factores médicos generales que pueden conducir a la aparición del TDAH, o de síntomas semejantes; infecciones estreptocócicas, resistencia generalizada a la hormona tiroidea, hipertiroidismo, hambre ordinaria y, a veces, estreñimiento. Ciertos medicamentos psiquiátricos pueden simular el trastorno al inducir ansiedad, agitación a cambios maníacos, activación de la conducta o desinhibición. Dichos medicamentos son psicoestimulantes, antidepresivos, carbamacepina, valproato, benzodiazepinas y fenobarbital, además de sustancias como la cafeína o la teofilina.

La alimentación es un factor crítico para el desarrollo del sistema nervioso central. La malnutrición temprana grave es probablemente la causa más común de TDAH en todo el mundo. Entre los niños que sufren malnutrición grave durante el primer año de vida, el 60% presentan déficit de atención, impulsividad, hiperactividad, rasgos que persisten al menos hasta la adolescencia.

Otras de las causas que llevan al TDA en la infancia son la malnutrición en edad temprana, algunos trastornos neurológicos, anoxia perinatal, bajo peso al nacimiento, etc.

Diagnósticos Erróneos

Según el DSM IV existen trastornos semejantes al TDAH en donde se incluyen el negativista desafiante, el trastorno disocial, el trastorno bipolar, el trastorno de Gilles de la Tourette, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno por abuso o negligencia e incluso el trastorno depresivo mayor.

Comorbilidad

Además del diagnóstico de TDAH se puede presentar en conjunto con el trastorno disocial, trastorno de tics, trastorno generalizado del desarrollo, agitación psicótica, trastorno del estado de ánimo y pensamiento y factores psicosociales.

Curso y Pronóstico

El TDAH puede diagnosticarse hacia los 36 meses de edad, pero habitualmente resulta difícil reconocerlo antes de los 5 años, dado que a partir de los 24 meses aproximadamente la fase normal del desarrollo se caracteriza por hiperactividad primaria, donde las exigencias de quietud física son mayores, la comparación con los compañeros es más fácil y existe una mayor estimulación del grupo.

Se afirma que los individuos con TDAH experimentan las dificultades de adaptación más importantes de su vida durante los años de disciplina escolar, en parte porque no tienen todavía libertad para elegir aquellas áreas de aprendizaje y trabajo que se vean menos afectadas por sus síntomas cognitivos y conductuales. Además las dificultades académicas de las infracciones conductuales, los niños con TDAH en edad escolar pueden hallarse significativamente afectados en sus logros escolares.

El componente de hiperactividad motora del trastorno mejora a menudo durante la niñez y el comienzo de la adolescencia. En general los síntomas de

hiperactividad mejoran notablemente y la impulsividad disminuye, pero el déficit de atención no mejora

Se estima que la prevalencia del TDAH declina aproximadamente en un 50% cada 5 años hasta los 25 años, independientemente del tipo y la duración del tratamiento.

Globalmente, lo más frecuente es que el TDAH evolucione hacia la normalidad clínica. Sin embargo, la psicopatología mayor y de carácter duradero está representada exageradamente en los pacientes con TDAH considerados en grupo. El trastorno de personalidad antisocial en el adulto constituye la evolución más grave del TDAH.

Es probable que el alto riesgo de evolución antisocial se concentre en los niños con TDAH que presentan un trastorno disocial comórbido; el TDAH sin agresividad no parece evolucionar hacia problemas de conducta, agresividad o conducta antisocial en el adulto. En niños cuyos síntomas prosiguen hasta la edad adulta, su curso a esta edad tiende a estabilizarse o a mejorar gradualmente con el tiempo.

En el curso real y en el pronóstico del trastorno en un paciente determinado dependen de la etiología del proceso, así como de otros factores individuales, incluida la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos. Los síntomas tienden a mejorar gradualmente con el paso del tiempo si no se complican por otros factores.

La baja autoestima, la alteración de las habilidades sociales, los problemas importantes de conducta, la agresividad, la personalidad antisocial y la criminalidad son complicaciones probables (o características de trastornos comórbidos) más que síntomas nucleares del trastorno.

Las complicaciones en el funcionamiento de la familia son prácticamente inevitables. Un niño con TDAH es probable que influya sobre la satisfacción de los padres, la armonía conyugal y el desarrollo de los hermanos. Los estudios de observación conductual indican que los padres tienden a mostrar más ansiedad, controlar, dirigir, establecer normas y dar respuestas negativas a sus hijos con TDAH; sin embargo, al menos parte del comportamiento de los padres se debe al difícil comportamiento del niño.

Las respuestas de los padres y hermanos frente a la conducta del niño con TDAH pueden fácilmente agravar el curso del trastorno. Debido a la transmisión genética, los padres de los niños con TDAH sufren también a menudo de procesos ellos mismos. El trastorno de un progenitor puede ser un modulador psicosocial de la intensidad de los síntomas del niño

El tratamiento con estimulantes de un progenitor con este trastorno puede producir una mejoría clínicamente significativa de los síntomas del niño. Alternativamente, no tratar a los padres o al niño puede ser un factor limitante para la mejoría clínica de ambos. Como ocurre en muchos trastornos, el tratamiento concomitante del niño y de la familia suele ser un factor ventajoso importante para el abordaje del TDAH en un niño. En general, las complicaciones interpersonales y sociales del trastorno pueden ser complejas, incluso en los casos relativamente leves.

Evaluación y Diagnóstico Diferencial

Con respecto a la realización del diagnóstico del TDAH el DSM IV propone que es básico realizar una valoración psicodinámica, psicosocial y del desarrollo individual y familiar. Hay que prestar especial atención a los informes sobre los cursos y la conducta escolares (incluida la conducta en el comedor), así como la historia laboral, trastornos concomitantes de aprendizaje (o trastornos de las habilidades motoras o de la comunicación), trastornos psiquiátricos importantes, funcionamiento y trato sociales, historia obstétrica (consumo materno

de alcohol, hiperactividad fetal, lesiones prenatales o perinatales), residencia de la familia (exposición al plomo de pintura o a la contaminación del tráfico), historia psiquiátrica familiar (incluido el tdah) antecedentes médicos familiares (enfermedades tiroideas), uso de medicamentos (barbitúricos, benzodiazepinas, estimulantes, carbamacepina), historia infantil de abusos o negligencia y riesgos potenciales de abusos de medicamentos por parte del paciente o de los familiares. Es adecuado realizar una valoración psiquiátrica completa si hay un trastorno disocial, agresividad o historia psiquiátrica familiar de trastornos del estado de ánimo o psicosis. Las fuentes esenciales de información son el paciente, los padres, los profesores y el pediatra.

Las pruebas escolares y, a menudo, la evaluación neuropsicológica son útiles para juzgar logros académicos, inteligencia, funcionalismo cortical, atención, impulsividad y habilidades evolutivas (incluidos síntomas de aprendizaje, habilidades motoras y trastornos de la comunicación).

El TDAH se diagnostica a menudo en asociación con trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno bipolar y trastornos del aprendizaje. El diagnóstico diferencial ofrece también dificultades debido a la elevada comorbilidad de trastornos neurológicos y a la extensa similitud fenomenológica con otros trastornos psiquiátricos y con la conducta normal.

Tratamiento

En el DSM IV se propone que son útiles diversos tipos de tratamiento; generalmente es necesario recurrir a enfoques multimodales y secuenciales.

El abordaje ambiental ayuda a mantener un mejor control sobre la impulsividad y la agresividad y proporcionar un sentido de control y una base para la autoestima. Las medidas ambientales pueden consistir en modificar el medio familiar y laboral o escolar para reducir los estímulos y las distracciones.

En casa, se puede aconsejar a los padres que dispongan espacios tranquilos decorados con muebles simples y colores apagados, guardar los juguetes en el armario, permitir la visita de un solo amigo a la vez, evitar los supermercados y las fiestas y estimular la ejecución de ejercicios motores finos (por ejemplo, puzzles). En el ámbito laboral hay que procurar que los adolescentes o adultos utilicen un despacho pequeño y tranquilo, sin compañeros, tener o efectuar un mínimo de visitas, evitar las charlas o el contacto visual con las personas que pasan y tener pocas interrupciones telefónicas. El ambiente de trabajo debe ser despejado y sin distracciones, con pocas ventanas y sin nevera, radio o televisión en las cercanías, como tampoco máquinas ruidosas. Estas recomendaciones no se han valorado en estudios controlados, pero suelen ofrecerse y tienen valor clínico.

Con respecto al ámbito escolar generalmente es necesario recurrir a la enseñanza especial, pues los niños con TDAH alcanzan típicamente logros académicos inferiores a los esperados en su curso escolar, incluso después de tener en cuenta su C.I. En la escuela el acomodo que ofrece ventajas consiste en un aula pequeña, actividades en grupos reducidos, selección cuidadosa de la ubicación del asiento para minimizar las distracciones, proporción profesor-alumno elevada, ambiente tranquilo, estructura rutinaria y predecible, tutoría individual y uso de una sala con material didáctico. A veces es útil hacer algunos arreglos para supervisar o modificar los ratos de recreo, las clases de gimnasia, los viajes en autobús o la estancia en el comedor. Para llevar a cabo cuidadosamente las transiciones a nuevas escuelas y el paso de un programa a otro diferente, es necesario prever las dificultades administrativas y planificar los detalles. Es esencial informar a los directivos de la escuela sobre los puntos fuertes y los problemas del niño, su autoestima, habilidad social y medidas ambientales que pueden ser útiles, así como escribir con regularidad informes del personal docente sobre la conducta y el rendimiento académico del niño. Puede desarrollarse un plan educativo individualizado de acuerdo con la escuela, para facilitar las

modificaciones que se han de realizar en clase, quizá simultaneado con intervenciones para afrontar determinados trastornos de aprendizaje.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los psicoestimulantes siguen siendo el tratamiento de elección en el TDAH.²

El tratamiento medicamentoso puede continuar durante varios años, siendo necesario realizar ajustes periódicos de las dosis para compensar los cambios en el peso corporal, las variaciones del estrés ambiental o debidas al desarrollo, o a las modificaciones metabólicas.

Los efectos de los psicoestimulantes en este trastorno incluyen una mejoría clínica en los síntomas de impulsividad, hiperactividad, desatención y labilidad emocional.

Además de ayudar a reducir el déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad, el tratamiento con psicoestimulantes puede conducir a una mejoría persistente en el trato social y en las actitudes hacia uno mismo.

Aunque los psicoestimulantes por sí solos permiten tratar los síntomas nucleares del TDAH, no bastan para influir sobre los déficit en el desarrollo del Yo y cognitivos que existían antes del tratamiento medicamentoso, ni tampoco sobre los trastornos biopsiquiátricos concomitantes o sobre las influencias ambientales y el funcionamiento adaptativo. Es probable que sean necesarios múltiples métodos de tratamiento con enseñanza especializada y ayuda psicológica, para establecer una evolución normal.

En otras dimensiones, en el tratamiento del TDAH, diversas intervenciones psicosociales resultan útiles para apoyar al paciente y a sus familiares a aliviar algunos de los problemas que se asocian previsiblemente con

² Los efectos secundarios del tratamiento con psicoestimulantes serán especificados mas adelante.

el trastorno. También es necesario informar a los miembros de la familia sobre este trastorno, su tratamiento y la conducta a seguir.

Habitualmente es posible “entrenar” a los familiares en las técnicas conductuales que pueden aplicarse en el domicilio. Para los niños, el impacto psicológico de los padres puede ser crucial en cuanto a exacerbar o disminuir sus síntomas; por tanto, en la mayoría de los casos es razonable aconsejar o tratar a los padres.

La manipulación ambiental y el tratamiento medicamentoso pueden ser suficientes cuando los problemas de conducta no son importantes, cuando el funcionamiento adaptativo es bueno y cuando los hábitos de estudio e interés en la escuela no se han alterado. Sin embargo, en la mayoría de los casos es útil recurrir a métodos de tratamiento adicionales, sobre todo si con la medicación y las intervenciones ambientales no se ha logrado mejorar el rendimiento intelectual, académico o laboral o la adaptación social.

Las recompensas contingentes, el tratamiento por coste de respuesta y los “tiempos nuestros” pueden ayudar a que el niño elabore el control de impulsos. Los métodos conductuales pueden ser tan efectivos como los psicoestimulantes para modificar la conducta en las aulas, pero la generalización más allá del contexto terapéutico puede ser limitada. La terapéutica cognitiva-conductual se emplea para enseñar estrategias de resolución de problemas, autorregistro, mediación verbal (con ayuda del lenguaje interno) por autoaprobación y autoinstrucción, y valoración de errores en vez de minimizarlos.

Según Susan M. Knell³, la terapia cognoscitivo-conductual (TCC) proporciona un método potencialmente poderoso para que los niños aprendan a cambiar su propia conducta y se vuelvan participantes activos en el tratamiento.

³ Knell, S.(2004) “Terapia de juego cognoscitivo.conductual” en *Manual de terapia de juego*, Vol. 2, México D.F.: Manual Moderno.

Entre uno de sus atributos están el proporcionar una estrategia para el desarrollo de pensamientos y conductas más adaptativos. Mediante esto se enseñan estrategias nuevas y más adaptativas para el enfrentamiento de situaciones. Un ejemplo es la estrategia cognoscitiva de reemplazar los pensamientos inadaptables con autoafirmaciones positivas. El aprender más habilidades de enfrentamiento positivas y adaptativas se pone de relieve en todos los casos y ello se enseña con frecuencia mediante el modelamiento de autoafirmaciones positivas a partir de varios medios.

Los tratamientos en grupo pueden ser útiles para niños y adolescentes con TDAH que precisan entrenamiento de habilidades sociales. En los individuos con este trastorno es frecuente un déficit en el desarrollo de las habilidades sociales, incluso en aquellos que no presentan conducta agresiva, negativismo, impulsividad o hiperactividad.

La información y el apoyo dados a los padres y a otros miembros de la familia tienen una importancia crucial y pueden aportarse mediante sesiones programadas de entrenamiento en grupos.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad⁴

A. Ambos (1) o (2):

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

Desatención

⁴ DSMIV-R (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Asociación Psiquiátrica Americana, Barcelona: Masson

(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

(e) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

(f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

(g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias

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

Hiperactividad- Impulsividad

(a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

(e) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

- (e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) A menudo habla en exceso
- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)

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

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

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

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

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]:

si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]:

si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación

En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en «remisión parcial».

2. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Enfoque Neurológico.

Hasta aquí se expuso lo que dice la psiquiatría, en específico el DSM VI sobre el diagnóstico del TDAH, sin embargo, me parece también interesante exponer algunos criterios que se dan desde las neurociencias, debido a que es uno de los campos principales que se han ocupado de dicho trastorno.

Para ello me baso en las investigaciones del Dr. Guillermo van-Wielink Meade⁵, quien propone para el TDAH una teoría evolutiva que respalda el costado genético-idiopático del trastorno que me parece interesante retomar. Dicho Dr. postula como uno de los componentes neuroanatómicos del TDAH una alteración en la citoarquitectura del cerebro en formación, en donde las mayores alteraciones en el humano se localizan en el telencéfalo. La condición del TDAH es debida a una alteración principalmente del cerebro anterior, presente solo en humanos ya que su existencia en especies cercanas en la escala de evolución serían incompatibles con la vida, por ejemplo, si un delfín presentara TDAH no atraparía la comida necesaria para su subsistencia, o sería cazado y moriría tempranamente, de manera tal que no transmitiría a su descendencia el gen defectuoso.

⁵ Van-Wielink Meade, G. (2000) *Déficit de Atención con Hiperactividad*, Mexico D.F.: Impresora Formal

Desde el punto de vista de la neuroanatomía, se han encontrado diferencias importantes al comparar los cerebros de los niños que tienen TDAH con los que no tienen. Uno de los lugares a los que se hace referencia en esta comparación son los ganglios basales.

Los ganglios basales que se encuentran dentro de los hemisferios cerebrales tienen un sistema de conexiones, entre la corteza cerebral y el tálamo, proporcionando, entre otras funciones, la programación, la rapidez y la coordinación de los movimientos. Además, interviene en la memoria de corto plazo, y en la flexibilidad de los pensamientos. Este lugar se considera la parte del sistema nervioso que convierte la cognición en acción. Estos ganglios basales están localizados principalmente en la corteza frontal motora y premotora, lo que tiene una especial importancia en los procesos de atención, por lo tanto se deduce un mal funcionamiento o un daño en esta zona como una de las causas del TDAH.

Desde el lugar de la neurofisiología cerebral se dice que en el TDAH hay un desequilibrio de los neurotransmisores. La transmisión de la señal de una neurona a la otra, ocurre al liberarse los neurotransmisores en la sinapsis. En las sinapsis, la transmisión de la información ocurre generalmente en un solo sentido (de pre a post sináptica), y ésta información, puede excitar o inhibir a la neurona que recibe la señal. Para que la neurona postsináptica transmita la señal, se requiere un cierto nivel de estímulo, es decir, con la señal de excitación de un solo botón sináptico no suele transmitirse la señal, más bien, los estímulos de varios botones sinápticos se suman (o restan si es inhibitorio), dando lugar a la transmisión o inhibiéndola. En el fenómeno de transmisión de estímulos, se tienen dos factores; el temporal (estímulos que ocurren al mismo tiempo), y el espacial (que ocurren en el mismo espacio).

Una vez que la transmisión ha ocurrido por una misma sinapsis un cierto número de veces, la conducción de impulsos se facilita, y se forman puentes de baja resistencia, por donde los iones eléctricos fluyen con mayor facilidad. Esa

facilitación de la transmisión de información, por un circuito que se utiliza mucho, es la base fisiológica de la memoria de largo plazo y de fenómenos como las habilidades psicomotoras. Para corregir los déficits o desarrollar las habilidades de un niño con TDAH lo que se busca es que utilice los circuitos “deseables” y su uso continuo facilite la transmisión de información por los mismos y este fenómeno es la base fisiológica del aprendizaje.

Las neuronas utilizan diversos neurotransmisores que tiene diversas funciones. Los principales sistemas de neurotransmisores, de acuerdo con su Orión químico, se dividen en: adrenérgicos (catecolaminas) y colinérgicos. Entre las principales catecolaminas se encuentra la noradrenalina, adrenalina y dopamina.

La noradrenalina es el neurotransmisor de la mayoría de las terminaciones simpáticas postganglionares. Está muy relacionada a los estados de ánimo. Al elevar su contenido en el cerebro por medio de medicamentos estimulantes se mejora la concentración en niños y adultos con TDAH. Un ejemplo de las drogas que aumentan la noradrenalina libre en el sistema nervioso, son las anfetaminas (metilfenidato), y los antidepresivos tricíclicos (notriptilina)

Por otro lado la dopamina es un neurotransmisor que tiene como una de sus funciones el facilitar el movimiento y la planeación del mismo. En los procesos de atención, impulsividad, placer (motivación), juega un papel primordial. En el TDAH se cree que es el neurotransmisor más afectado, y el nivel de dopamina cerebral, se incrementa con el tratamiento a base de fármacos estimulantes del tipo de las anfetaminas (metilfenidato)

Otro aspecto importante a tomar en cuenta entre las causas del TDAH, se refiere a la maduración o mielinización del cerebro. La mielinización, consiste en el recubrimiento del axón, por una vaina que lo rodea y aísla, la mielinización determina la velocidad de conducción de una señal a través de los axones. Por

esto, las neuronas que tienen axones mielinizados, son mucho más rápidas en transmitir una señal, que las neuronas con axones no mielinizados.

La mielinización es por lo tanto un importante parámetro de la función normal y de la maduración del cerebro. La maduración fisiológica puede estar retardada en un niño con problemas en sus funciones mentales superiores. En el paciente vivo se puede saber el grado de mielinización por medio de estudios de neuroimagen.

“La atención, se define como la aplicación de la mente, a un objeto o estímulo, los sinónimos son reflexión, meditación, y lo contrario de la atención es la distracción. Para la psicología la atención es la concientización del aquí y el ahora, en una forma enfocada y perceptiva”⁶

El déficit de atención, es el síntoma cardinal del paciente con TDA. La atención sostenida es la más afectada y tiene un substrato anatómico bien definido que involucra a las áreas corticales filogenéticamente más nuevas. Dichas áreas para su buen funcionamiento deberán estar mielinizadas y maduras y además deberán tener un aporte adecuado de neurotransmisores.

Sobre la hiperactividad-impulsividad, dice lo siguiente:

“El impulso es un deseo (las más de las veces inconsciente), que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar”⁷

Una persona impulsiva es aquella que se deja llevar por sus deseos momentáneos y habla o procede sin reflexión, sin cautela, y sin medir las consecuencias de sus actos. El sujeto con TDA tiene un mal control de impulsos lo cual ocasiona una cantidad de problemas a sí mismo, y a los demás.

⁶ Ibídem, p 33

⁷ Ibídem, p. 59

Para la neurología, los impulsos se originan en el sistema límbico, y son dominados o controlados por la corteza cerebral, principalmente en la región prefrontal.

Desde el enfoque neurológico del TDAH se llega a mencionar que el binomio médico-psicólogo, es indispensable si se pretende diagnosticar y tratar adecuadamente al niño con TDA. El mismo autor señala que la teoría de que el TDA es de causa puramente psicológica, no tiene ya sustento científico en la mayoría de los casos; la perspectiva psicopedagógica será explicada más adelante.

Desde el costado de la neurología, las evaluaciones que se realizan para la detección del TDAH son diversas, sin embargo, ninguna de ellas, como tampoco en la psicológicas, puede llegar al diagnóstico por si sola. Al diagnóstico se llega a través de la historia clínica, de la misma manera que en la psiquiatría y en la psicología.

Entre los estudios más utilizados, se encuentra el uso de la electroencefalografía, misma que arroja datos limitados ya que un niño con TDAH puede tener un EEG normal. Se utiliza principalmente para descartar “ausencias” u otros fenómenos convulsivos que puedan imitar al TDAH.

Entre los estudios de neuroimagen se encuentran la Tomografía axial computada de cráneo que no es tan útil como la resonancia nuclear magnética en donde se pueden apreciar los cambios en la anatomía normal del cerebro que se dan en personas que tienen TDAH. La resonancia magnética funcional arroja datos sobre diversos componentes químico-cerebrales

En cuanto al tratamiento del TDAH, también se nota una coincidencia importante entre lo que sugiera la neurología y la psicología, de hecho se trabaja

en conjunto, tanto con terapia psicológica, como con la administración de fármacos; lo mismo pasa con la psiquiatría.

En cuanto al tratamiento psicosocial se encuentra la Modificación de la Conducta por medio de la cual se pretende “trasplantar” al sujeto con TDAH pensamientos y conductas correctos que lo ayuden a subsanar sus deficiencias. Esto se logra debido a la maleabilidad del cerebro.

Además de la modificación de la conducta, se da también la modificación por la educación en la cual se pretende educar al sujeto con TDAH, a su familia y a los maestros en lo que es dicho padecimiento para que sepan cómo actuar frente a diversas situaciones. Habrá algunas modificaciones que hacer tanto en la escuela como en la casa para ayudar al paciente, para lo cual se deberá seguir una estrategia para cada caso. Esta modificación en la educación provee tanto al paciente como a su familia y a la escuela una lista de consejos, horarios, métodos, etc. que lo ayudarán a controlar sus impulsos, a obtener mejores notas académicas, a estudiar, y a poner atención, así como a tratar los sentimientos que el paciente genera a su alrededor.

Además del tratamiento psicosocial se dan las terapias de aprendizaje y/o emocionales. Las terapias de aprendizaje tienen como fin ayudar al niño a recuperar o incrementar las habilidades de atención, memoria, preceptuales, etc. que se han visto afectadas por el TDAH. Las terapias emocionales se sugieren para que el niño recupere autoestima y aprenda a controlar su hiperactividad-impulsividad. Estrella Joselevich⁸ menciona que en general estos niños se autoevalúan negativamente en varios aspectos a pesar de que tengan buenas habilidades en otros campos. Necesitan ser reconocidos desde afuera con una confirmación positiva significativa para asegurarse en su sentimiento de pertenencia.

⁸ Joselevich, E. (comp) y cols (2003), *AD/HD Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Qué es. Qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*, Buenos Aires: Paidós

Como otra de las vías para abordar el TDAH se da el tratamiento con fármacos que, según el autor, se utilizan en casos en los que el paciente no ha mejorado con las modalidades terapéuticas, menciona que los medicamentos pueden mejorar en forma importante los periodos de atención y por lo tanto disminuir la distracción y la sobreactividad hasta en un 80% de los niños con este diagnóstico.

Los medicamentos utilizados son los estimulantes, ya que son drogas que aumentan el nivel de los estados de vigilia, alerta y actividad. Se parecen a las catecolaminas (como la adrenalina, noradrenalina o dopamina). Estos medicamentos, además de mejorar la atención, disminuyen la conducta oposicionista y mejoran la habilidad para interactuar con su medio.

Entre los efectos secundarios, por ejemplo, del metilfenidato, puede estar, un deterioro en la sociabilidad, pero dicen que generalmente esto se asocia a la conducta normal del TDAH.

Al iniciar la medicación el niño puede quejarse de malestar estomacal y cefalea. Un 10% de los niños desarrollan problemas de sueño por lo cual se debe usar tratamiento complementario. Algunos niños empeoran su humor lo que los obliga a suspender los fármacos.

El llamado “rebote” de los estimulantes consiste en el aumento de la hiperactividad que puede disminuir al cambiar el medicamento. Se debe vigilar la sangre para detectar falla hepática ya que existen reportes de hepatotoxicidad. Los problemas de crecimiento en niños con TDAH que toman psicoestimulantes también es un problema secundario. Se han reportado preadolescentes de baja estatura pero al parecer en la adolescencia tardía recuperan su estatura. También suelen presentar tics y existe un potencial de adicción que puede ser disminuido si el médico vigila el uso de las recetas.

También se utilizan los antidepresivos que son efectivos en un 70% y lo que hacen es que pueden disminuir algo de la sobreactividad motora, la impulsividad y mejorar el periodo de atención, además de tener un efecto positivo en los trastornos de ansiedad y en el humor. Los antidepresivos se deben intentar cuando los estimulantes no han tenido el resultado esperado. Los antidepresivos son especialmente útiles cuando coexisten problemas de sueño, terrores nocturnos o enuresis.

Entre los efectos secundarios de los antidepresivos está una lentificación de la conducción cardíaca por lo que tiene que tenerse un electrocardiograma de base, están también la boca seca, incremento en la presión sanguínea y náusea, en ocasiones incrementa el riesgo de las crisis epilépticas y dermatitis

Como tratamientos alternos están las dietas, en donde se elimina el azúcar o algunos aditivos en los alimentos, se dan megadosis de vitaminas, lo cual no ha demostrado eficacia y está el método de biofeedback en donde se pretende obtener un control voluntario de diversos estados de conciencia.

3. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Enfoque Psicopedagógico.

Una tercera disciplina que se ha encargado de diagnosticar y tratar el TDAH ha sido la psicopedagogía, quien con la ayuda de la psiquiatría y la neurología se incluye en el tratamiento.

La múltiple composición de los problemas de aprendizaje ha generado que los diagnósticos psicopedagógicos se lleven a cabo mediante largos procesos clínicos que buscan:

- a) Evaluar componentes heredo-familiares

- b) Conocer la presencia de dificultades cognitivas y perceptuales por medio de la aplicación de pruebas,
- c) Detectar fallas en el proceso enseñanza-aprendizaje, con valoraciones escolares
- d) Evaluar la situación y la dinámica familiar.

La psicopedagogía considera al TDAH como un padecimiento que obtura el aprendizaje, formado por componentes biológicos, cognitivos, sociales y emocionales, que puede manifestarse durante las valoraciones clínicas mediante dificultades para seguir indicaciones o permanecer sentado, concluir tareas comenzadas, problemas en la coordinación visomotriz, en la planeación perceptual y en la memoria a corto y largo plazo, afectando el razonamiento abstracto y el proceso de socialización con pares.

El diagnóstico psicopedagógico se realiza durante varias sesiones que incluyen entrevistas con los padres, aplicación de una batería de pruebas estandarizadas que permiten evaluar los procesos cognitivos involucrados en los síntomas del niño, sesiones de juego, aplicación de cuestionarios a maestros y directivos, y visitas a los centros escolares que los remitieron, con la finalidad de observarlos en su ambiente natural.

La psicopedagogía en general suele apoyarse en la utilización de algunas escalas que miden el nivel de atención e hiperactividad que presenta el niño. Una de ellas es la Escala de Conners para padres y para maestros, la cual incluye 48 reactivos que describen los diferentes comportamientos del niño en estado de hiperactividad-impulsividad y desatención. En otro rubro se encuentran las escalas que miden el coeficiente intelectual ya que se cree que los niños que tienen TDA tienen más probabilidades de tener un C.I. de 7 a 15 puntos más bajo que los niños normales, además de que la escala verbal se ve más afectada. Una de las más utilizadas son el grupo que corresponden a las escalas Wechsler. En éstas se pueden apreciar, además del C.I. total, los resultados obtenidos en las subpruebas

de aritmética, retención de dígitos y codificación, ya que un bajo puntaje en estas tres pueden indicar la presencia de TDA.

Por otro lado, también deben ser evaluados los problemas de aprendizaje, para lo cual se pueden utilizar la batería de evaluación psicoeducacional, de Woodkok-Johnson o diversas evaluaciones informales de lecto-escritura y conceptos cuantitativos. Para evaluar la percepción visual se utiliza el Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender o el DTVP-2 de Frostig, así como también diversas pruebas proyectivas como el C.A.T., el dibujo de la figura humana de Karen Machover, el dibujo de la familia y el de H.T.P. de Buck, entre otros, para evaluar la parte emocional y poder hacer una integración diagnóstica completa que junto con los datos obtenidos en las diferentes entrevistas hechas tanto a los padres como al niño, las horas de juego diagnósticas y los datos fundamentales de la historia del desarrollo, apuntarán a dar las generalidades del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de cada caso particular.

A pesar de que los diagnósticos psicopedagógicos pueden determinar la presencia del TDAH, el diagnóstico debe ser confirmado por un neurólogo o un psiquiatra. Generalmente el tratamiento psicopedagógico acompaña al tratamiento farmacológico, o se lleva a cabo como un alternativa para aquellos padres que se rehúsan al uso de medicamentos. El tratamiento psicopedagógico pretende desarrollar estrategias conductuales, cognitivas, académicas y emocionales al tiempo que se da orientación a los padres con el objetivo de fomentar el control de impulsos, reducir la impulsividad, aumentar períodos de atención, corregir dificultades preceptuales, estimular la memoria y regularizar el aprendizaje

Las estrategias conductuales, utilizadas comúnmente en el tratamiento del TDAH incluyen programas de reforzamiento de economía de fichas llevadas a cabo durante varias sesiones en las que se entregan puntos cada vez que el niño realice conductas que le permitan aumentar sus períodos de atención, como esperar su turno, permanecer sentado, apuntar instrucciones, traer el material

necesario para trabajar, repetir lo escuchado, no interrumpir, etc. Al juntarse cierto número de puntos pueden intercambiarse por premios. Una vez dominadas estas conductas, la entrega de fichas se condiciona a conductas cada vez más complejas y a la conclusión satisfactoria de ejercicios escolares.

Las estrategias cognitivas buscan (a través de métodos distintos a los académicos como tareas sencillas, juegos, laberintos, dibujos y ejercicios en computadora) desarrollar habilidades de aprendizaje relacionadas con la atención, memoria, percepción y resolución de problemas con el objetivo de que el niño pueda hacer uso de sus aptitudes, al tiempo que desarrolla una actitud positiva ante el aprendizaje y mayor confianza en sus recursos intelectuales.

Para aumentar el tiempo que un niño logra sostener la atención, pueden realizarse ejercicios en donde se dan respuestas motrices o verbales ante estímulos determinados que van tardando cada vez más en aparecer. Para compartir la atención entre dos tareas, puede recurrirse a ejercicios en computadora que presentan estímulos simultáneos ante los cuales deben darse respuestas motoras cuando aparece el estímulo modelo que se esperaba. Con el fin de controlar la impulsividad y propiciar el control y la planeación de las acciones, pueden completarse continuamente laberintos.

Entre las tareas utilizadas para organizar y mejorar la percepción se utilizan ejercicios de reconocimiento visual en los que se estimula que el niño desarrolle patrones de barrido visual organizados de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo; se utilizan láminas en donde tienen que encontrarse elementos escondidos mediante la discriminación de la figura y el fondo. Para mejorar las relaciones y la percepción espacial, se realizan ejercicios en donde el niño tiene que imaginar cómo cambian los objetos si él cambia de perspectiva y cómo quedarían si se armaran ciertas figuras geométricas.

La memoria se trabaja en sus aspectos visuales, verbales, numéricos y auditivos, buscando a través de juegos y ejercicios por computadoras desarrollar y hacer consciente estrategias que permitan organizar la información que se almacena, así como optimizar el reconocimiento, la evocación y la relación del material almacenado con nueva información.

El tratamiento psicopedagógico tiene como objetivo incorporar las estrategias cognitivas desarrolladas en sesiones de trabajo, a los contenidos curriculares de cada niño, por lo que se revisa con regularidad libros y cuadernos de trabajo y se resuelven dudas y problemas que surjan en la escuela, con la finalidad de crear un puente de lo trabajado en sesiones con el salón de clases. Para iniciar una regularización que permita la adecuada expresión verbal y escrita, la clasificación y síntesis de información y la realización adecuada de operaciones mentales.

La orientación a padres incluye información sobre el TDAH y las diferentes opciones de tratamiento, la manera en que pueden reforzarse en casa las acciones orientadas a aumentar la atención, recomendaciones de ciertos juegos educativos, métodos para trabajar en la realización de tareas y asistencia a algunas sesiones de tratamiento psicopedagógico, con el objetivo de extrapolar la forma de trabajo de las sesiones de la vida diaria.

La mayoría de las evaluaciones psicopedagógicas arrojan que, aunado al TDAH, aparecen manifestaciones de orden emocional como sensación de inseguridad y fracaso, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, pobre orientación al logro y relación conflictiva con padres y hermanos por tener la certeza de no poder llenar sus expectativas. La presencia de este tipo de sentimientos y actitudes que propician que muchos tratamientos psicopedagógicos del TDAH sean acompañados de tratamientos psicológicos emocionales.

Los tratamientos psiquiátrico, neurológico y psicopedagógico centran sus esfuerzos en mejorar los niveles de atención, en lograr que el sujeto pueda hacer un uso más eficiente de sus capacidades intelectuales para obtener mejores resultados académicos.

Sin embargo, es común que este tipo de modelos orientados médicamente, permitan la mayor adaptación al medio académico y laboral dejando intactas las dificultades emocionales asociadas a este trastorno, sin embargo, produciendo otro tipo de síntomas.

Como se puede apreciar, las tres disciplinas que han sido descritas convergen en varios aspectos en lo que respecta al abordaje y apreciación que tienen sobre el TDAH.

Tanto la psiquiatría como la neurología coinciden en que las causas subyacentes al trastorno por déficit de atención con hiperactividad son de índole orgánica. Sostienen que en algunos casos se trata de un mal funcionamiento en la regulación de los neurotransmisores y en otros casos a deficiencias en la citoarquitectura cerebral. A pesar de que existen varios recursos para tener evidencia sobre la organicidad de los síntomas, ambos coinciden en que al diagnóstico se llega principalmente a través de la valoración clínica del paciente ya que en muchas ocasiones no se puede demostrar su etiología orgánica por los medios propuestos (Tomografías, EEGQc, etc)

En ambas perspectivas el tratamiento utilizado en primera instancia corresponde en el suministro de psicofármacos encaminados a inhibir la respuesta motriz y a aumentar los períodos de atención.

La psicopedagogía concuerda con dichos postulados, sin embargo, hace un análisis exhaustivo sobre la manera en la que el niño (paciente) tiene de

aprender, con el fin de encaminar sus esfuerzos hacia el logro de metas con base en la reformulación de los métodos de aprendizaje.

Hasta este punto el despliegue realizado devela que para las tres disciplinas, el aspecto emocional que se presenta en este tipo de afecciones es secundario al trastorno, es decir, la baja autoestima, la poca tolerancia a la frustración, las dificultades en la socialización y los problemas al interior del núcleo familiar, son considerados como una consecuencia de dicho padecimiento.

Me llamó la atención notar que la formulación que se hace sobre la participación tanto de la familia como del niño en lo referente al trastorno queda completamente del lado del niño. Señalan que el niño con TDAH influye sobre la satisfacción de los padres, la armonía conyugal y el desarrollo de los hermanos.

La cuestión de la herencia, por ejemplo, queda asociada a factores genéticos, por lo que es común encontrarse con padres que hablan de haber presentado los mismos síntomas que su hijo en la edad escolar.

De manera general la propuesta de tratamiento psicológico emocional que se propone para el abordaje del TDAH sigue la línea de la modificación de la conducta y de la educación en el entorno, con el fin de que tanto el niño (paciente) como su familia “aprendan” o se “entrenen” en una serie de estrategias que los harán saber vivir con el trastorno y en el mejor de los casos sacarlo adelante.

La postura de que los padres se ven influidos por la conducta de sus hijos y con base en ello estos se comportan de una u otra forma, dista mucho de una apreciación en la que el niño pueda estar expresando algo de lo que vive o de cómo vive.

Las disciplinas que hemos analizado en general tienden a incluir a la globalidad de los síntomas como el resultado del trastorno, sin adentrarse en la particularidad sintomática y en sus causas.

Sin embargo, me parece que estos planteamientos dejan algunos caminos hacia la discusión y dan pie para realizar algunas preguntas.

En primer lugar es necesario saber de qué se trata la utilización de fármacos, porque si bien es cierto que se habla mucho de las ganancias que se obtienen en el terreno de los procesos cognitivos, también se sabe que se pueden advertir varias consecuencias no deseables.

Expertos de la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos⁹ (FDA, por sus siglas en inglés) analizaron datos de 49 estudios clínicos realizados por fabricantes de fármacos y hallaron que pueden causar psicosis y manía en algunos pacientes, inclusive en los que no tienen factores de riesgo evidentes. En algunos casos los niños presentaban alucinaciones visuales y táctiles. Entre los fármacos riesgosos se encuentran: Ritalín, Focalin; Adderall XR y el parche Daytrana, de Shire Plc; Concerta, de Jonson y Jonson; Strattera de Eli Lilly and Co, y Metadate CD, de Celltech Farmacéuticals Inc.

Millones de niños son recetados con estos fármacos para tratar los síntomas del TDAH, específicamente el Concerta, Stattra, Ritalín como los más comunes.

Por otro lado el mismo laboratorio que se encarga de producir el medicamento Strattera publica una guía de medicación en Internet que advierte al consumidor sobre los siguientes riesgos¹⁰:

Pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes: A veces, los niños y adolescentes piensan en el suicidio y muchos dicen que han intentado quitarse la vida. Los resultados de los estudios clínicos sobre Strattera con más de

⁹ “Drogas para TDAH causan alucinaciones en niños”: www.lajornada.com

¹⁰ www.strattera.com/guiademedaion.

2.200 pacientes niños o adolescentes afectados del trastorno de déficit de atención con hiperactividad sugieren que algunos de ellos pueden ser más susceptibles a los pensamientos o las acciones suicidas. A pesar de que nadie se suicidó durante el transcurso de estos estudios, 4 de cada 1000 pacientes desarrollaron pensamientos suicidas.... La probabilidad de desarrollar pensamientos y acciones suicidas puede ser superior al principio del tratamiento con Strattera y durante los ajustes de dosis.....

Proponen que se deben vigilar las siguientes señales en el niño durante el tratamiento con Strattera: ansiedad, agitación, ataques de pánico, dificultad para dormir, irritabilidad, hostilidad, agresividad, impulsividad, inquietud manía depresión, pensamientos y acciones suicidas.

Strattera también puede causar daño hepático grave así que hay que estar al pendiente de que no se presenten los siguientes síntomas: picazón, dolor en la zona superior derecha del estómago, orina oscura, piel u ojos amarillentos, síntomas similares a los de la gripe sin explicación.

De igual manera están asociados problemas relacionados con el corazón: muerte repentina en pacientes con problemas o defectos cardiacos, apoplejía y ataque de corazón en adultos, aumento de la presión arterial y el pulso, por lo cual se sugiere una revisión médica frecuente cuando alguien esté en tratamiento con Strattera.

Strattera puede causar nuevos problemas mentales (psiquiátricos) en niños y adolescentes así como otros efectos secundarios además de los citados anteriormente como: reacciones alérgicas graves, crecimiento lento (altura y peso) en niños, problemas de micción incluyendo dificultades para iniciar o mantener un flujo de orina, incapacidad para vaciar por completo la vejiga, malestar estomacal, disminución del apetito, náuseas o vómitos, mareos, cansancio, cambios en el estado de ánimo...

Pero por si fuera poco, esta guía de medicación advierte que esta no es una lista completa de todos los posibles efectos secundarios y que se debe pedir información adicional al médico tratante.

La utilización de psicofármacos estimula el sistema nervioso y ayuda al niño a poner atención o a estarse quieto, sin embargo, si el motivo real de su padecimiento (si es que el padecimiento existe realmente) queda sin ser abordado, es muy probable que cuando le quiten el medicamento el síntoma vuelva a aparecer. Hay una gran cantidad de casos de niños que han sido medicados por varios años y que ante el menor intento de quitar el medicamento el síntoma vuelve, con manifestaciones de mucha angustia. Sobre esto no solo hay que considerar que existe una altísima probabilidad de que se genere una adicción física al medicamento, sino que también es muy grande el riesgo de hacer una dependencia emocional a su consumo que promueve la idea de que sin el medicamento no podrían funcionar¹¹.

Otro aspecto que me parece pertinente analizar es la propuesta sobre el abordaje que se hace sobre el manejo de la conducta por vías externas. Me parece importante que la escuela se involucre en el tratamiento que reciben los niños y más aún si esto está relacionado con asuntos que les competen directamente, sin embargo, creo que el intento por modificar el entorno que se propone no puede dar los mejores resultados por varias razones. Frecuentemente se sugiere que a los niños que están siendo atendidos por TDAH se les adapte el ambiente para verse favorecidos, se sugiere, por ejemplo, sentarlos en un lugar libre de estímulos distractores, al frente del salón, concederles más tiempo para hacer los trabajos e incluso los exámenes, etc., un sin número de recomendaciones que desde mi punto de vista difícilmente pueden llevarse a cabo por el tiempo necesario y que además sacan al niño del lugar natural de

¹¹ En el tiempo en el que estuve trabajando en escuelas primarias pude darme cuenta de que esto es más común y dañino que la propia adicción física.

desempeño. Lo mismo pasa con las recomendaciones para seguir en casa, el niño termina siendo un extraño que es tratado de manera diferente al resto del grupo lo cual le puede dar la sensación de menor pertenencia a la que el mismo trastorno le ha generado. Hacer ciertas modificaciones puede dar buenos resultados pero también hay que considerar que en muchas ocasiones cuando estamos frente a un niño que presenta dificultades académicas (sean estas del tipo que sean) podemos pensar también en que hay algo de orden emocional que impide que estas facultades se desplieguen como se esperaría, por ejemplo, los niños que viven en hogares con dificultades no pueden prestar atención porque “su cabeza está en otro lado”.

También hay que notar que la psiquiatría y la neurología sostienen que a pesar de que se considera que el TDAH afecta a personas de cualquier edad la mayor parte de las investigaciones y de los tratamientos propuestos se han centrado en niños. En la actualidad el niño es un objeto importante de consumo, los padres dudan poco en adquirir o hacer uso de todos aquellos servicios, medios u objetos que prometan algo nuevo, benéfico e innovador para sus hijos. Se podría considerar que “el niño” juega el papel principal en este tipo de padecimientos debido, en gran medida, a que es un buen consumidor de todos los medios que se proponen para obtener ayuda: terapias, medicinas, clases, cursos, juguetes didácticos, etc.

Así que, tomando en cuenta lo anterior, cabe hacer aquí algunos cuestionamientos:

Como una alternativa diferente a lo que se piensa sobre el papel de los padres en el padecimiento del niño, ¿se podrá encontrar una perspectiva que los incluya y los cuestione como parte del mismo padecimiento? ¿el niño podrá participar con su historia subjetiva como parte nuclear de sus síntomas en lugar de permanecer casi ajeno o sin poder hacer ningún análisis frente a ellos?

¿Se podrá incluir la perspectiva psicoanalítica con sus formulaciones teóricas y su manera de abordar los diferentes padecimientos en el tratamiento del niño con TDAH?

¿En qué medida dichos síntomas se ven influidos en cuanto a su propagación y permanencia por el medio social en el que se despliegan, por el pensar y actuar de la postmodernidad?

¿Qué papel juega la industria farmacéutica sobre la utilización de psicofármacos como una de las primeras opciones en el tratamiento para el TDAH?

El propósito del siguiente capítulo es hacer un recorrido por algunos postulados psicoanalíticos así como diversos planteamientos sobre el vivir y pensar de la posmodernidad que pueden darle cauce a estas preguntas.

CAPÍTULO 2

PSICOANÁLISIS, POSTMODERNIDAD Y EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

2.1 Psicoanálisis: Constitución Subjetiva y Síntoma

Como se pudo observar en el capítulo anterior, el TDAH en la actualidad es un diagnóstico que se utiliza cada vez con mayor regularidad en la práctica clínica. La postura general tanto de la psiquiatría como de la neurología y la psicopedagogía apunta a que dicho trastorno tiene su origen o es consecuencia de cierta irregularidad en el funcionamiento químico cerebral y que además éste se transmite genéticamente, es decir, que es hereditario. Debido a esto el tratamiento utilizado por excelencia para quitar los síntomas de hiperkinesia y desatención radica en el suministro de psicofármacos y, en algunos casos, del apoyo de alguna terapia que ayude al niño a modificar su conducta.

Sin embargo, prácticas como el psicoanálisis se han ocupado de tratar con un enfoque distinto aquello que aparenta ser puramente orgánico. La constitución subjetiva del niño juega un papel primordial en lo que le pasa, en sus manifestaciones sintomáticas y en su inserción en la cultura. Por lo anterior, el motivo de este capítulo es, en la primera parte, tener un acercamiento hacia lo que se podría decir desde el psicoanálisis de dicho trastorno, partiendo con lo que varios autores postulan sobre algunas de las vías por las que se constituye un niño como sujeto y hace síntoma, por un lado, así como el papel tan importante que juega el tema del cuerpo en este asunto, siendo este un trastorno en el cual varios de sus síntomas hablan a través de él. En este punto quisiera advertir que desde el psicoanálisis se pueden hacer dos lecturas en lo que respecta al papel que juega el cuerpo en la manifestación del TDAH. Ambas dan una visión diferente a la propuesta en el capítulo anterior, sin embargo, entre ellas también existen puntos de convergencia y divergencia.

La primera idea que pretendo desarrollar es aquella que se basa en que el TDAH es algo que tiene que ver con una “falla” en la estimulación táctil, perturbación o vicisitud en la conformación del **cuerpo**, la segunda propone que éste puede estar originado por una falla en la constitución de la **imagen del cuerpo**. En realidad considero que una supone a la otra, están intrínsecamente relacionadas, sin embargo, es importante especificar estos dos momentos.

En la segunda parte, será abordado lo que desde mi perspectiva constituiría el costado social del padecimiento, para lo cual se analizarán algunos aspectos que caracterizan a la época postmoderna y que podrían estar propiciando y sosteniendo algunos de los síntomas que componen al TDAH.

Para hablar de constitución subjetiva me parece importante hablar del papel del **significante**¹². Ricardo Rodulfo¹³ hace planteamientos importantes sobre lo que es un niño para el psicoanálisis. Menciona que para saber en que consiste un niño, hay que conducirnos hacia la prehistoria de ese niño, en el sentido de la dirección hacia las generaciones anteriores del mismo, es decir, la historia de esa familia a “su folklore”, a todo lo que existió antes de que propiamente existiera. Dice “Para entender a un chico o a un adolescente (de hecho, incluso a un adulto), tenemos que retroceder a donde él no estaba aún”

Lo que ha ocurrido en el linaje familiar desde generaciones anteriores al nacimiento del niño, tiene que ver con su padecimiento actual. El niño no puede ser visto solamente en relación a su propia historia, es decir, desde que nace, hasta el momento presente. Su historia se entrama en su prehistoria y en la cultura en la cual se inserta.

¹² Es importante hacer mención de que “el **significante**” no es el único medio por el cual se puede entender y analizar la constitución subjetiva, en realidad es solo uno de muchas vías que contribuyen en dicha constitución. Pero para la presente investigación consideré importante desplegarlo porque ayuda a clarificar aspectos de este interés.

¹³ Rodulfo, R. (1989) *El niño y el significativo, Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*, B. A. Argentina: Paidós

Para entender la manera en la que el asunto de la prehistoria tiene validez y le da forma al significante, me parece pertinente mostrar un ejemplo que Rodolfo propone:

Un muchacho presenta una celotipia que lo atormenta, habiendo fases en las que llega a evitar todo contacto con su novia y con el exterior: salidas, amigos, etc. Ese síntoma estaba entramado desde un lugar en el que la madre y la abuela ocupaban la escena, antes de que el paciente naciera. La celotipia, es decir, el síntoma, respondía a una ley familiar en donde se ponían en juego aspectos sobre la sexualidad tanto de la abuela como de la madre y el padre que se entramaron en la constitución subjetiva del paciente, y que dan lugar al significante.

Ahora bien, la posibilidad de que el síntoma desaparezca se da al analizar una de esas piezas que componen la prehistoria del paciente aunque como entidad psicofísica todavía no existiera; en dicho análisis los que cuentan son la pareja de los padres, los inicios de su vida sexual, la vieja relación que suelda la madre a la abuela, y todo lo que, se actualiza y se repite en él.

Este “se actualiza, se repite” habla directamente de la forma en la que opera el significante, siendo que este se trata de algo que va más allá de lo que se pueda encontrar en el imaginario del paciente, el significante es algo que se repite bajo transformaciones de generación en generación.

En este sentido pienso que el significante le da sentido al síntoma, por ejemplo, en el delirio celotípico del muchacho, se condensa, se actualiza, se repite, lo que está relacionado con los inicios de la vida sexual de los padres y la relación de la madre con la abuela aunque con otra apariencia.

Para poder clarificar la diferencia entre historia y prehistoria citaré un nuevo ejemplo que hace el autor:

“Una madre que viene a consulta por su muchacho drogadicto, menor de edad, con antecedentes políticos y penales. Después de ahondar en toda la sintomatología del muchacho, esto es, qué drogas toma, índole de los episodios delictivos, inventario de las reprimendas, como al pasar la madre dice: “los segundos hijos varones de la familia siempre tienen problemas o van presos” Por esta vía surge un material que concierne a un tío del paciente, segundo hijo varón, y a un tío abuelo, de otra rama de la familia, pero también segundo hijo varón: todos ellos habían estado presos por los más diversos delitos.”

Frente a esto, dice el autor, nos tenemos que ubicar de otro modo, ya que es insuficiente tomar en cuenta solo lo intrapsíquico, hay algo que se está repitiendo: “a su calor una frase pesa con el peso de los significantes: “los segundos hijos varones de la familia siempre van presos”. (P. 23)

En este sentido es importante tomar en cuenta varias cosas para el análisis: es un hecho que algo se repite, pero para que se repita la frase debe tener cierto peso. Es importante saber que esto pasa en la familia, pero lo que hace que se repita y se vuelva significativo es que la madre lo haga significativo, que lo diga, que lo formule, es decir, no solo la historia de los presos sino la actualización de ello por la palabra de la madre.

Ahora bien, para poder localizar cuando estamos frente a un significante es necesario tomar en cuenta varios criterios:

1) Un primer criterio es que tiene que repetirse. Como se mencionó en párrafos anteriores, esta repetición no es idéntica, tiene transformaciones, sin embargo, en algo de él puede localizarse la repetición. El muchacho del ejemplo anterior es “el segundo varón de su familia” y repite en su historia aquello que ha venido ocurriendo tras generaciones: ir preso.

A mi parecer se deja ver que el significante opera como una ley en el inconsciente familiar que se va cumpliendo a través de las generaciones, pero a la que sin duda se le da un lugar, como si se fuera preparando el terreno para que se manifieste.

Estas repeticiones que podrían ser vistas como una casualidad o más aún, como algo relacionado con la herencia (sin negar que si existe), tienen más bien que ver con la manera en la que el sujeto se apropia del significante, con la manera en la que es transmitida la ley familiar al sujeto. La mirada familiar hacia los “segundos varones de la familia” no podía ser otra que la de “ir preso”, lo cual actualiza al significante.

Pero el significante no circula solamente por el grupo familiar, no reconoce la propiedad privada, no es que sea de alguien y ya; cruza, circula, atraviesa generaciones, traspasa lo individual, lo grupal y lo social; no es pertenencia de algún miembro de la familia; en todo caso es el problema que interpela a cada uno.

Mi interés en puntualizar lo anterior se debe a que se abre la posibilidad de lo social al significante. Me parece que no solamente hay cosas que se repiten en el terreno de lo familiar, el significante también tiene que ver con la cultura y está íntimamente ligado a ella, se tiene que pensar al significante desde la cultura en que se vive. En este sentido, el síntoma tampoco viene solo, no se liga solamente a la historia del sujeto sino a la relación de ésta con lo social.

Este aspecto, “social”¹⁴ del significante, me parece fundamental para poder darle lugar a aquellos síntomas que se van dando de manera grupal, aquellos que de repente se manifiestan en parte importante de la población. Una

¹⁴ He decidido hacer este planteamiento “lo social” del significante con el objeto de que al extraerlo se pueda entender mejor, sin embargo, es importante clarificar que el significante en su aspecto social y en tanto historia familiar no puede ser separado, ambos están intrínsecamente ligados aunque lo social no se subsume en lo particular ni viceversa.

situación de este tipo puede ser, por ejemplo, tener en un mismo salón de clases a 3 o 4 alumnos con diagnóstico de TDAH, o que probablemente aunque no hayan sido diagnosticados, presentan conductas similares como la falta de límites y respeto a la autoridad, la hiperactividad y la dificultad para poner atención.

Cada época va presentando síntomas diferentes y cada época tiene sus propios significantes. Por ejemplo, en la época en la que Freud realiza sus primeros escritos, los síntomas o los cuadros diagnósticos predominantes estaban referidos a la histeria, las fobias y las obsesiones y rara vez preocupaba el asunto del niño hiperactivo o el de la adolescente anoréxica tal y como llaman la atención en la época actual. Esto nos da la posibilidad de pensar o repensar a este tipo de afecciones, como parte de algo que se ha ido entramando de generación en generación y que está traspasando lo individual para conformarse como algo de muchos, sin que esté en todos los casos relacionado con una cuestión hereditaria¹⁵.

Algo interesante sobre el punto de la herencia se puede encontrar en una formulación de Freud en relación con la propagación de la neurastenia y que me parece que se enlaza con lo que se puede decir sobre el significante en relación a la cultura y a ciertas manifestaciones sintomáticas actuales:

La herencia es sin duda un factor sustantivo toda vez que está presente; permite que sobrevenga un gran efecto patológico donde de ordinario se produciría uno muy leve. Pero la herencia es inasequible al influjo médico; cada quien trae congénitas sus inclinaciones patológicas hereditarias, y nada se puede modificar en ello. Y tampoco podemos olvidar que, justamente en la etiología de las neurastenias, por fuerza hemos de denegar a la herencia el primer rango. La neurastenia (en sus dos formas) se cuenta entre las afecciones que fácilmente puede adquirir cualquiera, aunque esté exento del lastre hereditario. Si fuera de

¹⁵ A lo largo de esta investigación, aunque más puntualmente en la segunda parte de este capítulo, ahondaré en aquello que hace que el TDAH forme parte de un padecimiento de la época actual.

otro modo, sería inconcebible su gigantesco incremento, de que todos los autores se quejan. Por lo que toca a la civilización, en cuyo registro de pecados se suele a menudo inscribir la causación de la neurastenia, es muy posible que los autores anden acertados (aunque es probable que ello se produzca por otros caminos de los que ellos suponen); ahora bien, el estado de nuestra civilización es, por así decir, inmodificable para el individuo; y además, este factor, que es de universal validez para los miembros de una misma sociedad, nunca podría explicar que ciertos individuos contrajeran la enfermedad y otros no.¹⁶

La herencia es algo que nos constituye a todos, sin embargo, la influencia del entorno social en la aparición de la enfermedad o de los síntomas en el individuo es fundamental, aunque no se pueda explicar a partir de esto el hecho de que algunos la tengan y otros no; eso quizá, tenga que ver más con lo individual.

2) Un segundo criterio para entender al significante es que cuando un elemento adquiere gravitación significativa, en el momento de su introducción algo nuevo se traza.

Es claro cómo el significante forma parte de la constitución subjetiva ya que de alguna manera a partir de él se va formando un camino. El significante no tiene un significado absoluto sino que “arrastra con efectos de significación” vale por las significaciones que se van generando. Las significaciones que se le van dando al significante constituyen al sujeto y dado el caso a su complejo de síntomas. Esto tiene que ver con la apropiación del sujeto sobre el significante. La ley familiar ubica a un sujeto en un lugar en el que él mismo hace algo con ese significante “no sería justo suponerle a un significante un poder que no deje alternativas”¹⁷

¹⁶ Freud, Sigmund. (1898) “La sexualidad en la etiología de las neurosis”, en *Obras Completas*. Vol. 7 Buenos Aires: Amorrortu, p. 264

¹⁷ Rodolfo, R. (1989) *El niño y el significante*, Buenos Aires: Paidós p.90

Este es uno de los elementos que cobran peso para que después de vivir conforme lo dicta esa ley, algo pueda cambiar o ser diferente. Pero hay que ver qué hace el sujeto con eso, de otra manera no habría posibilidades de tomar otro camino. Es así como el mismo significante puede dar rodeos en la trama familiar y tener significaciones diferentes en cada sujeto.

3) Un tercer criterio que cobra importancia en relación con el significante es que éste tiene dirección, es decir, conduce siempre hacia alguna parte, inclina al sujeto hacia determinados caminos preferenciales. Para que se de la constitución subjetiva el niño deberá encontrar significantes:

“el primer gran trabajo del ser humano al nacer será encontrar significantes para encaramarse al orden simbólico de la intersubjetividad, proceso que caracterizamos como de extraer y dejar marcas, valiéndose de los materiales del mito familiar, que son también materiales del cuerpo materno”¹⁸

4) Un cuarto criterio para entender al significante es que este debe formar cadena, es decir, no significa nada por sí mismo. El significante no remite a la cosa directamente, sino que remite a otro significante, lo cual hace una diferencia decisiva con respecto del signo “tal es lo que distingue el plano del significante del plano del signo, la formación de una cadena: a nosotros nos interesa esa cadena en tanto que inconsciente”¹⁹

5) Un quinto criterio para entender el significante es que sitúa al sujeto, le da un lugar y crea una relación con el sujeto. Es decir, el bebé al llegar al mundo empieza a experimentar qué significantes hay allí disponibles para poder tener un sitio en esa familia, para ocupar un puesto en el deseo del Otro. Los necesita para constituirse, sin significantes no podría hacerlo, estos hacen que pueda ser y formar parte de ese lugar en donde habita.

¹⁸ Idídem, p. 99

¹⁹ Ibídem, p. 40

Hasta aquí se puede decir que el significante es parte de la estructuración del niño y tiene que ver con cosas que no necesariamente son producidas, inventadas, ni dichas por él pero que se pueden encontrar en quienes lo rodean y en la cultura en la que vive.

Con la existencia del significante, diversas afecciones pueden dejar de ser vistas desde el costado de la herencia, la coincidencia y desde aquello que pone al niño como a un ajeno con respecto a su síntoma.

Ahora bien, si para que haya un síntoma debe haberse constituido previamente un sujeto, entonces aquello con lo cual logra su constitución debe estar en relación directa con el síntoma. Los significantes son sacados del mito familiar, del orden discursivo familiar y solo de allí puede, el que se está haciendo sujeto, arrancar los elementos para constituirse. De esta manera el síntoma no puede ser pensado como aislado de la trama familiar, de la prehistoria del sujeto y de su relación con la cultura.

La constitución del sujeto, su organización y estructura esta fundada en su relación con los Otros.

Maud Manonni habla sobre la importancia de descifrar el discurso que se desenvuelve de parte de los padres, encontrando en esto parte fundamental del abordaje clínico:

“.....porque cuando ya nada se puede decir, la conducta “loca” del niño (y/o de uno de los padres) continúa hablando”²⁰(p. 73)

El niño muestra por medio de sus actos eso que no se dice en su entorno, con su conducta trata de expresar que hay algo en él que utilizará como un medio

²⁰ Manonni, M. (1965) *La primera entrevista con el psicoanalista*, Barcelona:Gedisa p. 70

de comunicación hacia quienes lo rodean. Es probable que no pueda expresar verbalmente lo que le aqueja, sin embargo, tiene la posibilidad de traducirlo de otra manera para hacerlo notar. El niño se encuentra inmerso en el lenguaje y en las vías que éste tiene para ser manifestado.

Ahora, ¿qué es lo que se muestra como discurso a través de los actos?, ¿qué o quienes estarán inmersos en esta trama que pugna por ser desenramada?

Manonni dice: “En efecto, el niño es el blanco de las tensiones inconscientes de los padres; en él deja su marca lo no dicho de las tensiones y los secretos”²¹

El niño se ve determinado o afectado por algo que toca a los padres, va constituyéndose en relación a lo que a ellos los constituye. De esta manera lo que muestra el niño con su síntoma deberá de ser interrogado también desde lo que se puede interrogar a los padres, desde aquello que, hablado o no tiene consecuencias en él en lo que vive y en la manera en la que lo expresa.

Es frecuente encontrar que los niños hagan síntomas en aquellos lugares que resultan insoportables para sus padres, y es que muy a menudo los síntomas están dirigidos a ellos, siendo esta una buena estrategia para hacerse escuchar.

Además, esto permite que no solamente se empiece a poner de manifiesto lo que le pasa al niño, sino que se abra la posibilidad en los padres de una interrogante sobre lo que les pasa a ellos, es decir, un puente existente entre el síntoma de su hijo y el síntoma de ellos.

Mannoni²² hace hincapié en que si el inconsciente es el discurso del Otro, cuando la madre (o quien ejerce esta función) habla, encontramos en su propio

²¹ Ibídem, p. 73

discurso la explicación de la significación sintomal. Las manifestaciones clínicas con las que el niño vive están en relación con el deseo de la madre.

Hay síntomas que los padres pueden ubicar como “idénticos” a los que ellos tuvieron en algún momento de su historia, lo cual pone en juego el narcisismo de los padres. Sin embargo, hay otros síntomas que al parecer vienen solos, no se parecen a nada que los padres puedan decir de ellos, pero que sin duda habrá que ayudar a descifrar, a plantear interrogantes que nos ayuden a adentrarnos en los discursos que los sostienen.

Es importante puntualizar que no se puede decir que el síntoma sea solamente una manifestación que viene del Otro y que es ajena a quien la padece. No, me parece que los niños también participan con algo propio en la conformación de sus síntomas; hay algo individual en su origen.

Silvia Bleichmar propone que se debe incluir el discurso de los padres en el análisis de los niños debido a que los síntomas de los niños pueden estar relacionados con los síntomas de los padres, sin embargo, hay algo individual y propio en su origen. Tomo de ella la siguiente cita: “Una encopresis puede ser concebida como efecto de la incontinencia materna desde cierta perspectiva, y desde otra como ejercicio sádico-anal de pulsiones que operan de modo autodeterminado por el psiquismo infantil”²³

Es verdad que el niño se constituye como sujeto de deseo a partir de la relación intrapsíquica con el Otro, pero también es cierto que no es solamente una representación de ello, tiene características propias que van tomando caminos y resoluciones distintas. Esto pone de manifiesto la complejidad del síntoma, como un entramaje que se construye, con el lugar en donde es colocado ese niño, pero

²² A pesar de que Mannoni deja de lado el aspecto social e incluso individual del síntoma del niño, consideré importante retomarla porque tienen aportaciones importantes en el sentido del síntoma referido al Otro y su abordaje.

²³ Bleichmar, S. (1995) “Del discurso parental a la especificidad sintomal en el psicoanálisis de niños”, en *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*, Buenos Aires: Lugar Editorial .p. 81

también con lo que el niño hace con ese lugar y con cómo todo eso queda significado en su relación con la cultura.

En cuanto a la articulación manifiesta del síntoma, éste no necesariamente tiene que ser una repetición del síntoma de alguno de los padres. Por ejemplo: si la mamá sufre de incontinencia, el niño sufrirá de incontinencia como tal, sino que se juega entre ellos otro tipo de relación, una relación que está dada por efecto de la palabra.

“En los intersticios del discurso parental, en su correlación con el discurso del niño –discurso hablado, pero también discurso-acto a ser comprendido semiológicamente-, es donde la determinación sintomal puede hallar su especificidad”²⁴

Ahora bien, hasta aquí he revisado algunos caminos para comprender desde dónde se sostiene la manifestación de un síntoma desde el psicoanálisis. En lo consiguiente me dirigiré a analizar, también desde esta perspectiva teórica, la especificidad sintomática del Trastorno por Déficit de Atención en lo que respecta a su conglomerado nuclear. Dentro de esto incluiré a la diada hiperactividad- impulsividad, por un lado y al déficit atencional por el otro.

Me parece que uno de los aspectos importantes a tratar con el tema del TDAH es el lugar del cuerpo. La hiperactividad-impulsividad, por ejemplo, son síntomas que se manifiestan con un movimiento motriz exagerado que muchas veces parece no tener límite, y que al parecer es un movimiento sobre el cual el niño o la persona que padece, queda fuera de su dominio, como si su cuerpo se moviera por sí solo y no los obedeciera.

Uno de los efectos secundarios que refieren algunos de los pacientes (niños) que toman medicamento para la hiperactividad es una sensación de

²⁴ Ibídem. P. 85

“quedar atrapado en su propio cuerpo”. La sustancia administrada realiza la acción de inhibir el movimiento desde el punto de vista neurológico, sin embargo, y lo llamaré de esta manera, “el deseo” de aquello que se traduce en movimiento no puede ser aminorado o adormecido por el medicamento, quedando de esta manera, atrapado.

En lo que respecta al tema del cuerpo, el psicoanálisis tiene mucho que aportar. Las sensaciones y las percepciones son fundamentales para ver qué pasa con el cuerpo y qué es un cuerpo. Julia Velásquez²⁵, intentando encontrar la relación entre la percepción y la génesis del Yo menciona que Freud se da cuenta de que la percepción está localizada en el cuerpo orgánico del ser humano. El punto de partida de la percepción y la superficie percipiente (que percibe) es el cuerpo. En este punto, dice “existe una imprescindible presencia del cuerpo en su dimensión carnal”²⁶

Citando a Freud hace mención de que el cuerpo propio y sobre todo su superficie, es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas y que el Yo deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente las que parten de su superficie. De esta manera: “los sentidos, las sensaciones y la percepción son elementos esenciales para la conformación del Yo”.²⁷

Estas referencias son fundamentales en el sentido de que dan pie para pensar que lo que constituye a un niño parte también de lo que ha sentido y vivenciado en el terreno de lo corporal físico. El cómo ha sido tocado, las palabras y el tono en el que las ha escuchado, los olores, etc, todo aquello que pasa por los sentidos, que es lo que en un inicio predomina, van conformando su Yo y de allí se

²⁵ Velásquez Ortega, J. *Un acercamiento al estudio de la imagen: Los avances tecnológicos e la singularidad de la experiencia subjetiva*, 2008. México.

²⁶ *Ibídem*, p. 96

²⁷ *Ibídem*, p. 97

podría pensar en que son fundamentales para la imagen que de éste logre posteriormente.

Rodulfo²⁸, por ejemplo, habla de la importancia de las caricias como elemento constituyente. Menciona que el acariciar es una de las prácticas que van formando lo que decimos “cuerpo”, las caricias, entre otras cosas “fundan” el cuerpo hacen que se transforme la cara en rostro. A través de ella el niño se subjetiva, pasa de organismo al cuerpo se escribe en tanto corporeidad. Plantea la “vivencia de satisfacción” como pertinente para situar la caricia o el acariciar ya que dicha vivencia funciona y justifica su estatuto como experiencia de subjetivación, acarrea ese efecto, es la consecuencia de la experiencia de satisfacción. El hecho de que la caricia subjetive quiere decir que es una operación crucial para la transformación del cuerpo al nacer, en sujeto deseante.

*“...el acariciar parece cumplir una función de escritura del cuerpo en tanto subjetividad. No se lo debe relegar a la “expresión” de un afecto; es una escritura. Y esto sin metáfora alguna”*²⁹

Pero ha de haber cierta cualidad inconsciente en la caricia para que realice a su través esa función de escritura, es decir, lo que se pone en juego con el deseo de quien realiza la caricia es lo que marca, lo que queda escriturado.

El cobijo de la madre, en el sentido de la caricia, del abrazo, de besarle de hablarle, no solo causan una sensación placentera por si sola sino que cumple con la función de delimitar el cuerpo, de darle un lugar y un espacio determinados, partiendo si de un lugar físico, por ejemplo, los brazos, el pecho, pero dando cabida a localizarse también en un espacio psíquico por el cual pueda situarse en el lugar del deseo.

²⁸ Rodulfo, R. Dibujos fuera del papel: de la caricia a la lectoescritura en el niño, Paidós, 1999, Buenos Aires

²⁹ *Ibíd*em, p. 52

Es curioso que por ejemplo, algunas prácticas físicas pueden ayudar a que algunas conductas autistas cambien e incluso que la hiperactividad tome otro lugar.

Temple Grandin³⁰ hace mención de como la autoestimulación táctil contribuye a calmar un sistema nervioso central sobree excitado ya que se habla mucho de que la privación de estímulos táctiles pueden ser causa de hiperactividad, conducta autística, violencia y agresión. Se sabe que algunos tipos de estimulación por medio de la presión profunda utilizados en la terapia de integración sensorial pueden calmar un sistema nervioso sobre excitado y reducir la hiperactividad. La estimulación táctil puede calmar a un sujeto hiperactivo.

Se puede inferir que algunos casos de hiperactividad están asociados a falta o falla en la estimulación táctil y que probablemente la hiperactividad esté referida a esa falta de límite corporal que es necesaria desde el nacimiento para delimitar la piel y poner orden al desorden de estímulos con que el bebé nace y de esta manera hacer algo integrativo de la mente en el cuerpo y viceversa.

De esta manera el bebé logra su constitución como sujeto en esa relación estrecha con la madre, su cuerpo ha sido erogenizado por sus cuidados y palabras, por su deseo, sin esa estrecha vinculación no puede haber constitución.

Pero llegará el momento en que tenga que separarse de la madre para poder diferenciarse de ella. En este sentido podemos suponer que la posibilidad del dominio de la acción motriz, marcará uno de los puntos de apoyo que determinan la salida del encierro con lo materno y que solo será factible, si se ha constituido un más allá de la madre; aquí entra en juego un tercero: el padre.

El movimiento del cuerpo posibilitará la capacidad de desplazamiento y por tanto de alejamiento del bebé. Al principio arrastrándose, después gateando y

³⁰ Grandin, T. y Scariano, M.M. (2008) *Atravesando las puertas del autismo*, Argentina, Ed:Paidós.

finalmente caminando tendrá la posibilidad de separarse de su madre. Habrá que notar que esta separación puede llegar a presentar algunas dificultades para la madre, angustia quizá. El movimiento ambulatorio: ir hacia allá, supondrá no permanecer acá y en este sentido supondrá necesariamente faltar, faltar en ese lugar en donde se constituyó gracias a la madre.

Es muy posible que haya un vínculo entre todo esto y esos síntomas relacionados con el movimiento. El hipermovimiento puede ser una respuesta a la necesidad de salirse de la mirada de la madre, a desasirse de su atrapamiento, de su demanda o todo lo contrario, también puede ser una convocatoria a que lo cobije cuando ha faltado, por ejemplo, la estimulación táctil que estructure el límite. Es curioso que algunos niños hiperactivos no atiendan a la instrucción verbal de “quedarse quieto” o “sentarse” pero que sin embargo, se logre algo cuando uno los “sienta” utilizando el cuerpo y tocando su cuerpo. Estos niños también pueden lograr un mejor aprendizaje cuando éste se da por medio de la vivencia corporal, cuando tocan y manipulan, más que cuando se trata de pura estimulación auditiva, como predomina en los salones de clases tradicionales.

La serie de acontecimientos citados anteriormente conforman al sujeto, lo marcan y lo estructuran y están relacionados con todo aquello que la madre o quien se haga cargo del bebé, hacen con y por él. Sin embargo, el cuerpo en su dimensión carnal y material, no es el único abordaje que podemos analizar, también es necesario incluir aquello que pasa con el cuerpo en su dimensión simbólica, es decir, en lo que respecta a la imagen del cuerpo a partir de la experiencia visual, a la cual llega el bebé habiendo pasado por las experiencias anteriores.

Así que, en lo que respecta al costado de la imagen del cuerpo me gustaría empezar por ubicar el trabajo que hace Françoise Doltó y a lo que ella llama “imagen inconsciente del cuerpo”.

Dolto hace hincapié en que hay síntomas que se manifiestan en el cuerpo y a través de este que tienen su origen en la forma en la que se ha estructurado el sujeto desde los inicios de su existencia.

En los síntomas que se muestran a través del cuerpo, por ejemplo tics faciales, movimientos corporales agresivos dirigidos, etc., se representa, la articulación conflictiva de las tres instancias del aparato psíquico: Ello, Yo y Superyo.

Para entender algo de lo que es la imagen inconsciente del cuerpo es importante puntualizar algunas de las diferencias entre el esquema corporal y la imagen del cuerpo; no son lo mismo. El cuerpo es el mediador entre el sujeto y el mundo, el esquema corporal funciona con la libido que se enlaza con la imagen del cuerpo.

- El esquema corporal será el intérprete de la imagen del cuerpo, el soporte que representa “la relación libidinal fundada en el lenguaje”³¹ que forma la imagen del cuerpo.
- El esquema corporal es el mismo para todos los individuos, es propia de la especie humana.
- La imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno y está ligada al sujeto y a su historia
- El esquema corporal es en parte inconsciente pero también es preconscious y consciente
- La imagen del cuerpo es inconsciente, es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales y solo cuando se relaciona al lenguaje se vuelve consciente.

“la imagen del cuerpo es la huella estructural de la historia emocional de un ser humano. Ella es el lugar inconsciente...en el cual se elabora toda expresión

³¹ Doltó, F. (1986) *La imagen inconsciente del cuerpo*, Buenos Aires: Paidós, p. 21

del sujeto; lugar de emisión y de recepción de las emociones interhumanas fundadas en el lenguaje”³²

La imagen del cuerpo es una estructura que emana de un proceso intuitivo de organización de los fantasmas, de las relaciones afectivas y eróticas pregenitales. La imagen del cuerpo se elabora en la historia misma del sujeto.

De esta manera un esquema corporal sano, es decir, un cuerpo sin daño físico puede quedar invalidado por una imagen del cuerpo perturbada. Sin embargo, también se puede dar el caso contrario, puede haber un esquema corporal invalidado y una imagen del cuerpo sana lo cual estaría relacionado con una buena relación con la madre y un entorno humano flexible y satisfactorio en donde no haya excesiva angustia por parte de los padres y en donde el mismo niño pueda hablar o comunicar a través del lenguaje sus deseos y necesidades en relación a su invalidez y que al mismo tiempo sus padres le comuniquen lo que le pasa y que lo amen.

Esto es un elemento fundamental en lo que respecta a la concepción del TDAH. A través de un cuerpo sano se entran síntomas que pueden aparentar un origen orgánico. Esto abre una nueva vía para la apreciación de este padecimiento. Me parece que los síntomas que conforman al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no necesariamente deben su origen en todos los casos, al mal funcionamiento químico o morfológico del cerebro. La presencia de una dificultad en el control de los movimientos e impulsos, puede estar ligada con la manera en la que se ha conformado el cuerpo para después poderse cristalizar la estructuración de su imagen.

Existe una relación fundamental entre la conformación de la imagen del cuerpo y la palabra: “.....si no ha habido palabras, la imagen del cuerpo no estructura el simbolismo del sujeto....El sentido es dado por el lenguaje, que

³² Ibídem, p. 42

recubre la comunidad de emociones entre dos sujetos de los cuales al menos uno habla de que las siente, es una persona. Estos dos sujetos se comunican por sus imágenes del cuerpo que guardan una relación complementaria.”³³

Los niños, debido a la inmadurez de su esquema corporal no pueden registrar lo que quieren decir algunas de las palabras que escuchan para luego utilizarlas en el mismo sentido que el adulto. El niño oye las palabras y las repite ya que lo que le hace falta para darles sentido es la remanencia de experiencias personalmente vividas, es decir, una imagen del cuerpo fantasmaticada que es lo que hace que el adulto les pueda dar sentido, mientras el niño retoma las palabras que oye del adulto y para él son representativas de otras erogeneidades distintas de las que el adulto puede hacer alusión: “Las palabras, para cobrar sentido, ante todo deben tomar cuerpo, ser al menos metabolizadas en una imagen del cuerpo relacional”³⁴

Considero que la palabra dicha, aún antes de que pueda ser entendida por el niño, se inscribe en él, quien sin captar su significado directo en un inicio, tiene la posibilidad de actuarla y manifestarla a través del cuerpo y así entrar en comunicación con el otro; esto se da gracias al entrecruzamiento entre la imagen del cuerpo y el esquema corporal.

Como dice Inés Ramos con respecto al niño “si grita, corre, se mueve o incluso si está agitado, existe una mínima condición de posibilidad de que otro se acerque. Con pertinencia se dice “quiere llamar la atención”, pues incluye el llamado como un querer que no se le deje colgado”³⁵

Este correr y gritar se debe a que está esperando ser tocado, acariciado, delimitado para después poder acceder a una imagen. Cuando no ha habido esto, parecería que el cuerpo carece de límites que lo hacen desembocar en un

³³ *Ibíd.*, p. 36

³⁴ *Ibíd.*, p. 39

³⁵ Ramos, I. E. “Un cuerpo... a la espera del regalo de una imagen” en *Artefacto 9* p. 187

movimiento sin finalidad alguna, incluso en un movimiento que podría llegar a ser ambulatorio.

La imagen del cuerpo se modifica y se transmite a través de la escucha y mediante la constante repetición de lo que justamente ha sido enunciado, registrado o relatado.

Aquí cabría preguntarnos qué pasa por ejemplo con aquellos niños a los que se les ha reiterado verbalmente que son hiperactivos. Hay que recordar que en la actualidad se tiene una tendencia a diagnosticar con TDAH ante el mínimo síntoma de desatención o hiperactividad. Me parece dramático que abundan en las escuelas maestras o educadoras que dictaminan este tipo de diagnósticos al por mayor provocando que estas conductas se perpetúen.

Y en relación con esto me parece importante citar aquí un comentario que hace Mariana Osorio en relación con los niños que padecen Síndrome de Down:

“El diagnóstico establece que tal sujeto es Síndrome de Down, pocas veces se plantea que se tiene el Síndrome. Sutilezas del lenguaje que imponen sus determinaciones sobre los acontecimientos, casi imperceptiblemente”³⁶

Una de las diferencias más importante que se pueden encontrar en un niño frente a la consigna de “soy TDAH” y otro que puede decir “tengo TDAH” es que el primero queda atrapado en el diagnóstico como algo que lo hace, que lo significa y lo representa. Una de las grandes dificultades que se tienen en la actualidad con el abuso del manejo del diagnóstico es que se emplea de esa manera: “los niños que son TDAH no pueden.....quedarse quietos, hacer operaciones matemáticas,.....” se les ha quitado la posibilidad de hacer algo con

³⁶ Fernández, A. y Vázquez-Urbano, F.,(2001) “Cuerpo: espacio de intersticios” en *Estudios sobre la psicosis y retardo mental: Transferencia y Contratransferencia en los trastornos severos del desarrollo*. Grupo TESEO, Vol. 6, México P. 139

su conglomerado sintomático. Es una palabra que le está dando identidad a los niños y se emplea indiscriminadamente.

Lo que un niño pone en juego o actúa nos puede estar hablando de la relación que tiene con su cuerpo y esto a su vez de su historia, de lo que escuchó de sus padres, de su relación con ellos, de lo que registró de esa relación de lo que sus padres hicieron o dejaron de hacer con su cuerpo. De esta situación se puede desprender el poder hablar de ciertas dificultades en la imagen del cuerpo que son posteriores a las primeras experiencias táctiles, auditivas y olfativas que tiene el bebé al nacer. Por tanto, esa falta de control, de espera, de quietud del propio cuerpo apunta más a encontrar un lugar en lo constitutivo, sin embargo, esto es individual y solo podrá ser conocido a través de lo que es propio del niño.

La relación de la imagen del cuerpo con la palabra, entre otras cosas, pone de manifiesto que es a partir de esta última vía por la cual se podrá acceder al conocimiento de cómo ha sido constituida dicha imagen. Los niños son capaces de mostrar mediante su cuerpo y sus movimientos, la imagen que tienen de él. Este cuerpo, entonces, aparece como un texto capaz de ser leído en esos movimientos, aparentemente organizados en sí mismos, pero sin estar conectados con alguna finalidad específica.

Hay niños hiperactivos a los que se les puede preguntar “¿por qué te estás parando todo el tiempo de tu silla, que quieres hacer?”, y responden: “no se, nada, solo pararme, me gusta, no puedo estar sentado” .Este es un ejemplo en donde el cuerpo parece que habla por sí solo sin que el niño pueda hacer una conexión con lo que esto le provoca o el porque lo hace. El camino probablemente sea, establecer una conexión entre estos actos aparentemente involuntarios, ajenos, y la palabra del niño, una palabra que exprese su deseo, su afecto con respeto a su movimiento.

Una de las funciones del cuerpo es satisfacer una necesidad, necesidad que bajo la mirada médica estaría en el orden de lo biológico: por ejemplo, el niño se mueve porque responde a la necesidad de su cuerpo de hacerlo, influido por el funcionamiento de ciertos neurotransmisores que lo llevan al movimiento. Sin embargo nuestra intervención podría ir dirigida a la palabra, con el fin de que ésta permita pasar esa necesidad biológica a una demanda, a la expresión del deseo que constituye a la imagen del cuerpo. La siguiente es una viñeta clínica que llamó mi atención en este sentido:

A. de nuevo se rasguñó, había mordido a L y a un acompañante, entonces otro acompañante la sujetó de las manos y le dijo “Te tomo de las manos para que no te sigas lastimando, ni lastimes a los demás, porque sangras y eso te duele, mejor súbate, eso no duele” A. no hizo caso y continuó lastimándose, el acompañante la llevó a la enfermería, durante el camino A. le jaló el cabello a otra niña, el acompañante la sujetó y le dijo : “Que pasa?, ¿Qué tienes?”. A escondió su cara de nuevo, como lo hace constantemente y no contestó (cabe mencionar que esta situación se repite diariamente), así que el acompañante volvió a preguntarle: “¿Qué pasa?”, sólo obtuvo como respuesta un fuerte rasguño, entonces el acompañante, sin soltar a A. para evitar que se siguiera rasguñando, esperó a que esta se tranquilizara y pudiera escuchar, De nuevo el acompañante le preguntó ¿Qué tienes? Y A. sin levantar la cara contestó: “Tengo miedo”, aunque no supo decir a qué.³⁷

Aquí se muestra el asunto del cuerpo en el terreno de lo no controlable, de lo impulsivo de lo que al parecer no tiene conexión con el afecto del sujeto o con el saber sobre la consecuencia de sus actos. Sin embargo, la insistencia en la pregunta, en vehiculizar la conexión de los actos con la intención puesta en palabras hizo que la niña pudiera expresar este puente que escenifica su propia imagen del cuerpo y por el cual puede hablar de su miedo. También el hecho de

³⁷ Ibídem, p. 141

no soltar a “A”, de sostenerla, contenerla, es decir, hacer algo con el cuerpo en su plano material hace que la niña después pueda decir algo.

Esto abre la posibilidad de que el niño comience a apropiarse de su cuerpo y su funcionamiento, haciéndolo suyo, cargándolo con sentido, y con una finalidad que le permita encontrar un cuerpo de deseo y no solo un cuerpo de necesidad. De esta manera el cuerpo puede dejar de ser una barrera que impide el contacto con los otros, cuestión de la que se quejan mucho los que conviven con niños hiperactivos e impulsivos, y puede ser utilizado como un medio para relacionarse.

Dicho vínculo se puede empezar a establecer cuando se liga el acto y el afecto por medio de la palabra. Así, se hace patente que la imagen del cuerpo es inconsciente, es la síntesis de nuestras experiencias emocionales y sólo cuando se relaciona al lenguaje se vuelve consciente.

Siguiendo esta misma línea, hay otros autores que profundizan en la constitución de la imagen del cuerpo frente a la experiencia del espejo, experiencia en la que también se pone de manifiesto el papel que juega el Otro como sostén de dicha imagen.³⁸

Maurice Merleau-Ponty explica que el niño frente al espejo, sostenido por su padre, dispone de dos experiencias visuales de éste, la que obtiene cuando lo mira y la del espejo, sin embargo, en lo que respecta a su propio cuerpo, la imagen del espejo es el único dato visual completo, puede mirar sus manos y sus pies pero no puede mirar el conjunto de su cuerpo. Con esta experiencia se trata de comprender que el que ve en el espejo no es él, puesto que no está adentro del espejo, sino que él está allí en donde se siente, y que al no estar allí en el espejo sino al estar allí donde se siente por la interioceptividad, es igualmente visible para

³⁸ Hago énfasis en que la experiencia del espejo no es la única por la que se constituye el cuerpo y su imagen, hay otras experiencias que lo constituyen. La identificación imaginaria puede producirse no solo por lo visual, sino también por otros sentidos como el tacto, el oído, etc.

un testigo exterior “en ese mismo punto donde se siente” bajo el aspecto visual que le ofrece el espejo.

Es ese testigo exterior y su mirada lo que hace que el niño entienda que lo que ve en el espejo es su imagen, gracias a que este otro lo sostiene y tiene la posibilidad de verlo. Es decir, el cómo es visto y más aún, el cómo es sostenido por el Otro, en un inicio es con-formador de su cuerpo y por lo tanto posteriormente del registro imaginario de éste: la imagen del cuerpo.

“La adquisición de la imagen especular interesa pues, no solamente a nuestras *relaciones de conocimiento*, sino también a nuestras **relaciones de estar** en el mundo con el otro”....Así, en el fenómeno muy simple a primera vista, de la imagen especular, se revelaría al niño la posibilidad de una actitud de observación de sí mismo que se desarrollará en seguida bajo la forma del **narcisismo**. Por primera vez, el yo cesa de confundirse para él con lo que experimenta o desea a cada momento y a ese yo vivido, se superpone un yo construido, un yo visible a lo lejos, un yo imaginario, lo que los psicoanalistas llaman superyo”³⁹

Sobre esto Lacan habla en el estadio del espejo. La experiencia del estadio del espejo Lacan la ubica entre los 6 y los 18 meses como una experiencia de Identificación:

“el estadio del espejo como una identificación [] a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen. El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz [] manifiesta la matriz simbólica en la que el yo [je] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto. [] será también el tronco de las identificaciones secundarias [] pero el

³⁹ Merleau-Ponty, M. *Las relaciones del niño con los otros* p. 70

punto importante es que esta forma sitúa la instancia del yo aun desde antes de su determinación social.”⁴⁰ (87)

Con respecto a este escrito, Pieck⁴¹ concluye que ante el reflejo del cuerpo propio, el niño se precipita en esa imagen cuya visibilidad tiene consistencia. No es una imagen que solo se mire, sino que, al mirarla, produce efectos de maduración en él: le organiza el espacio que lo rodea, lo orienta dentro de ese espacio asignándole un lugar desde el que puede asumir un yo con el cual expresarse y tener acceso al deseo. Al mismo tiempo, el encuentro con esa imagen le permite identificar como propias todas las sensaciones provenientes de su cuerpo, sea por un estímulo interno o por un estímulo proveniente del exterior de su cuerpo⁴². Se produce en esta experiencia del espejo un entramado del simbólico, el imaginario y el real: el yo localizado en el espejo (imagen) se incrusta de alguna manera en ese yo (gramatical) que nombra su cuerpo reconocido por él en ese momento y que estará a su disposición cuando acceda al lenguaje, al mismo tiempo que posibilitará a ese yo la apropiación de la vivencia cenestésica y de todas las sensaciones corporales.

A partir de lo observado en quien padece TDAH, parece no haber una apropiación del cuerpo que se mueve, y de ciertas situaciones que marcarían el límite entre el niño mismo y su entorno, más específicamente contenido en algunas manifestaciones de impulsividad, en donde aparentemente no hay un reconocimiento de, por ejemplo, las leyes que organizan el “afuera” del sujeto. Parece no haber una contención o sujeción del movimiento hecha por Otro. Es probable que el desvalimiento sea una de las tantas cosas de las que se muestran en el síntoma de impulsividad e hiperactividad, el desvalimiento de un niño que no tiene quien lo sostenga.

⁴⁰ Lacan, J. (1990) “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”, en *Escritos I*. México: Siglo XXI, p.87

⁴¹ Pieck, C. (2007) *Anorexia y Bulimia, La Tiranía de la perfección*, Querétaro, Mex.: FUNDAp, p 60

⁴² Aunque el encuentro con la imagen o es la única experiencia que permite identificar dichas sensaciones, hay otras experiencias que también llevan a hacerlo.

“La función del estadio del espejo se nos revela entonces como un caso particular de la función de la imago, que es establecer una relación del organismo con su realidad; o. como se ha dicho, del Innenwelt con el Umwelt”⁴³ (p 89) (mundo interno con entorno)

Un niño que interrumpe una conversación, que no respeta la fila para subirse a un juego, que incurre en agresiones físicas fuera de contexto puede estar poniendo de relieve una situación conflictiva en dicha relación.

“Es que la forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder, no le es dada sino como Gestalt, es decir en una exterioridad donde sin duda esa forma es más constituyente que constituida, pero donde sobre todo le aparece en un relieve de estatura que la coagula y bajo una simetría que la invierte, en oposición a la turbulencia de movimientos con que se experimenta a si mismo animándola”⁴⁴(87, 88)

De la cita anterior me interesa analizar específicamente aquello que se nombra como “turbulencia de movimientos”. La posibilidad del niño de verse en el espejo le propone un lugar diferente a esa turbulencia de movimientos que hasta allí se experimentaron⁴⁵. De alguna manera esta experiencia organiza el espacio, lo que se sentía como aislado, sin orden, sin objetivo queda configurado en un solo lugar, en la imagen que se ve; por decirlo de alguna manera, se juntan las piezas, se delimita, se localiza, se contiene la vivencia cinestésica, las sensaciones corporales, la interio y exteroceptividad, dando la posibilidad de que surga el yo :

⁴³ Lacan, J. (1990) “El estadio del espejo como formador de la función del yo” en *Escritos I*. México: Siglo XXI,

⁴⁴ *Ibidem*, 87, 88

⁴⁵ Reitero que la experiencia del espejo no es la única que organiza y hace estos efectos.

“Así esta Gestalt, cuya pregnancia debe considerarse como ligada a la especie, aunque su estilo motor sea todavía confundible, por esos dos aspectos de su aparición simboliza la permanencia mental del yo [je].”⁴⁶ (88)

Es esta relación de estar en el mundo (de la que habla Merleau-Ponty) propia de los hiperactivos algo lo que en algunos casos podría quedar marcado desde lo especular como la forma de conducirse hacia algo. Me parece que en la experiencia del espejo se da la posibilidad de dar una referencia diferente a los movimientos experimentados. A los niños hiperactivos parece faltarles esa relación en algunos casos, como cuando dicen que no saben porque se mueven ni lo que hacen con su cuerpo. Los síntomas que constituyen al TDAH que van desde las simples torpezas motrices hasta los severos problemas en la coordinación perceptivo motora, en la organización de las funciones yoicas y el armado de categorías espaciales tales como arriba-abajo, izquierda-derecha, son fallas que nos pueden estar hablando de la dificultad que se presenta en el proceso de apropiación del cuerpo.

Pero con lo expliqué en un inicio, esa imagen del cuerpo no se constituye sin el sostén simbólico que representa, por ejemplo, la madre, su mirada y su voz deseando algo en ese niño. Es esto lo que configura primero al cuerpo y luego su imagen. Se puede decir entonces que el movimiento del cuerpo tiene pues sus primeras referencias en este simbolismo que los padres con su decir y su deseo aportan con la palabra, incluso mucho antes de nacer.

Hasta aquí he expuesto algunas formulaciones e inferencias en lo que se refiere a la díada sintomática hiperactividad-impulsividad, que aunque muchas veces no puede ir separada del déficit de atención, éste no es representado tan claramente por el cuerpo como aquellos dos. Sin embargo, es interesante hacer un recorrido por lo que pueden decir algunos autores sobre las causas de este

⁴⁶ Ibídem, 88

síntoma que en muchas ocasiones se manifiesta solo, es decir, puede o no ir acompañado de la díada anterior.

La atención, según Freud⁴⁷, es una actividad llevada a cabo por el yo, la parte del ello que bajo el influjo de la realidad objetiva experimentó cambios que le permitieron ser el receptor de los estímulos y de los mecanismos para defenderse de ellos. La atención permite al yo, ejercer su función de autoconservación, tomando noticia de estímulos internos y externos, eliminando fenómenos irrelevantes y evitando sensaciones hiperintensas para que posteriormente el yo, a través del acceso a la motilidad, utilice otras de sus funciones para adaptarse, almacenar experiencias, aprender y alterar el medio externo.

Freud⁴⁸ también puntualiza que las deficiencias en la concentración de la atención han sido generalmente consideradas, como un acercamiento del yo al ello, generado por una hiperintensidad en la carga pulsional que propicia el alejamiento del vínculo exterior, debido a las partes inconscientes del yo.

Sin embargo, la concentración de la atención también puede verse afectada por el proceso inverso, en el que el yo intenta sustraerse de la realidad porque ésta le resultaba dolorosa o peligrosa, quedando a expensas de los impulsos del ello.

El síntoma de falta de atención en los niños, es el costado del TDAH que generalmente les impide acceder al conocimiento y por el cual presentan dificultades cognitivas. La atención es necesaria para obtener y asimilar datos del exterior e incorporarlos en la vida, sin embargo, estos niños no denotan un deseo franco por el conocimiento.

⁴⁷ Freud, S. (1923) “El yo y el ello” en *Obras completas* Vol. 19. B.A.:Amorrortu

⁴⁸ Freud, S.(1938) “Esquema de psicoanálisis” en *Obras completas* Vol. 23

No acceder a un estado de concentración de la atención me hace pensar en un estado de retrotracción de la libido tal y como lo describe Freud para el estado del dormir, no en vano se les dice a los niños que no ponen atención que “están dormidos”. Parece que les falta libidinizar los objetos del conocimiento, distanciarse de ese estado en donde aparentemente no necesitan relacionarse con el entorno, como si esta relación narcisista con la madre fuera suficiente y no tuvieran la necesidad de acceder a un ideal del yo.

“El desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde afuera; la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal”⁴⁹

Sin embargo, es curioso porque me parece que en la hiperactividad y en la impulsividad, esa libido retrotraída o a la que le falta investir el conocimiento, tal y como se muestra en el síntoma de la falta de atención, pugna por salir, por salir a como de lugar, hace parecer que quiere investir objetos de manera indiscriminada, sin tener ningún fin claro (impulsividad), quizá sea solamente un intento fallido por salir de la relación con una madre que no ha renunciado a ser la portavoz de su hijo, que busca seguir interpretando sus necesidades y deseos a la luz de los suyos, cancelando la posibilidad de que el niño pueda desarrollar un deseo propio.

“lo que está en juego no es el síntoma escolar sino la imposibilidad del niño de desarrollarse con deseos propios no alienados en las fantasías parentales”
50

Como revisamos anteriormente con Françoise Dolto, el yo se forma a través de las palabras que los padres, especialmente la madre, han utilizado para

⁴⁹ Freud, S. (1914) “Introducción del Narcisismo” en *Obras Completas*, Vol. 14 p. 96

⁵⁰ Manonni, M. (1965) “La primera entrevista con el psicoanalista Barcelona: Gedisa p. 57

describirlo, así como por las identificaciones con personas significativas; de tal manera que las palabras que se han dicho a los niños se constituyen en los motores o en los frenos para su desarrollo emocional intelectual.

La posibilidad para aprender y el deseo de ocupar un lugar en la sociedad puede lograrse cuando la madre libidinizó y le dio la oportunidad de crecer a su hijo, imaginándolo en el futuro como un ser independiente. Pero para que esto ocurra es necesario que el padre, o quien ejerce esta función al interior de la familia, desempeñe su papel representante de la ley y la cultura.

“Si la madre (o quien ejerza la función materna) lo ubica como objeto único de su deseo, impidiendo el ingreso del tercero, representante de la ley, el niño no se podrá formular ninguna pregunta”⁵¹

Las dificultades para concentrar la atención en el aprendizaje suelen diagnosticarse cuando los niños cursan la escuela primaria, que coincide con la etapa de la latencia; es decir, después de que el niño ha renunciado a sus deseos sexuales a nombre de los valores sociales y a la promesa de un futuro donde podrá tomar sus propias decisiones.

En cuanto a esto Doltó⁵² considera que las renunciaciones que los niños tienen que hacer durante la etapa de la latencia los deja desvalorizados y su estima e identidad dependen del valor social del padre al interior y al exterior de la familia. De tal manera que un padre coherente y valioso es fundamental para la estabilidad y adaptación tanto social, como sexual de los niños.

El proceso cognitivo de poner atención tiene como consecuencia la posibilidad de cuestionarse. Para que un niño arme una pregunta debe haber un

⁵¹ Liliana González (2001) *Aprender: psicopedagogía antes y después del síntoma*, B. A Argentina: Ediciones del Boulevard .P. 39

⁵² Doltó (1981) *La dificultad de vivir* Vol. 1 Barcelona: Gedisa

espacio, una frustración. Cuando el Otro (de los primeros cuidados) no favorece esta separación, es imposible que se arme un espacio para una pregunta.

“Si el sujeto en vías de constitución queda apresado en la posición de ser todo para el Otro, nada falta y por ende no habrá búsqueda, ni encuentro ni aprendizaje”⁵³

Por otro lado los teóricos que han profundizado en las relaciones objetales, consideran que las dificultades escolares caracterizadas por problemas para concentrar la atención y aprender de las experiencias, se encuentran relacionadas con el sadismo innato, la severidad del superyo y las ansiedades paranoides que imposibilitan la comunicación y propician, ya sea el uso masivo de identificación proyectiva o la intensa represión del sadismo.

El sadismo que caracteriza la psique del niño puede ser expresado abiertamente mediante el uso de la identificación proyectiva masiva, tratando de introducir un estado emocional displacentero en el otro, destruyendo las relaciones emocionales con los objetos que le rodean e incorporando objetos fragmentados que imposibilitan la comunicación y el aprendizaje.

Por otro lado cuando existe una gran cantidad de sadismo que no es manifestado abiertamente, éste es intensamente reprimido debido a la culpa que genera el sentir o pensar que se ha dañado a la madre o a los rivales edípicos en la fantasía.

La intensa represión del sadismo va acompañada de una importante inhibición del impulso epistemo-fílico, es decir, la curiosidad o el deseo de saber, debido a que el conocimiento se encuentra impregnado de hostilidad. La represión

⁵³ González L. (1999) *¿Discapacidad?* Córdoba: Ediciones del Boulevard, p. 23

intensa del sadismo (debido a la culpa inconsciente que genera), dificulta el desarrollo del interés por descubrir relaciones causales, por aprender, así como por establecer procesos reparatorios, inhibiendo seriamente el desarrollo emocional intelectual.

Si como señalé anteriormente, conocer, y aprender implican que se abra un espacio que le de lugar a la falta y esto a su vez produce sufrimiento, es probable que la dificultad principal esté en no contar con procesos reparatorios frente a la falta, frente al gasto que implica saber.

W. Bión, seguidor de M. Klein, tomó el desarrollo del pensamiento como eje principal teórico, describiendo los procesos que permiten aprender de la experiencia y estableciendo la forma en que se desarrolla el “aparato para pensar las emociones”⁵⁴. Al igual que Klein, Bion y sus seguidores consideran que el sadismo innato imposibilita la comunicación y la incorporación de objetos buenos que aminoran la ambivalencia y el sadismo. Estos autores establecen que la patología psíquica se manifiesta por la imposibilidad para construir un aparato para pensar las emociones, debido a la ausencia de una madre que pueda funcionar como continente; es decir, que pueda reconocer y aliviar la angustia que el bebé le ha proyectado, devolviéndole una experiencia metabolizada que puede ser pensada e introyectada.

Cuando la madre es incapaz de aceptar los impulsos hostiles de su hijo frente a otros y frente a ella, no podrá proporcionar el espacio en donde el niño pueda elaborarlos. Esto tiene como consecuencia el alejamiento del contacto con sus emociones ya que “pensar sus emociones” le daría la posibilidad de pensar o cuestionarse su entorno.

⁵⁴ Término utilizado por Bion como el lugar simbólico en donde se generan los pensamientos.

La ausencia en la madre de un aparato para pensar las emociones, le impide dar sentido a las experiencias y ansiedades de su hijo, dejándola presa de su ansiedad y obturando el desarrollo en él del pensamiento y del aprendizaje.

Los seguidores de la corriente postkleiniana de pensamiento consideran que cuando la madre no puede realizar la función de continente de transformación de la ansiedad en elementos asequibles al pensamiento, le devuelve al bebé la experiencia aún más angustiante que la inicial, propiciando que éste no pueda utilizar en sus posteriores relaciones, la identificación proyectiva como medio de comunicación, imposibilitando que pueda aprender de la experiencia y enriquecerse de las relaciones interpersonales que establece.

Por su parte Winnicott⁵⁵ señala que las dificultades para concentrar la atención pueden estar relacionadas con una falla en la relación con el objeto primario, debido a la dificultad de la madre para ejercer un “holding”⁵⁶ adecuado que propicie la capacidad para desarrollar la vivencia de omnipotencia y de estar solo en presencia de ella.

Las fallas en la relación con el objeto primario se traducen en las posteriores etapas del desarrollo en la imposibilidad para representar ciertos afectos, para estar solos en presencia de otros, así como para beneficiarse de fenómenos transicionales como el juego y las actividades artísticas, que le permiten la elaboración de ansiedades y el desarrollo psíquico.

La relación de la madre con el bebé debe caracterizarse por un holding adecuado; una rutina de cuidados diarios que tome conciencia de los cambios casi imperceptibles que va teniendo el niño y busque protegerlo de toda afrenta física y psicológica. Cuando se realiza un holding adecuado, el infans (el niño que todavía no habla y se encuentra en una fase donde el cuidado depende de la identificación

⁵⁵ Winnicott, D. (1960) “La integración del ego en el desarrollo del niño” en *El Proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Editorial Laia

⁵⁶ Contención y sostenimiento físico y emocional que brinda la madre al infante.

emocional con la madre) puede experimentar una sensación de omnipotencia que le permite pensar que la madre existe solo para él y por él, pudiendo utilizar el ego de ella, para compensar su propia inmadurez.

Cuando la madre no puede identificarse con el bebé y reconocer sus necesidades, éste se halla al borde de una angustia inconcebible que durante la niñez, la adolescencia y la adultez vuelve a experimentarse en situaciones que generan ansiedad y puede ser interpretada como temor a deshacerse, a caer para siempre, a no tener relación alguna con el cuerpo y a carecer de orientación.

Según esta corriente de pensamiento, los niños que presentan dificultades para concentrar la atención carecieron de un objeto primordial suficientemente bueno que pudiera: “hacer frente a las necesidades de la criatura y hacerlo tan bien que al tener lugar su salida de la matriz de la relación madre-criatura, éste fuera capaz de vivir una experiencia de omnipotencia”⁵⁷

Sostienen que el origen de la falta de atención se encuentra en la imposibilidad del bebé de experimentar la omnipotencia, por falta de un holding adecuado, y que lleva a la experiencia de no integración, ante la cual la criatura se defiende de manera paradójica produciendo un caos, es decir, un estado de desintegración.

Los niños con dificultades para concentrar la atención reviven situaciones de no integración experimentada en la primera infancia, cada vez que enfrentan dificultades o frustraciones manifestando intensa ansiedad y reproduciendo el estado de caos que experimentaron en la infancia. El estado de no integración se manifiesta conductualmente a través de movimientos que carecen de sentido.

⁵⁷ *Ibíd.*, p. 66

Las separaciones constantes de la madre, no permiten al bebé imaginar que ella es parte de él. Estas experiencias propician que el infans no pueda abstraerse, fantasear, estar solo en presencia de ella, ni compensar la inmadurez de su yo con el ego de la madre, ya que cuando se distrae, la madre desaparece o actúa de manera tiránica, imposibilitándole a desarrollar fenómenos o hacer uso de objetos transicionales que le permitan elaborar su separación.

La incapacidad de estar a solas, en presencia de la madre durante la primera infancia, genera durante la niñez y en las subsecuentes etapas del desarrollo, angustia o temor por perder el vínculo con un ser amado. Ante ello, se busca defenderse, reproduciendo el vínculo inicial que se sostuvo con la madre, actuando como si el otro no estuviera allí, no atendiendo; para seguir con su actividad como si nadie los acompañara o buscando hacer sufrir al otro con su tiranía.

No en vano cuando se habla del Trastorno por Déficit de Atención frecuentemente se pone sobre la mesa la pregunta ¿de parte de quién es el Déficit, de los niños hacia su entorno o de los padres hacia sus hijos?

A pesar de que diferentes escuelas han hablado de lo que podría ser la base de las dificultades de aprendizaje y de concentración de la atención, todas coinciden en la relación del niño con la madre (o quien desempeña la función de los primeros cuidados) como algo fundante y primordial. La angustia es tratada por diversos autores como lo que antecede este tipo de conductas.

A partir de lo explicado en esta primera parte del segundo capítulo se concluye que los síntomas que conforman al TDAH en su conglomerado nuclear: hiperactividad-impulsividad y déficit atencional, sí encuentran un lugar en los postulados teóricos de psicoanálisis, formando parte de una perspectiva diferente a la médica y dando cabida a la inclusión de este marco teórico para su comprensión.

2.2 Postmodernidad: uno de los sustentos sintomáticos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

En la primera parte de este capítulo revisamos la manera en la que el niño, quien en el presente trabajo es el personaje principal del TDAH, es constituido como sujeto; el lugar en donde nace, los padres que lo cuidan y los significantes que lo atraviesan forman parte de su constitución así como de la relación inminente con sus síntomas los cuales encuentran como principal lugar para su manifestación el cuerpo. Cada uno de los síntomas que conforman su conglomerado nuclear pudo ser aislado para su análisis particular, encontrando una perspectiva diferente a la que exponen otras disciplinas en lo referente al TDAH

Sin embargo queda por discutir otro de los costados de este trastorno: su articulación con lo social . No se puede pensar un síntoma si no es a partir del momento en el cual aparece, de esta manera, el síntoma se inscribe en una época y expresa el malestar proveniente de elementos que toma del entorno cultural, de sus mitos, de sus creencias y de sus significantes claves. No se puede pensar a la sintomatología fuera de su contexto histórico separándola de algunas cuestiones de época que lo sostienen. Cada época produce sus síntomas y, en cada época, la lectura de los mismos, el modelo de enfermedad que la medicina establece, también está determinado por factores de control social que se ejercen desde un lugar de poder del cual las instituciones médicas y otras dependen.

En el presente capítulo se irán analizando algunos elementos que como parte del vivir y pensar de la postmodernidad, pueden estar sosteniendo el tipo de síntomas con los que nos vemos en el TDAH.

Para comenzar me parece importante retomar el trabajo que ha hecho Dany Robert Dufour con respecto a las diferentes formas de destitución subjetiva

que invaden a nuestras sociedades actuales para lo cual propone algunas líneas de derrumbamiento que hay entre el sujeto moderno y el sujeto postmoderno.

Dufour menciona que en nuestra época todo descansa en la autonomía económica jurídica, política y simbólica del sujeto lo cual se revela a través de diferentes y múltiples síntomas como la aparición de fallas psíquicas, la eclosión de un malestar en la cultura, la multiplicación de actos de violencia y otros. Por su parte Jean-Francoise Lyotard⁵⁸ dice que la postmodernidad se caracteriza por el agotamiento y la desaparición de los grandes relatos de legitimación, especialmente el relato religioso y el político.

“La ausencia de un enunciante colectivo creíble está caracterizando la situación del sujeto posmoderno, conminado a hacerse a sí mismo sin contar con los recursos para ello, y sin ningún antecedente histórico o generacional con legitimidad para remitirse a él”⁵⁹

El ser humano es una sustancia que no tiene existencia por sí misma, sino por el otro, al que las diversas ontologías han dado nombres diferentes: La Naturaleza, Dios, etc. El ser no ha dejado de encarnarse en la historia humana y es esa ontología, “la que el tránsito a la posmodernidad conmociona y de la que constituye una nueva etapa”⁶⁰.

Esa realización del ser en la historia es referida al Otro⁶¹ de Lacan. El sujeto es el subjectus, el que está sujeto a una serie de sometimientos a grandes figuras a lo largo de la historia: La Phycis en el mundo griego; Dios en los monoteísmos; El Rey en la monarquía,...etc Todas diferentes pero lo que

⁵⁸ Lyotard, J-F (2005) *La Postmodernidad (explicada a los niños)* España: Gedisa

⁵⁹ Dufour, D-R. (2001) “Los desconciertos del individuo-sujeto” en *Le Monde Diplomatique*. www.eldiplo.org p. 2

⁶⁰ *Ibíd*em, p. 2

⁶¹ Término utilizado por Jacques Lacan para designar un lugar simbólico –el significante, la ley, el lenguaje, el inconsciente o incluso Dios- que determina al sujeto, a veces de manera exterior a él, y otras de manera intrasubjetiva, en su relación con el deseo. Roudinesco, E. y Plon, M. *Diccionario de psicoanálisis*, 1998, Paidós.

permanece constante es la relación de sumisión a ellas y los esfuerzos concomitantes para escapar de ella. De esta manera en el centro de los discursos del sujeto se encuentra una o varias figuras o seres discursivos en los que se cree como si fueran reales, dioses, demonios, etc. pero que frente al caos, aseguran al sujeto una permanencia, un origen, un fin, un orden: “El Otro permite la función simbólica en la medida que da un punto de apoyo al sujeto para que sus discursos reposen en un fundamento”⁶²

El Otro es la instancia por la que se establece para el sujeto un orden temporal, una anterioridad, da la posibilidad de que exista un “allí” (exterioridad) gracias al cual puede haber un “aquí” (interioridad) “Para que yo esté aquí, es necesario en suma que el Otro esté allí”⁶³

Me detengo en este punto porque me parece importante analizar que una de las dificultades que se encuentran en el TDAH esta relacionado con la pérdida de las nociones espaciales preceptuales, en donde el niño tiene dificultad, por ejemplo, de saber lo que va antes y lo que va después, el inicio de la causa-consecuencia que edifican a la impulsividad. Parece como si en este síntoma se estuviera poniendo de manifiesto la dificultad “allí” “aquí”, interioridad-exterioridad.

Sin embargo parece que ninguna de las figuras del Otro vale ya en la posmodernidad, parece que todos los anteriores Otros de la modernidad están disponibles pero ya ninguno de ellos tiene el prestigio necesario para imponerse. En la modernidad existía cierta distancia entre el sujeto y ese Otro que lo funda (Dios) y la distancia que existía entre el sujeto y el Otro ya no existe la posmodernidad puede definirse por la abolición de al distancia entre el sujeto y el Otro la época postmoderna le da al sujeto parlante una definición autorreferencial.

⁶² Ibídem, p. 3

⁶³ Ibídem, p. 3

El sujeto posmoderno parece encaminarse hacia una posición subjetiva definida por un estado límite entre la neurosis y la psicosis entrampado en la melancolía, la imposibilidad de hablar en primera persona, la ilusión de omnipotencia y la huida hacia adelante de falsos sí mismos, en personalidades prestadas ofertadas por el mercado. Esto es lo que lleva en la actualidad a la administración masiva de Prozac y de Ritalin tanto en adultos como en niños en donde hay un atascamiento de la acción, no pueden hacer nada, la medicina lo tiene que hacer por ellos. Una consecuencia de esto es que la diferencia entre curarse y drogarse no existe, así es difícil decir lo que pertenece a uno mismo y lo que no. Curiosamente esto se anuda a la característica de la diada hiperactividad-impulsividad que mencioné en el capítulo anterior en donde el niño no puede integrar como parte de sí mismo sus movimientos y las consecuencias de sus actos, siempre hay una referencia al “no se porque no puedo dejar de hacerlo”, precisamente como si no supiera lo que es parte de sí mismo y lo que no.

“En la posmodernidad ya no es la culpabilidad neurótica la que define al sujeto, sino algo así como el sentimiento de omnipotencia cuando se logra algo y de impotencia absoluta cuando no”⁶⁴

Es curioso que se hace cada vez más notorio el hecho de que cuando un niño no aprende, en vez de intentar hacer algo con su postura frente al conocimiento e incluso escoger mejores vías de subjetivar el saber, se prefiere hacer uso de alguna droga que mejore su espectro atencional y lo ayude a cumplir con el programa de conocimientos requerido. Creo que en muchos sentidos las exigencias laborales, tecnológicas y escolares, frecuentemente escapan del natural desarrollo evolutivo, de lo que el hombre por sí solo es capaz de dar.

Este desdibujamiento del Otro es lo que hace posible la falta de un límite que le refiera al sujeto hasta donde ya no puede hacer. Esto, por ejemplo, se ve claramente como un síntoma en los niños con TDAH: se destaca una falta de

⁶⁴ Ibídem, p. 5

límite claro entre el niño y la autoridad, entre el niño y la ley. Pero hay varias situaciones que a mi parecer sostienen desde lo externo esta situación.

Por ejemplo, la utilización de las tecnociencias dan actualmente la posibilidad de hacer lo que en otros tiempos estaba solamente bajo el dominio de Dios (este punto será ampliado más adelante). Esta falta de límite entre lo que se puede hacer y lo que no se puede hacer queda marcada en el comportamiento trasgresor de estos chicos a los cuales “ningún castigo o consecuencia” puede atravesarlos. Su capacidad de espera o de frustración con respecto a lo que no se puede obtener, parece que los sitúa en un estado de locura precedido por la idea de que se puede todo.

Los maestros cada vez tienen menos injerencia en la intervención disciplinaria de los alumnos ya que con frecuencia se argumenta que el castigo y el regaño ya no tienen lugar en esta época, mejor hay que dialogar y establecer acuerdos que, evidentemente la mayoría de las veces, se trasgreden.

Dufour propone un derrumbamiento de “La relación con el Otro como figura de la alteridad intersubjetiva” a partir de lo cual explica cómo actualmente “se puede todo” hay un sujeto dispuesto al “omnigoce” versus a la “sustracción del goce” que se daba en la modernidad en donde se renunciaba a una parte del goce en beneficio de la comunidad. Ahora se promueve a un sujeto neutro y autodeterminado y de esto existen varios ejemplos como la intervención de las tecnociencias en el “Real” del sexo y las generaciones. El cambio de sexo a partir de los avances de la cirugía plástica y la posibilidad de procrear a un hijo-nieto hacen patente esta directriz.

Los bancos de semen promueven tener hijos perfectos y tratan de convencer al consumidor de que el fluido que ellos ofrecen da la oportunidad de reconstituir la fisiología (raza, complexión, color de ojos) y hasta la psicología

(entusiasta, sensible, inteligente) gracias a sus fabulosos donadores dotados de cualidades espectaculares.

El “todo se puede” queda también patentado con lo que se hace a través de la clonación y avanza sobre el camino de “superar la muerte” o la pérdida como algo que marca al sujeto por ser sujeto. Tal es el caso del proyecto Missyplicity en el cual los dueños de una perrita (Missy) un día se dieron cuenta de que su perrita era mortal así que SIN PODER RESIGNARSE acudieron a la facultad de veterinaria de la Universidad de Texas para proponer que Missy fuera clonada a cambio de 2.3 millones de dólares. El proyecto se llamó Missyplicity (Multiplicity) pero a diferencia de las clonaciones que se han hecho con animales de granja o de otro tipo a éste lo movieron motivos sentimentales.:

“De seguir por este camino, la clonación se convertirá en el equivalente tecnológico de la resurrección”⁶⁵

Este tipo de experiencias develan la NO distancia que puede haber ahora entre el hombre y la tecnología, entre el hombre y Dios o aquel Otro al cual se le atribuía la vida y muerte. Ellas están siendo ahora un asunto que queda en manos del hombre y patentan la falta de límite entre el Otro y el sujeto.

“Debido a la inserción en el mundo de las máquinas, se ha perdido la confianza en la subjetividad y en la capacidad humana de juzgar mientras creemos a ciegas en el poder del cómputo mecanizado”⁶⁶

Uno de los elementos que actualmente está teniendo impacto entre la gran variedad de tratamientos para mejorar el TDAH es el plan computacional que se ofrece en los diseños programados del neurofeedback.

⁶⁵ Yehva, N. (2001) *El cuerpo Transformado*, México, D.F.: Paidós p. 138

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 12

El neurofeedback es una técnica en la cual se entrena al cerebro para ayudarlo a mejorar su propio funcionamiento, estimulándolo de manera similar a como se estimula el cuerpo mediante el ejercicio físico.

El tratamiento mediante Neurofeedback⁶⁷ utiliza tecnología multimedia, asistida por una PC para monitorizar los patrones individuales de actividad cerebral asociados a distintos estados de conciencia. Quien utiliza este tratamiento realiza entre 2 y 5 sesiones semanales hasta completar un mínimo de 20 o 40 sesiones. Estudios de investigación han demostrado la utilidad del neurofeedback en el TDAH y otras afecciones.

El tratamiento consiste en aprender, aprovechando la retroalimentación de los parámetros del EEG, qué relaciones existen entre nuestras conductas y actitudes de un lado y el buen funcionamiento cerebral del otro, y cómo se puede aprovechar la experiencia obtenida de tal forma para controlar mejor la actividad cerebral y optimizar sus recursos en función de las necesidades. El objetivo es aprovechar plenamente el potencial de su propia mente para llevar una vida más alegre, actuar de manera eficaz y conseguir más.

Al utilizar el entrenamiento con Neurofeedback se pueden obtener las siguientes ventajas: mejor concentración, mejor enfoque, facilidad de toma de decisiones, disminución de número de errores, abreviación del tiempo de reacción, aumento de creatividad, mejor capacidad memorística, rápido aprendizaje, mejor bienestar psicológico, disminución de ansiedad y temores, menor susceptibilidad al desgaste, mejor autocontrol, bienestar psicológico, integración mente cuerpo, etc. entre otros.

Pienso que la utilización de este tipo de recursos como **únicos** alejan al niño del contacto con su subjetividad, impidiéndole simbolizar lo que le pasa,

⁶⁷ <http://www.eutimia.com/neurofeedback/>

pero lo verdaderamente perturbador es que al hacer esto se crea la ilusión de que estos problemas no tendrían solución de no ser por las computadoras.

Otro aspecto que interesa a esta tesis y que forma parte del derrumbamiento de la relación con el Otro es la relación del sujeto con el saber. En la posmodernidad se eliminan las marcas de alumno maestro excluyendo la diferencia generacional y formando parte ahora de una sociedad de iguales. El dialogo entre maestro y alumno ya no existe porque es difícil lograr un hilo discursivo. Al tratar de implantar la democracia en la escuela, los alumnos desaparecen ya que se da como resultado la eliminación simbólica de la diferencia entre maestro y alumno. Pero si la autoridad de los adultos es abolida es porque los adultos se niegan a aceptar la responsabilidad de sus hijos. No se ubican como adultos y por lo tanto no pueden ubicar al otro como niño

La crianza implica relaciones interhumanas en donde los padres se pueden dar lugar para cuestionarse cómo ser padres. A partir de la posibilidad de estos cuestionamientos se da la crianza, tomándose como referentes a sí mismos, a los otros y a la red significativa de su cultura. Este proceso que va transformando sus valores, discursos y afectos los va subjetivando y haciendo parte del linaje cultural. Sin embargo, hoy en día nos topamos con un sistema biopolítico que, como dice Raquel Ribeiro⁶⁸, trata de romper relaciones interhumanas, imponiendo en su lugar el conocimiento científico como el único poseedor de la verdad sobre la correcta crianza y orillando a los padres a comprar ese saber.

Tenemos como ejemplo un mercado lleno de revistas, videos, conferencias, talleres, cursos, pláticas que intentan dar respuestas a las dudas de los padres sobre cómo educar a sus hijos, cómo hablarles, cómo castigarlos, como regalarles algo y hasta cómo amarlos.

⁶⁸ Ribeiro, R. (2005) "Prácticas de crianza ¿subjetivantes?" en *Revista Carta Psicoanalítica* No. 7, www.cartapsi.org

Me parece que esta situación impide que los padres se cuestionen qué desean ellos como padres y qué creen que desea su hijo de ellos y del mundo. Dudan sobre la verdad de sus saberes afectivos e innatos que solo se podría lograr si se ponen en contacto con su deseo. Dejan la verdad en el afuera y no hacen uso de su subjetividad.

El malestar de un bebé, que anteriormente era remediado por los varios intentos y cuestionamientos de la madre sobre lo que podría hacer para ayudarlo, ha quedado sustituida por aparatos de alta tecnología que contestan ante el llanto del recién nacido. La posibilidad de insertar al bebé en el mundo de los cuestionamientos y de la subjetivación está quedando fuera.

El déficit de atención, ese estar en la luna, no poder concentrarse, no poder crear un lazo sostenido entre el niño y el mundo con el fin de conocer, de saber, de buscar, de cuestionarse, ¿no es lo mismo que lo que pasa con los padres que acuden ante sus primeros cuestionamientos a este tipo de remedios?

Desde que el hombre nace, sus primeras experiencias dejan huellas, marcas que van delineando el proceso de su constitución subjetiva y de construcción del conocimiento. El potencial que trae el niño al nacer se concreta si están presentes las condiciones para hacerlo y según la calidad del encuentro con el Otro primordial que de ser un sujeto deseante, le posibilitará alojarse en el universo simbólico.

Si el Otro todo lo sabe, legitimizará lo que se puede preguntar o no, lo que se puede pensar o no. Investigar, preguntar y saber siempre llevan consigo un sesgo de sufrimiento, cuestión por la que hoy en día muy pocos están dispuestos a pasar.

Un último aspecto que deseo abordar es el impacto económico que tienen este tipo de abordajes clínicos en la sociedad. Los laboratorios tienen tal poder

económico que las enfermedades se definen a partir de las especialidades químicas y no al revés. Se descubren o se crean sintéticamente nuevas drogas, se investigan sus efectos posibles, se determina así su utilidad posible y a partir de ello se definen enfermedades, síndromes o disturbios para los que ya se posee la droga adecuada. Esto se puede ver reflejado en las sucesivas modificaciones de la nosografía patológica y psicopatológica tal como se muestra en las diversas versiones del DSM 1, 2, 3,4 R, Rm, etc y que nos recuerda que los psiquiatras que investigan y estudian determinados psicofármacos están respaldados económicamente por los mismos laboratorios farmacéuticos.

Sobre este punto es interesante leer el siguiente artículo:

En septiembre de 2005 el Press Release Newswire⁶⁹, publica un artículo titulado: "El trastorno del déficit de Atención (TDAH) es una "enfermedad" inventada", en donde Raúl A. Rubio Cano hace un reportaje a la pediatra Argentina Margarita González. Lo siguiente son algunas notas sobre este reportaje:

La pediatra Margarita González indicó al periódico REGIO de Nuevo León que:

"En 1967, un grupo de prominentes psiquiatras y doctores se reunieron en Puerto Rico para discutir sus objetivos para usar drogas psicotrópicas en gente normal para el año 2000. Su plan incluía "productos tóxicos" que pudieran crear la misma atracción que el alcohol, la marihuana, el opio y las anfetaminas, produciendo disociación y euforia.

"La reunión de Puerto Rico concluyó en: Aquellos que trabajamos en este campo vemos un potencial de desarrollo para obtener un control casi total del estado emocional humano, el funcionamiento mental y la disposición para actuar.

⁶⁹ www.ambosmedios.com

Estos fenómenos humanos pueden ser comenzados, parados o eliminados mediante el uso de varios tipos de sustancias químicas. Lo que podemos producir con nuestra ciencia, ahora afectará a la sociedad entera.

"El grupo también predijo que la extensión del uso de drogas puede ser trivial cuando lo comparamos con los posibles números de sustancias químicas que estarán disponibles para el control de los aspectos selectivos de la vida del hombre en el año 2000"

"En 1952, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) contenía solamente tres "trastornos" infantiles. Para 1980, el número de trastornos de niños se había multiplicado casi en diez. "En 1987, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) fue lanzado a la existencia mediante una votación de los miembros del comité de la APA (Asociación Psiquiátrica Americana) y puesto en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM). En menos de 1 año, y solamente en los Estados Unidos, se etiquetaron 500,000 niños con este trastorno. En la actualidad, más de 6 millones de niños en los Estados Unidos han sido etiquetados con este trastorno.

"A escala mundial, el número de niños etiquetados con TDAH, que en Europa se conoce como "Trastorno Hiperquinético" o como "Déficit en la atención el control motor y la percepción" (DAMP) se ha elevado a partir de los años 90. En Francia se incrementó en un 600% en el período 1989-1996".

Este y otros artículos revelan que los intereses del mercado farmacéutico rebasan los criterios diagnósticos. Parecen tener buenas razones para hacer que se perpetúe el trastorno promoviendo nuevos "remedios", cada vez "mejores" para tratarlo.

N. Yehva hace un análisis interesante sobre este punto en el cual puntualiza que se ha vuelto costumbre recetar a los niños, desde los cuatro años,

calmantes, anfetaminas y drogas psicotrópicas. Es alarmante que al menor indicio de problemas de concentración o hiperactividad se recurra a estos medios en lugar de buscar los orígenes de los síntomas y canalizarlos por diversas vías o mejorar a un sistema educativo mortalmente aburrido. Sin embargo se determina que estas actitudes son síntomas y se les aplica un tratamiento que casi siempre consiste en el uso de fármacos que ofrecen resultados instantáneos, mucho menos caros y complicados que interminables sesiones de psicoterapia.

Me parece que puntualiza una de las principales características del vivir actual: todo debe dar resultados inmediatos. La capacidad de espera, de tolerancia frente al síntoma es ahora casi nula. La posibilidad de dejarlo fuera de la vida y de la subjetividad llama la atención e inquieta.

Esta misma incapacidad de espera es uno de los síntomas principales del TDAH, es decir, no solo es un síntoma propio del trastorno, sino de la época, el niño no puede esperar para obtener lo que desea, pero tampoco, ni la institución educativa, ni los padres pueden hacerlo para dar tiempo a que el niño y la familia subjetiven su síntoma.

Otro elemento que induce a pensar el TDAH como un síntoma de la postmodernidad es que el uso de drogas ha demostrado ser extremadamente eficiente, tanto para las escuelas como para los padres sobreestresados, pero en especial para la industria farmacéutica; tan solo ritalín aumentó su producción en 700 por ciento a partir de 1990. En marzo de 2000 se estimaba que más de cuatro millones de niños en Estados Unidos son tratados con ritalín y 2.5 millones con antidepresivos⁷⁰

Además de las ganancias que la venta de medicamentos dan a la empresa farmacéutica, se deja traslucir otro fin en la intención de utilizar

⁷⁰ Yehya, N. (2001) *El cuerpo transformado*, México: Paidós P.p 66, 67

psicotrópicos con la población, uno de ellos, como lo deja ver el artículo anterior, parece estar encaminado a crear hombres predecibles y controlables, casi robots, deshumanizados y locos.

“La psiquiatría, como aparato ideológico del estado (AIE) recibe a sujetos en función de su diferencia con lo que se considera normal o con lo que se espera de ellos. El estudio clínico puede detectar en ellos una enfermedad orgánica o no. En caso negativo, no por ello dejan de ser objeto de la intervención psiquiátrica.....La psiquiatría crea y, a no dudarlo, seguirá creando los objetos sobre los cuales habrá de discurrir” ⁷¹

Es alarmante notar las cifras a las que asciende actualmente el diagnóstico del TDAH, tanto en México como en el resto del mundo.

En septiembre de 2005 el Healthy Day News⁷² saca una nota en donde Sussane Visser epidemióloga del Centro Nacional de Defectos de Nacimiento y Discapacidades del Desarrollo de los CDC. menciona que se sabe por primera vez que 2.5 millones de niños están siendo medicado por TDAH.

El artículo reporta que en el año 2003 alrededor de 4.4 millones de niños de los 4 a los 17 (el 7.8 por ciento de los niños de los EE.UU.) se les había diagnosticado TDAH en algún momento. Se calculó que el 4.3 por ciento de los niños estadounidenses en este rango de edad había recibido en algún momento el diagnóstico y estaba tomando medicamentos.

En otra fuente, a principios del 2006 en la revista Día Siete⁷³, suplemento del periódico El Universal expone un artículo llamado “Ponga mucha atención” que habla sobre este tema. En éste artículo se expone que México es el país al que más tarde llegó el diagnóstico. Se estima que el 5 % de la población entre los 6 y

⁷¹ Braunstein, N. (1980) *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*, México: Siglo XXI P.p. 27, 28

⁷², Amanda G. (2006) “Mas de 2.5 millones de niños de los EE.UU toman medicamentos para el TDAH, Healthy Day News/ Hispani Care

⁷³ Flores, E. (2007) “Ponga mucha atención”, en *Día Siete*, Año 6 no. 290 Mexico, D.F. : El despertador

los 16 años de edad lo padece, es decir, un millón 600 mil niños. Los hijos de padres con TDAH tienen 50 % de probabilidades de presentarlo. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, de los niños que lo padecen solo el 8% es diagnosticado y tratado debidamente.

En éste artículo se habla del TDAH como una discapacidad. Veamos la siguiente cita que hace Guadalupe Obregón, directora y fundadora del Centro especializado en TDA (CETDAH) :

“Es una discapacidad invisible porque le ocasiona muchos problemas al niño. A un pequeño con TDAH se le margina y se le etiqueta. No se trata de un niño problema sino de un niño que tiene problemas”

La directora de la Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados A.C. Adriana Pérez de Legazpi dice que la única forma de tratamiento es el medicamento:

“Cuando las madres buscan otras alternativas creo que están limitando la posibilidad de desarrollo de su hijo. Hay que saber discriminar la chatarra de la evidencia científica”

Otro elemento que nos da luz sobre la concepción del TDAH como síntoma de la época postmoderna es el hecho de que está tomando un espacio de orden jurídico.

Este mismo artículo muestra que se intenta dar una iniciativa de ley para el TDAH, y el Dr. Eduardo Barragán es el principal motor de una iniciativa de reforma de la Ley General de Salud y a la Ley General de Educación que fue presentada a mediados de 2005 ante la Cámara de Diputados, debido a que el trastorno no está reconocido como un padecimiento mental y no existe un marco jurídico que proteja y ayude al desarrollo de niños. El afirma que esto lo que persigue son tres finalidades:

“Que haya reconocimiento en el marco legal porque se desconoce el trastorno; que la Secretaría de Salud realice una norma general que les permita diagnosticar correctamente porque el padecimiento está subtratado y es importante que hay atención adecuada en todo el país; y lo otro es que sólo los padres sean responsables del tratamiento”

Este y muchos reportajes más revelan cifras parecidas. Las cifras que se proponen para EUA no son las mismas pero si muy similares para otros países. Basta con contar al número de niños diagnosticados en una escuela y ver que asciende al menos al 5% de la población total.

La última parte de este artículo me llama mucho la atención porque me parece que cuando se pretende respaldar este tipo de padecimientos mediante el peso de una ley hay algo que cambia en su apreciación. Es bien sabido por el psicoanálisis que la manera en la que es nombrado algo y la referencia que eso tiene con el mundo puede determinar gran parte de su conducta. Desde lo social, el hecho de que se desee poner en vigor una ley que ampare todo lo que se hace alrededor de dicho padecimiento tendrá como resultado, no solo que se conozca más y se sepan mejor los derechos de los niños con TDAH, como argumentan los interesados, sino tendrá como consecuencia sin duda, que el número incremente. Es alarmante escuchar a personas que poco o nada saben sobre el tema, formular etiquetas diagnósticas en niños que, por ejemplo, han atravesado por una mala racha escolar.

“La etiqueta diagnóstica imparte una identidad personal defectuosa al paciente. De allí en adelante ella lo identificará ante otros y gobernará la conducta de ellos ante él y de él ante ellos, Así el nosólogo psiquiátrico no sólo describe la así llamada enfermedad de su paciente sino que también prescribe su futura conducta”⁷⁴

⁷⁴ Braunstein, N. (1980) *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)* México: Siglo XXI, p. 30

Por fortuna, con respecto a la ley, hay una reforma en materia educativa, proyecto que fue propuesto y analizado por el Congreso durante el 2008 y aprobado por unanimidad en marzo de 2009.⁷⁵

Se trata de una modificación que busca la protección y justicia para niños que acuden a las escuelas y que su conducta ha sido catalogada médicamente como trastorno por déficit de atención con hiperactividad .

Los legisladores decidieron aprobar esta reforma ya que algunos centros escolares utilizan estas sustancias psicotrópicas como si fueran “aspirinas” para controlar la conducta de los menores en el aula, y además, sin ninguna prescripción medica seria, medican alumnos al iniciar la mañana de trabajo. Asimismo, los legisladores se percataron de que algunas escuelas estaban condicionando la permanencia de los alumnos hiperactivos siempre y cuando se tomaran esta medicación. Es decir, estos centros escolares abusaron de las pastillas como camisa de fuerza farmacológica, con las cuales pretendían controlar la disciplina escolar. De tal manera que se adicionan tres fracciones al Artículo 75 y una al Artículo 76 de la Ley General de Educación, agregados que prohíben tajantemente y sancionan este tipo de prácticas escolares.

Esta reforma plantea lo siguiente: Artículo 75.- son infracciones de quienes prestan servicios educativos : I.aXII.....XIII.- Administrar a los educandos, sin previa prescripción médica y consentimiento informado de los padres o tutores, medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas o estupefacientes; XIV.- Promover en los educandos, por cualquier medio, el uso de medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas o estupefacientes, y XV.- Expulsar o negarse a prestar servicio educativo a niñas, niños y adolescentes que presenten problemas de aprendizaje, condicionar su aceptación o permanencia en el plantel a someterse a tratamientos médicos específicos; presionar de cualquier manera a

⁷⁵ Elporvenir.com/opinionreformaalaleygeneraldeeducacion

los padres o tutores para que acudan a médicos o clínicas específicas para la atención de problemas de aprendizaje de los educandos. El Artículo 76 expresa que en caso de incurrir en infracciones a lo anterior, se establecerá una multa equivalente a cinco mil veces el salario mínimo, es decir, alrededor de 250, 000 pesos, así como la revocación de la autorización o retiro del reconocimiento de validez oficial de estudios.

Me parece que esto patenta de alguna manera la gravedad del problema del TDAH como un trastorno de la actualidad.

El análisis de los elementos de la postmodernidad que pueden estar dando pie a este tipo de diagnósticos (y a otros) da la oportunidad de vislumbrar al TDAH desde su costado social, logrando con ello un mejor y más amplio entendimiento de lo que sostiene este tipo de síntomas. Se abre la posibilidad de un tratamiento que de cabida a un espectro más amplio y como consecuencia a un re- posicionamiento del sujeto frente a su síntoma.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación desde el inicio fue indagar si se podría mostrar un enfoque diferente del de la psiquiatría, neurología y psicopedagogía, para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, al tiempo en que se justificara con lineamientos sólidos y bien fundados.

En un inicio se describió lo que dichas prácticas postulan sobre este padecimiento, tanto su origen como su diagnóstico y tratamiento para concluir así con algunos cuestionamientos que pretendían ser contestados a lo largo de la investigación.

Los síntomas nucleares reconocidos por la psiquiatría para el TDAH pueden ser apreciados, a partir de los lineamientos psicoanalíticos, en su particularidad y remitirse tanto a elementos propios de la constitución del sujeto, por un lado, como a elementos que conforman el vivir y actuar en nuestra sociedad en la época actual.

Desde el psicoanálisis, la comprensión del TDAH como entidad nosológica psiquiátrica, así como la precisión y delimitación de sus categorías se desvanece, pues el sujeto deja de ser considerado como un ser poseedor de síntomas, para ser mirado en su complejidad psíquica.

El cuerpo, como lugar y espacio del psiquismo y de la erogenidad, entrama en su articulación al complejo sintomático que constituye a este padecimiento. Constitución subjetiva y síntoma, se encuentran imbricados de manera inseparable y nos permiten la comprensión del posicionamiento del paciente frente a su entorno y a sus dificultades.

A pesar de las dificultades que implica abordar una patología desde una perspectiva distinta a la del marco teórico que le dio origen, en este caso la psiquiatría, consideré indispensable no renunciar al intento de hacerlo.

El TDAH es una entidad psiquiátrica formada por factores cognitivos, conductuales y emocionales. La heterogeneidad en los síntomas que describen este trastorno ha propiciado que este sea estudiado por otras ramas de la salud mental, especialmente la neurología y la psicopedagogía. Estas han llegado a una profunda comprensión de este trastorno y de los síntomas que lo caracterizan.

Freud⁷⁶, a través del estudio de las acciones fallidas y los recuerdos encubridores, estableció que las hoy definidas funciones cognitivas (o psicológicas) se hayan influenciadas en gran medida por la emotividad, por lo que pretender estudiarlas de manea aislada o independiente sería hacerlo en condiciones artificiales.

Uno de los propósitos del psicoanálisis es conocer cómo se han estructurado los síntomas y el sentido y significado que han adquirido en la vida del paciente, desentrañando su complejidad.

Analizar una patología desde esta perspectiva da la posibilidad de dejar de considerarla un fenómeno generalizable y comenzar a descomponerla en sus elementos particulares para adentrarnos en la comprensión de las sutilezas que la forman y toman sentido, solamente a la luz de la historia subjetiva.

Por sí mismos, los síntomas de desatención e hiperactividad-Impulsividad, denotan la presencia de patología, pero dicen muy poco del sujeto que los padece, pues son solo manifestaciones externas que pueden deberse a múltiples factores.

⁷⁶ Freud, S. (1901) “Psicopatología de la vida cotidiana” en *Obras Completas*, Vol. 6 Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Para el psicoanálisis los signos y síntomas que constituyen un trastorno son manifestaciones externas y superficiales de la manera en como se organizan los componentes del aparato psíquico, de tal forma que psicopatologías originadas por conflictos distintos, pueden generar síntomas semejantes.

Esta rama de la salud mental busca aprehender, mediante los encuentros con el sujeto, la manera en que interpreta su historia, la postura que establece con su entorno y la relación de esto con sus síntomas. El único material con que cuenta el psicoanalista es el discurso del paciente, por lo que es necesario atender a las explicaciones que el analizado tiene de sus propios síntomas y a los conflictos subyacentes a los reportados.

Las diferencias epistemológicas del psicoanálisis con el resto de las disciplinas de la salud mental propician que también los tratamientos psicoanalíticos tengan objetivos distintos, pues mientras que las ramas de la medicina intentan eliminar síntomas en el menor tiempo posible, el psicoanálisis considera que esto es solo una consecuencia de la ampliación de la imaginación y la fantasía y de la búsqueda de la verdad⁷⁷

Incluir la perspectiva psicoanalítica en la comprensión del TDAH, implica agregar al modelo psiquiátrico una visión plural y compleja, que intente comprender la conflictiva, el sentido y la manera en que los síntomas se fueron estructurando en la historia subjetiva del paciente.

⁷⁷ Bleichmar, N. y Lieberman C. (1989) *El psicoanálisis después de Freud*, México, D.F. : Paidós, Psicología profunda

LITERATURA CITADA

- Baraldi, C.(2002) *Aprender: la aventura de soportar el equívoco*, Homo Sapiens. B.A. Argentina
- Baraldi, C. (2001) *Jugar es cosa seria*. Argentina: Homo Sapiens
- Bion, W.R. (1970) *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- Bleichmar, N. Y Leiberman C. (1989) *El psicoanálisis después de Freud* México, D.F.: Paidós, Psicología profunda
- Bleichmar, S. (1995) “Del discurso parental a la especificidad sintomal en el psicoanálisis de niños”, *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*, Buenos Aires: Lugar Editorial
- Bleichmar, S. (1981) “Para repensar el psicoanálisis de niños: El concepto de neurosis en la infancia a partir de la represión primaria” *Trabajo de psicoanálisis*, Vol. 1, Num. 1
- Braunstein, N. (1980) *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)* México: Siglo Veintiuno Editores.
- Condemarín y cols. (2004) *Déficit Atencional: estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa*. Santiago de Chile: Ariel Educación
- DSMIVT-R (2002) *Breviario Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Asociación Psiquiátrica Americana*. Barcelona: Masson
- DSMIV, (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*. Barcelona: Masson
- Dolto, F., Nasio, J.D., (1992) *El niño del espejo. El trabajo psicoterapéutico*. Barcelona: Gedisa Editorial
- Doltó, F. (1986) *La imagen inconsciente del cuerpo* B.A.. Argentina: Paidós
- Doltó, F. (1981) “*La dificultad de vivir*” Vol. 1 Barcelona: Gedisa
- Dufour, D-R. (2001) “Los desconciertos del individuo-sujeto” en *Le Monde diplomatique*, www.eldiplo.org.

- Fernández, A. y Vázquez-Urbano, F., "Cuerpo: espacio de intersticios" en *Estudios sobre la psicosis y retardo mental: Transferencia y Contratransferencia en los trastornos severos del desarrollo*. Grupo TESEO, Vol. 6, México. 2001
- Flores, E. (2007) "Ponga mucha atención" en *Día Siete*, Año 6, Numero 290, México, D.F.: El Despertador.
- Freud, A. (1971) *Normalidad y Patología en la niñez* Buenos Aires: Paidos
- _____ (1927) *El psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Paidos
- Freud, S. (1938) "Esquema de psicoanálisis" en *Obras completas* Vol. 23. Buenos Aires: Amorrortu
- _____ (1926) "Inhibición, síntoma y angustia" *Obras Completas*, Vol. 20, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1924) "El Sepultamiento del Complejo de Edipo" *Obras Completas*, Vol 19, Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud, S. (1923) "El yo y el ello" en *Obras completas* Vol. 19, Buenos Aires: Amorrortu
- _____ (1917) "18° Conferencia: La fijación al trauma, lo inconsciente" *Obras Completas* Vol. 16 Buenos Aires: Amorrortu Editores
- _____ (1917) "17° conferencia. El sentido de los síntomas" *Obras Completas*, Vol 16, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1915) "La represión" *Obras Completas*, Vol. 14, Buenos Aires: Amorrortu Editores
- _____ (1914) "Introducción del Narcisismo" *Obras Completas*, Vol. 14, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1914) "Sobre la psicología del colegial" *Obras Completas*, Vol. 13, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1911) "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico" *Obras Completas*, Vol.12, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1909) "La Novela familiar de los neuróticos" *Obras Completas*, Vol 9, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1901) "Psicopatología de la vida cotidiana" *Obras Completas*, Vol. 6, Buenos Aires: Amorrortu Editores

- _____ (1898) "La sexualidad en la etiología de las neurosis" *Obras Completas* Vol. 7 Buenos Aires: Amorrortu Editores
- _____ (1896) "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa" *Obras Completas*, Vol. 3, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González, L. (2001) *Aprender, Psicopedagogía antes y después del síntoma*. Córdoba Argentina,: Boulevard
- González, L. (1999) *¿Discapacidad?* Córdoba: Ediciones del Boulevard
- Grange, E. ((1999) "De este y del otro lado del espejo" *Estudios sobre psicosis y retardo mental; juego y proceso de subjetivación*, Vol 4, México, D.F.: AMERPI, Grupo Teseo.
- Grandin, T., (2008) *Atravesando las puertas del autismo*, B.A., Argentina: Paidós.
- Guillerault, G. (2003) *Dolto, Lacan y El Estadio del Espejo*" Buenos Aires: Nueva Visión
- Jerusalinsky, A. (1988) *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil* Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Joselevich, E. (2003) *AD/HD Síndrome de deficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Paidos
- Klein, M. (1921) *El desarrollo del niño* Obras Completas Vol. 1
- Knell, S. "Terapia de juego cognoscitivo-conductual" en *Manual de terapia de juego* Vol. 2 , México. D.F.: Manual Moderno
- Lacan, J. (1990) "El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica", en *Escritos 1*. México: Siglo XXI
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1967) *Diccionario de Psicoanálisis* Barcelona: Labor
- Leiberman, C. y Bleichmar, N. (2001) *Las perspectivas del psicoanálisis*, México D.F.: Paidos, Psicología profunda.
- Levy, E. (1993) "De las relaciones entre psicoanálisis y educación a la mediatización del aprendizaje en el niño" en *Escritos de la Infancia* Buenos Aires: Ediciones FEPI.
- Lyotard, J-F. (2005) *La postmodernidad (explicada a los niños)* España:Gedisa

- Mannoni, M. (1985) *Un saber que no se sabe La experiencia analítica*. España: Gedisa.
- Mannoni, M. (1965) *La primera entrevista con el psicoanalista*, Barcelona: Gedisa
- Merleau-Ponty, M. “*Las relaciones del niño con los otros*”
- Müller, M. (1987) *Aprender para ser* Buenos Aires: Editorial Bonum
- Pérez de Plá, E. (2000) “La actuación de las palabras. Las palabras del cuerpo” *Estudios sobre psicosis y retardo mental; Teoría y técnica en el tratamiento de las psicosis y el retardo*. Vol 5, México D.F. :AMERPI, Grupo Teseo.
- Pernicone, A. (2005) “Acerca del movimiento corporal en los niños” en *Fort-Da, Revista de psicoanálisis con niños*, Num. 8, www.fort-da.com
- Pieck, C. (2007) *Anorexia y Bulimia, La tiranía de la perfección*, Querétaro, Méx.: FUNDAp,
- Puig, M. (2000) *Tesis de Maestría: Panorama Teórico sobre la participación de los padres en el tratamiento psicoanalítico con niños*. Centro Eleia México D.F.: Inédito
- Ramos, I. “Un cuerpo.... a la espera del regalo de una imagen” en *Artefacto 9*
- Rappaport, D. (1967) *The theory of attention catexis: an economical and structural explanation of cognitive processes*. Londres: Karnac Books.
- Ribeiro, R. (2007) “Efectos ¿desubjetivantes? del conocimiento en las universidades contemporáneas” en *Psicología social y escuela cotidiana*, Año 1, Número 5
- Ribeiro, R. (2005) Prácticas de crianza contemporánea ¿subjetivantes? en *Revista Carta Psicoanalítica* No. 7, www.cartapsi.org.
- Rodolfo, R.(1989) *El niño y el significante, Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*, B.A. Argentina: Paidós,
- Rodolfo, R. (1999) *Dibujos fuera del papel*, B.A., Argentina, Paidós.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (1998) *Diccionario de psicoanálisis*, Paidos.
- Scandar, R. (2007) “inquietos, distraídos, ¿diferentes? En *¿Se cura el TDAH?* Num. 5, Buenos Aires: Ediba
- Sigal, A.M. (1995) *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños* B.A. Argentina: Lugar Editorial

- Sladogna, A. (1998) "La declinación de una forma simbólica" *La Ventana*, Num. 7
- Stanci, M. (2005) "Los trastornos de atención" en *Fort-Da Revista de psicoanálisis con niños*, Num. 8, www.fort-da.org.
- Van-Wielink Meade, G. (2000) *Déficit de Atención con Hiperactividad México*: Impresora Formal
- Velásquez Ortega, J. (2008) *Un acercamiento El estudio de la imagen* Qro., México: Fundap
- Walhberg, E. (1993) "Psicofarmacología en niños hoy (II)" en *Escritos de la Infancia*, Buenos Aires: Ediciones FEPI
- Weskamp, M. (2004) *El psicoanálisis y los diagnósticos de nuestra época (El síndrome de ADHD o ADD)* www.efba.org
- Winnicott, D. (1960) "Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso" en *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Editorial Laia
- _____ (1960) "La integración del ego en el desarrollo del niño" en *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Editorial Laia
- _____ (1971) "Objetos Transicionales y fenómenos transicionales" en *Realidad y juego*
- Yehya, N. (2001) *El cuerpo transformado* México. D.F.: Paidós

