



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado
Ensayo Académico

**¿Atención en falta y actividad en exceso? Una mirada reflexiva
sobre el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad desde
la corriente psicoanalítica**

Diciembre 2022
Montevideo, Uruguay

Sofía Carlevaro Gaínza 4.918.776-0
Tutora: Prof. Agda. Doc. Magdalena Filgueira
Revisor: Asist. Mag. Dinorah Larrosa

Índice

1. Introducción	3
2. La infancia como construcción social	4
3. Los procesos de medicalización y patologización en la sociedad actual	7
4. El TDAH como entidad psicopatológica: inicios y controversias	12
4.1 El inicio: los “defectos en el control moral”.....	12
4.2 Daño Cerebral Mínimo y Disfunción Cerebral Mínima.....	13
4.3 Perspectiva reciente.....	15
4.4 Controversias.....	16
5. Aportes psicoanalíticos sobre la desatención y la hiperactividad	24
5.1 Vínculos tempranos.....	25
5.2 Procesos de simbolización.....	28
5.3 La atención como función.....	31
5.4 Lo motriz.....	35
5.5 Algunos apuntes acerca del aprendizaje.....	37
Consideraciones finales	40
Referencias bibliográficas	43
Anexos	49

1. Introducción

Este ensayo académico se da en el marco de la realización del Trabajo Final de Grado para la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Se pretende desarrollar a lo largo del trabajo algunas conceptualizaciones que rodean a la problemática que representan los Trastornos por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad en la salud mental infantil actual. A través de distintos autores que aportan diferentes miradas sobre la problemática, se intentará realizar un análisis reflexivo sobre la temática, partiendo desde las conceptualizaciones actuales sobre la infancia y los procesos de medicalización, describiendo el trastorno junto con algunas controversias que lo rodean y finalmente haciendo una lectura sobre algunos procesos psíquicos que se encuentran presentes en los niños diagnosticados con este trastorno desde un marco teórico psicoanalítico.

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, también denominado TDA/TDAH, es uno de los trastornos más diagnosticados en la infancia a nivel mundial. Fue el primer trastorno que se diagnosticó masivamente en niños y aún hoy se constituye en la clínica como uno de los más habituales, especialmente en los niños de edad escolar (Janin, 2019). Particularmente en Uruguay su prevalencia estimada es de 7.6% lo que se corresponde con la cifra informada dentro del rango promedio a nivel internacional (Viola y Garrido, 2009); conformándose así en una de las principales problemáticas en salud mental infantil. Esto deviene un problema de salud mental grave, ya que implica un aumento constante pero progresivo de los niños que se encuentran diagnosticados con esta entidad psicopatológica, e inclusive cada vez más a edades más tempranas. No únicamente resulta problemático su mayor prevalencia, sino también el hecho de que el tratamiento para este trastorno estuvo muy vinculado desde sus inicios con un tratamiento farmacológico (específicamente con el uso de estimulantes del sistema nervioso central, como es el metilfenidato) que no obstante los debates que ha generado en la academia a lo largo de los años, hasta el día de hoy aún mantiene su vigencia.

El objetivo de este trabajo será entonces el de describir la entidad psicopatológica como lo es el TDAH desde una mirada reflexiva, atendiendo a su sintomatología (la atención y la hiperactividad infantil) y articulando distintos autores y conceptos que pueden enriquecer y aportar nuevas significaciones a los síntomas clásicos de este trastorno, ubicando a su vez a las infancias de hoy en su contexto socio-histórico-cultural-económico singular; situando a cada niño como un sujeto único e irremplazable.

Al comenzar con la delimitación de este trabajo, me surgieron las siguientes preguntas:

¿De qué forma pueden atenderse (y entenderse) los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad en la clínica psicológica infantil? ¿Cómo influyen las modalidades sociales y culturales de la actualidad en la formación de síntomas de

desatención, hiperactividad e impulsividad? ¿Podría el TDAH estar vinculado con fallas en la estructuración psíquica, a través de una desadaptación con el ambiente a partir de los vínculos primarios?

Estas preguntas y dudas iniciales, funcionaron como motor para iniciar la búsqueda y la delimitación de la problemática y el marco teórico desde el cual se posicionará este trabajo final. Es necesario aclarar que debido a la extensión del trabajo, de la tarea que me propongo desarrollar en las siguientes páginas y de la extensión bibliográfica que puede encontrarse actualmente sobre la problemática, este trabajo de grado no pretende ni intenta agotar todo lo que puede decirse sobre el TDAH como trastorno ni sobre su sintomatología, tampoco sobre las diferentes presentaciones clínicas que pueden encontrarse en la clínica actual. Se propone y se asume entonces el desafío de reflejar la complejidad de los asuntos que rodean al trastorno para poder aportar una mirada particular sobre el tema.

2. La infancia como construcción social

La infancia o mejor dicho, el descubrimiento de la infancia, "(...) ha tenido una gestación larga y gradual, que ha surgido lentamente en la segunda parte de la Edad Media, a partir del siglo XII-XIII, y que se ha impuesto desde el siglo XIV con un movimiento en constante progresión" (Ariès, 1986, p. 12). Pero, antes de la Edad Media, en la antigüedad romana, la historia del niño y de la familia se vio complicada por el tránsito entre la familia gentilicia y hacia la familia nuclear, ya que los lazos sanguíneos no implicaban un vínculo *per se* sino que los vínculos eran por elección: los hombres tomaban la elección de criar a un niño. Se caracterizaba así como un suceso común que los hijos biológicos pudieran ser abandonados dejándolos a su suerte y ser elegidos (adoptados) hijos de otras personas como hijos propios, sin que eso fuera algo por fuera de la norma.

Sin embargo, a partir de los siglos II y III, se asoma un nuevo modelo de familia donde el matrimonio adquiere un valor muy relevante, siendo considerado un vínculo sagrado al igual que los hijos que derivan de ésta; y de esta forma se comenzaron a privilegiar entonces los lazos carnales y sanguíneos frente a las lazos por voluntad o elección (Ariès, 1986). Lentamente, el hijo se convierte en un producto indispensable ya que suponía una riqueza para la familia: un hijo primogénito dará continuidad al linaje, los hijos menores realizarán tareas para garantizar el éxito de la familia y las hijas serán una moneda de intercambio para garantizar o fortalecer alianzas con otras familias. Como consecuencia de esto, se da una revalorización a la fecundidad y por ende, se da indirectamente una revalorización a los niños. Así, el infanticidio se convirtió en un delito y se prohibió el abandono de los hijos y el aborto (Ariès, 1986).

Ya habiendo desarrollado en síntesis algo del extenso desarrollo que ha tenido la infancia a lo largo del tiempo, ¿de qué manera pueden pensarse las infancias en la actualidad? ¿Dónde quedan ubicadas las infancias en una sociedad post-líquida, en una vorágine de tiempos inmediatos que obstaculizan la reflexión y el pensamiento?

Siguiendo a Corea y Lewkowicz (1999), "(...) la infancia puede considerarse como el conjunto consistente de las intervenciones institucionales sobre los niños y la familia" (p. 91). Ahora, ¿si las instituciones modernas se encuentran en crisis, dónde queda la infancia? Los autores expresan que la infancia y la familia se sostuvieron históricamente mediante prácticas filantrópicas, religiosas, médicas, *psí*, escolares, entre otras, que eran ejercidas bajo el amparo del aparato estatal; pero este vínculo entre lo estatal y las instituciones se encuentra en un punto crítico, teniendo dos obstáculos centrales. Por un lado, el primero tiene que ver con su condiciones de emergencia histórica: al haberse encontrado vinculadas al Estado desde sus orígenes, les impide pensar un funcionamiento político por fuera de lo estatal (Corea y Lewkowicz, 1999). Es decir, se intenta retornar a algo que ya ha dejado de ser. El otro obstáculo que destacan los autores tiene que ver con la imposibilidad que tienen las instituciones de notar su carácter instituyente, de ser productoras de significantes:

(...) históricamente, la institución causa la infancia, la inventa, pero después se ve a sí misma como protectora o guardiana de ese objeto que considera preexistente: no pueden verse a sí mismas como máquinas productoras de infancia sino sólo como agentes de asistencia, protección, prevención y ayuda (...) entonces se quedan relegadas a ser meramente agentes estatales de resguardo y asistencia (Corea y Lewkowicz, 1999, p. 93).

La infancia por lo tanto es y siempre será un producto histórico que, surgido en la modernidad, gesta las formas de subjetividad que las sociedades requieren. En consonancia con esto, Vasen (2017, p. 92) expresa que: "Las sociedades estatales (...) formaban la infancia moderna a partir de las instituciones de la familia, la escuela y la religión. En nuestra época 'líquida' o 'post' moderna son otras las fuentes productoras de subjetividad que predominan". El consumismo y los procesos de mercantilización de la infancia han sido el punto cúlmine de la desestabilización de las instituciones que históricamente proveían sentidos a las formas de estar y ser en el mundo y "traen una consecuencia que nos interesa: la caída de las significaciones instituidas de la infancia, disueltas en la figura del niño como consumidor." (Corea y Lewkowicz, 1999, p. 95).

Es interesante también el hecho de que las alianzas entre los padres —la familia— con la autoridad escolar solía ser un signo de los tiempos, nos hablaba de:

(...) un estatuto imaginario de la familia y de la escuela, en el que ambas instituciones representan la autoridad y la ley para la infancia. La transformación del rol de los padres indica sintomáticamente el agotamiento de la infancia y, en consecuencia, hablaría también de un cambio de estatuto del niño y de los padres. (Corea y Lewkowicz, 1999, p. 126)

Entonces, la cuestión de ubicar a las infancias en la actualidad adquiere una realidad compleja. Porque si se expresa que la figura del niño como consumidor produce la destitución práctica de la infancia ¿entonces, ya no hay infancia? ¿Cómo intentar resistir a esas lógicas de consumo?

Las marcas —como símbolos— ofrecen un sentido de pertenencia que pretende parecerse a un linaje: si en el medioevo la pertenencia pasaba por el vínculo de sangre y la tierra, en el capitalismo la pertenencia pasaba en los oficios (sociedad de productores), en la sociedad líquida actual el pertenecer pasa por lo que se consume, ya que ello marca las pautas de socialización y de integración (Vasen, 2017). Y no es inútil recordar, que quien no logra pertenecer, es decir, quien no se avoca a venerar el consumo como forma de vida, queda relegado a su alternativa: quedar rechazado, por fuera de la sociedad, excluido.

Las lógicas del consumo exacerbaban entonces la cuestión dicotómica y tensionante que se plantea entre el privilegio de la pertenencia o la desesperación de la exclusión, dejando entonces a algunas infancias cautivadas por esa lógica y a otras, despojadas de pertenecer y por lo tanto, de ser.

(...) la sociedad de consumidores no reconoce diferencias de edad o género (...) ni reconoce distinciones de clase (...) Esos mismos consumidores se sentirán incompetentes, deficientes e inferiores a menos que puedan responder prontamente a ese llamado (...) los mecanismos de exclusión de la sociedad de consumidores son más duros, inflexibles e inquebrantables que en la sociedad de productores (Bauman, 2007, 81-82).

Es interesante también analizar que décadas atrás —si pensamos en los casos clínicos de Melanie Klein, Freud, Winnicott, por nombrar algunos— los niños en consulta presentaban problemas que mayoritariamente se pueden ubicar como sintomáticos o deficitarios. Es decir, los discursos y las prácticas sociales habían generado una subjetividad donde el escenario de conflictos de la niñez se veía reflejado en síntomas: fobias, terrores nocturnos, histerias, neurosis, entre otras; fallas más que nada vinculadas a lo ambiental.

En la actualidad sin embargo, se pueden observar otras formas de subjetivación que pueden vincularse con la desorganización, la precariedad y la exigencia de eficiencia. Es interesante notar en esto que los nuevos mecanismos subjetivantes han acarreado que las

formaciones clínicas organizadas que producen síntomas hayan variado por igual, cediendo así nuevos lugares a los síntomas en la clínica infantil. Si bien las estructuras clásicas se mantienen, se han vuelto protagonistas también otras formas distintas de subjetivación y de manifestación sintomática, que se instauran como verdaderas fallas en el nivel de la estructuración del psiquismo (como podría considerarse los Trastornos del Espectro Autista, Trastorno Generalizado del Desarrollo, entre otros).

3. Los procesos de medicalización y patologización en la sociedad actual

Los conceptos de salud y enfermedad, así como lo normal y lo patológico, son construcciones fuertemente influenciadas por diversas dimensiones de la vida y que se corresponden con un determinado tiempo histórico, cultural y social. Por lo tanto, en este capítulo se encuadran los procesos de medicalización y patologización como una consecuencia directa de los procesos existentes en la actualidad, a través de distintos autores que pueden aportar claridad sobre esta temática.

En cuanto a la relación entre los conceptos de lo normal, lo patológico y lo anómalo, Canguilhem (1971) expresa que lo patológico implica el *pathos*, es decir que implica un sentimiento directo y concreto de sufrimiento e impotencia. Sin embargo, indica que lo patológico no es anómalo necesariamente. La experiencia del ser vivo incluye el hecho de la enfermedad, por lo tanto lo que se convierte en una anomalía es el hecho de poseer una salud perfecta continua.

Lo normal y lo patológico son conceptos que se encuentran entonces intrínseca y necesariamente unidos: en términos lógicos, lo patológico debe apoyarse en la existencia previa del estado normal para que sea posible y lo mismo a la inversa, no es posible identificar un estado normal si no existe el estado patológico. Es así que entonces lo normal se configura de esa manera en su vinculación directa con la normatividad, es decir, las formas de vida que se adecúan de manera positiva al medio ambiente serán consideradas normales. En palabras del autor:

No existe un hecho normal o patológico en sí. (...) Expresan otras posibles normas de vida. Si esas normas son inferiores, en cuanto a la estabilidad, fecundidad, variabilidad de la vida, con respecto a las normas específicas anteriores, se las denominará "patológicas". Si esas normas se revelan, eventualmente, en el mismo medio ambiente como equivalentes o en otro medio ambiente como superiores, se las denominará "normales". Su normalidad provendrá de su normatividad. Lo patológico no es la ausencia de norma biológica, sino una norma diferente (Canguilhem, 1971, p. 108).

Claro está que estos conceptos y la manera en que se configuran específicamente en los tiempos actuales se corresponden con una mirada determinada de la sociedad. De esta forma, Bauman (2000) plantea que en los tiempos actuales nos encontramos ante una modernidad líquida, donde lo que prevalece es un gran sentido de individualismo donde las lógicas de consumo del mundo globalizado se encuentran a la orden del día.

Los tiempos modernos —también líquidos— posibilitan una distorsión en el tiempo y en el espacio: todo puede alcanzarse y todo es ahora. Es un tiempo sin consecuencias donde todo es instantáneo, donde instantaneidad significa satisfacción inmediata, en el acto, pero también significa agotamiento y la desaparición inmediata del interés. El tiempo o distancia que transcurría entre principio y fin, se ve completamente reducido y en algunas ocasiones hasta desaparece.

Esta nueva configuración brinda una sensación de libertad donde el mundo está lleno de posibilidades y establecer prioridades se constituye como una de las tareas más difíciles. El autor expresa: “La desdicha de los consumidores deriva del exceso, no de la escasez de opciones” (Bauman, 2000, p. 69). Exceso de opciones, exceso de velocidad, exceso de estímulos... ¿Exceso de etiquetas?

Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) también juegan un rol importante en lo que respecta a los tiempos actuales. Éstas han propiciado cambios en el procesamiento de la información y en los modos de comunicación y de vinculación con otros. Si bien pueden ser herramientas muy facilitadoras, también son resultado de estas lógicas donde prevalece lo inmediato y el exceso. Janin (2019) expresa su inquietud por el estado hipnótico en que se encuentran algunos niños frente a las pantallas y sus consecuencias en el psiquismo: “Dificultades en la motricidad, en la atención, en los vínculos con otros y en el sostén de la mirada pueden ser efecto de esta preponderancia de aparatos por sobre las personas.” (p. 62)

Es en este punto donde puede pensarse los procesos de patologización y medicalización como un resultado de los tiempos actuales, caracterizados por la velocidad, por la necesidad y la búsqueda de respuestas concisas en tiempos de incertidumbre, por la necesidad de acallar el sufrimiento y de homogeneizar lo que se presenta como heterogéneo. Es relevante hacer entonces las siguientes preguntas: ¿qué implica realizar un diagnóstico? ¿Cómo se diagnostica en la actualidad?

Diagnosticar es una intervención clave, ya que detectar dificultades de manera temprana para poder actuar sobre ellas es fundamental y hasta preventivo en muchos casos. Un diagnóstico, de todas formas, no supone una etiqueta de por vida y si un determinado conjunto de síntomas existe en un determinado momento, no implica que estará ahí por siempre. Sin embargo, la sociedad actual se enfrenta a un problema grave en la salud

mental: la proliferación de trastornos mentales (Janin, 2019; Untoiglich 2013; Benasayag, 2007; Míguez, 2015; Ramos, 2016; entre otros).

Según Frances (2010) las nuevas modificaciones que se realizaron al DSM-V podrían incrementar drásticamente los diagnósticos para trastornos mentales, tomando como punto central dos dificultades: la primera se corresponde con el hecho de que se han generado nuevas entidades psicopatológicas que resultan extremadamente comunes a la población general y la segunda dificultad se encuentra en el hecho de que se han disminuido algunos umbrales diagnósticos para ciertas patologías.

De esta forma, se incluyen así variantes de la vida normal y se patologizan mediante una nueva etiqueta generando un estigma, esta etiqueta a su misma vez los amarra a una medicación innecesaria, cara y potencialmente dañina, en sujetos aparentemente normales. Si bien algunos podrían indicar que la inclusión de nuevas entidades psicopatológicas se justifica con un cierto reconocimiento de la complejidad del mundo en el que existimos, ¿no será quizás, que más que avalar la complejidad de la realidad se está tomando con más ligereza y flexibilidad estas etiquetas diagnósticas y por consiguiente, los tratamientos farmacológicos correspondientes? Siguiendo esta inquietud, Untoiglich (2013) considera a su vez que actualmente existe una cierta simplificación de la clínica psicológica, donde listados eternos de conductas se transforman en categorías diagnósticas, confundiendo entonces así descripciones fenoménicas con diagnósticos patológicos.

Por lo tanto, se reconoce que existe una cierta tendencia a diagnosticar enfermedades frente a conductas, sentimientos y sufrimientos de la cotidianidad, que forman parte de las vivencias y de los avatares de la vida que cada sujeto atraviesa. A esto se refiere entonces el *proceso de patologización de la vida*.

Estas vivencias, si bien son propias de cada sujeto, están intrínsecamente relacionadas con el contexto socio-económico-político actual ya mencionado anteriormente, por lo que comparten ciertas características en común. Estas cuestiones son de carácter complejo y multifactorial, pero cada vez más se abordan como problemas individuales, generalmente atribuyendo su causa a determinaciones biológicas; es así entonces que cuando se adjudican al campo médico cuestiones del orden social, educativo, político, económico e incluso emocional y se aplican en términos de trastornos, disfunciones, enfermedades, desórdenes o déficits se está ante un *proceso de medicalización de la vida* (Collares y Affonso Moysés 1996, citado en Untoiglich 2013).

Estos procesos contribuyen a la idea de que estas enfermedades son inherentes a cada niño y deja por fuera las dificultades que a otro nivel puedan estar subsistiendo. Un claro ejemplo de esto es el sistema educativo, donde se observa una cierta tendencia en que algunos niños sean derivados con algún profesional de la salud (generalmente un psiquiatra, un psicólogo o un pediatra) con una ya clara y firme sugerencia diagnóstica que

en la mayoría de los casos se trata de TDA/TDAH (Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad), TOD (Trastorno Opositorista Desafiante), TGD (Trastorno General del Desarrollo) o TEA (Trastorno del Espectro Autista). Es el niño el que evidentemente no aprende o no se comporta correctamente y el que no se adecua al trabajo en el marco de la institución educativa, sin que exista un cuestionamiento acerca de los modelos escolares que, si bien existen desde el siglo XIX, aún hoy se mantienen casi intactos y rigen con la misma vigencia.

Los procesos de medicalización y patologización se hacen extremadamente peligrosos y nocivos si se considera que se está hablando de salud mental infantil, donde se está ante un psiquismo en estructuración, en vías de desarrollo. Los niños son sujetos en crecimiento, con toda la apertura y la posibilidad que eso representa. Eso implica una historia única para cada niño de estructuraciones y reestructuraciones, que implica tiempos distintos y que necesariamente requiere de un otro para configurarse.

Resulta claro por otro lado, que si se exponen las dificultades diagnósticas con las que se enfrentan a diario los profesionales de la salud y los procesos de patologización existentes, es impensable considerar que la industria farmacéutica se encuentra exenta de cualquier implicación. El proceso medicalizador se establece entonces como la expansión de cuestiones vinculadas a la vida cotidiana, hacia el campo médico. Estas conceptualizaciones de la salud y de la enfermedad que se encuentran actualmente, generan procesos de subjetivación particulares. Implican muchas veces el desdibujamiento de las historias de vida en su carácter individual y afectan directamente sobre la identidad, con una acción de control sobre los cuerpos mediante el uso de psicofármacos con la finalidad de detener o aplacar conductas que se consideran desviadas de la norma. Míguez (2012) expresa: "Que la sociedad uruguaya hoy día responda con absoluta naturalidad a un 30% de medicación con psicofármacos de su niñez, es porque ha interiorizado la medicalización como proceso constitutivo e inherente a su condición de ser particular y ser genérico." (p. 242)

Se puede afirmar entonces que preocupa especialmente que un problema tan complejo sea disminuido y banalizado al punto de otorgarle soluciones "mágicas" mediante psicofármacos, que condicionan la subjetividad del niño pre-determinando sus futuros éxitos o derrotas (y lo que eso implica a nivel de la identidad, los procesos mentales y su estructuración, de no sentirse apto para la tarea a no ser que se consuma la medicación). Por otro lado, no es insignificante cuestionarse sobre las implicaciones a largo plazo que puede tener el uso regular y constante de psicofármacos a partir de la niñez.

Es así como ciertos rasgos se transforman en aparentes cuadros psiquiátricos que habrá que combatir, ofertándoles por otra parte, a los padres una panacea que no es

tal, en la cual ellos no tienen ninguna responsabilidad acerca del padecimiento de sus hijos, sino que exclusivamente el azar genético determina los síntomas y sólo el consumo de psicofármacos podrá revertirlo. (Untoiglich, 2009, p. 5-6)

Por otra parte, si se atiende a los síntomas en su singularidad, en vez de pensarlos como trastornos pre-hechos, rígidos y crónicos, se logra poder re-pensar el contexto en el que surgen, ubicarlos en ellos y poder trabajarlos, de una manera singular y atendiendo a la particularidad del caso clínico. Implica una mirada clínica e íntegra sobre la situación, tomando en cuenta la historia familiar (qué lugar ocupa el niño en la familia, que funcionamientos existen en ésta, qué posición toman los padres frente a la concepción de tener un niño enfermo, entre otras), la historia escolar (si comenzó a edad muy temprana, cómo se desarrolló en este nuevo ambiente, si hubo repetición, entre otras), la vivencia subjetiva de cada niño (cómo vivencia el niño su enfermedad y sus síntomas). El pensar sobre estas preguntas y otras posibles habilita a poder generar movimientos a nivel del niño como portador del síntoma y de la familia como contexto inmediato; aporta también información acerca de las representaciones que la familia posee acerca de lo que acontece y prioriza su saber frente a lo que les acompleja.

En la investigación realizada por Míguez (2012) en Uruguay, la autora indaga sobre la visión que tienen los propios niños sobre el uso de psicofármacos:

(...) por lo general estos niños y niñas medicados tienen una alta aceptación a la medicación en tanto sienten que al “portarse bien” son aceptados por sus pares y los adultos, fundamentalmente en los centros educativos (...) vuelve a quedar resonando la interiorización que ya tienen desde tan pequeños del disciplinamiento y la legitimación y naturalización de las órdenes venidas desde dichas instituciones. (p. 267)

Se ve reflejada en esta cita la medicalización como el proceso que se instala como un dispositivo de control contemporáneo sobre los cuerpos y lo que ello implica en la constitución de la subjetividad de mentes jóvenes. La autora analiza también los discursos de los profesionales de la salud y los de las instituciones educativas acerca del uso de psicofármacos y afirma:

(...) siendo la institución educativa la que en la casi totalidad de las situaciones es la que deriva al saber médico, a la hora de preguntársele por si resulta ésta la solución más eficaz responden en su mayoría negativamente. Y lo mismo que siendo la institución médica la que abusivamente medica las “conductas desviadas” en la casi

total de las respuestas ante esta pregunta plantean que no es lo más eficaz sino lo más rápido. Estas cuestiones dejan en evidencia, una vez más, que resulta un tema sumamente controversial, que como se halla naturalizado, ni siquiera se dan espacios en el ámbito social para deshilar tal complejidad. (Míguez, 2012, p. 271)

Siendo entonces que existe un posible consenso por distintos actores (de la educación y de la salud) de que los psicofármacos no son la solución más eficaz para el problema, ¿por qué continúa siendo así? Para finalizar este capítulo, me gustaría mencionar que:

En Uruguay, toda persona a la que se le prescriben psicofármacos y/o psicoestimulantes desde el sistema de salud público y privado debe acceder a ellos a través de mecanismos de control del Ministerio de Salud Pública (...) Ello implica que la información cuantitativa está (...) Sin embargo, ha sido una constante la respuesta de este organismo de contralor en no contar con recursos humanos para la sistematización de esta información (Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, 2019, p. 27)

Se destaca entonces la necesidad de poder establecer un fuerte protocolo de farmacovigilancia para poder hacer frente a este problema, especialmente cuando en el 2010 se estimó que el consumo de ritalina en Uruguay asciende a más del 15%, comparado con una media mundial entre el 5% y el 10% (Psetizki, 2010).

4. El TDAH como entidad psicopatológica: inicios y controversias

El TDAH fue el primer trastorno que se diagnosticó masivamente en niños y sigue siendo actualmente uno de los más habituales (Janin, 2019). No obstante su vigencia en la actualidad, este diagnóstico de hecho data de varios años atrás; en este capítulo entonces se realizará un breve recorrido histórico acerca de las principales ideas, concepciones y postulados que brindaron una base fundante al surgimiento de esta categoría diagnóstica, al igual que se incluye la mirada crítica de algunos autores y algunas reflexiones sobre ellas.

4.1 El inicio: los “defectos en el control moral”

Inicialmente las primeras descripciones clínicas fueron realizadas en 1775 por Weikard donde se describió a niños y a adultos con dificultades en la atención, que se mostraban distraídos, con falta de persistencia y que presentaban características de impulsividad e

hiperactividad. También datan otras descripciones alrededor del 1800 donde se describen varios casos de niños con síntomas de inatención e impulsividad (Barkley, 2014).

De todas formas, la propuesta realizada por George Still en 1902 se destacó como una de las primeras conceptualizaciones de gran relevancia a lo que se corresponde actualmente con el TDAH, brindando una descripción detallada de 43 niños con severas dificultades en la atención y donde la mayoría de los niños también presentaban a su vez signos de hiperactividad, al mismo tiempo que se mostraban desafiantes y agresivos. En su momento se describió como “defectos en el control moral” (Untoiglich, 2012; Barkley, 1997; Barkley, 2014; Herrera, 2005; Tallis, 2005) y su sintomatología comprendía los problemas de aprendizaje, los trastornos generales de la conducta, la hiperactividad y las dificultades para mantener la atención.

Estas primeras conceptualizaciones al igual que muchas otras afecciones de la época estuvieron muy vinculadas a lo biológico y específicamente a lo genético hereditario, por lo que se intentó asociar esta patología con malformaciones congénitas, lesiones cerebrales, alcoholismo, criminalidad, depresión, entre otras; por lo que ese fue principalmente el punto de partida para dar respuesta a una categoría psicopatológica emergente.

Se destaca de todas formas que dentro de las descripciones realizadas por Still en 1902, si bien muchos niños que desarrollaban estos síntomas provenían de familias “caóticas”, no fueron todos; por lo que concluyó que una mala crianza podría estar vinculada a estos fallos en el control moral aunque consideraba las deficiencias neurológicas como la principal razón (Berkley, 2014). De esta forma, esta patología se consideraba como una consecuencia directa de una lesión cerebral, que implicaba que en la mayoría de los casos era de carácter crónico.

En Inglaterra en 1908, Alfred Tredgold extiende las ideas planteadas por Still afirmando que un daño cerebral a una edad temprana puede provocar dificultades en el aprendizaje y en lo comportamental en la niñez. Ambos autores encontraron que se podían realizar mejoras temporales en los síntomas a través de las alteraciones del medio ambiente o por medicamentos. Es a partir de este contexto, que surge la noción de “Daño/Lesión Cerebral Mínimo/a” y “Disfunción Cerebral Mínima” (Barkley, 2014; Navarro, 2010; Lasa, 2001; Tallis, 2005).

4.2 Daño Cerebral Mínimo y Disfunción Cerebral Mínima

Strauss y Lehtinen en 1947 (citados en Tallis, 2005) describieron la Lesión Cerebral Mínima de la siguiente manera:

Es un niño que antes, durante o después de su nacimiento, ha sufrido un daño orgánico cerebral, pudiendo éste ser infeccioso o de otro tipo. Como resultado del mismo, puede haber trastornos en el sistema neuromotor o no; sin embargo es posible que un niño en estas condiciones presente trastornos en la percepción, pensamiento y conducta emocional, ya sean aislados o combinados. Estos trastornos (...) impiden u obstaculizan el proceso normal de aprendizaje. (p. 197)

Continúa la búsqueda de explicaciones mediante el trauma cerebral y los métodos específicos de la neurología, aunque esta denominación no se mantuvo por mucho ya que no demoraron en llegar las críticas al respecto de una lesión que no se podía detectar mediante las pruebas tradicionales. Fue así entonces que surgió en 1962 el concepto de “Disfunción Cerebral Mínima” y se describió como:

(...) niños (...) quienes presentan anomalías del aprendizaje, de la conducta o de ambas clases, que van desde benignas a graves, las cuales guardan relación con funciones anormales sutiles del sistema nervioso central; estas últimas suelen caracterizarse por varias combinaciones de déficit en la percepción, la conceptualización, el lenguaje, la memoria, el control de la atención, los impulsos o la función motriz. Estas aberraciones pueden ser resultado de variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, lesiones cerebrales perinatales u otras enfermedades (...) Durante los años escolares, diversos tipos de dificultades para el aprendizaje son la manifestación más saliente del padecimiento que puede designarse con este término. (Tallis, 2005, p. 198)

Navarro (2010) describe que “(...) el periodo entre 1950 y 1970 está considerado como la «edad de oro de la hiperactividad»” (p. 28) y que durante la década de los 50, los avances técnicos permitieron concretar el daño estructural y el término DCM se afianzó. Con la llegada de la psicobiología, la hiperactividad es vista como un problema psicobiológico que requiere un tratamiento farmacológico. “Concluyeron que los niños con hiperactividad presentaban un déficit en el área talámica del SNC: fallaba el sistema de filtraje de la información sensorial y las áreas corticales de estos niños recibían excesiva estimulación” (Navarro, 2010, p. 28).

A partir de los años 60, a raíz de un artículo publicado por Chess en 1960, el exceso de actividad pasó a primer plano y se perfiló el Trastorno Hiperactivo. “Esta autora redefinió la hiperactividad como el trastorno de conducta de un niño que está constantemente en movimiento o que presenta tasas de actividad y precipitación más elevadas de lo normal o ambos.” (Navarro, 2010, p. 29).

El artículo de Chess mencionado fue significativo por varias razones, entre ellas porque hizo hincapié en la hiperactividad como la característica definitoria del trastorno (abandonando las ideas de los daños neurológicos presentes en los años anteriores), subrayó la necesidad de contar con pruebas objetivas del síntoma más allá de los informes subjetivos de los padres o maestros y separó el concepto de hiperactividad del de Disfunción Cerebral Mínima (Barkley, 2014).

En cuanto a su primera referencia formal en los manuales de psiquiatría infantil, se puede ubicar ésta en Europa, en 1956, con el nombre de Trastorno Hiperactivo en el Manual de Psiquiatría general de Hoff (Navarro, 2010).

Fue así entonces que para el 1970, el tratamiento farmacológico (y los psicoestimulantes en específico) se convirtieron en el tratamiento de cabecera para los síntomas conductuales que ahora se asocian con el TDAH y que hasta el día de hoy se mantiene (Barkley, 2014).

4.3 Perspectiva reciente

En 1972 Virginia Douglas le quita protagonismo a la hiperactividad ya que “(...) señaló que las características esenciales del cuadro eran la dificultad para mantener por un largo período la atención y para controlar los impulsos” (Untoiglich, 2012, p. 14).

Lo esencial de este periodo y de los trabajos de Douglas es que generó un cambio en la perspectiva del cuadro: los trastornos que hasta ahora se habían considerado asociados (limitada capacidad atencional, baja tolerancia a la frustración, distraibilidad e impulsividad) pasan a primer lugar en detrimento del exceso de actividad motora, la torpeza, las disfunciones cognitivas graves o incluso las posibles lesiones o enfermedades asociadas (Navarro, 2010).

Estos otros síntomas (control de impulsos y déficit atencional) también fueron vistos como las principales áreas en las que los medicamentos estimulantes utilizados para tratar el trastorno tuvieron impacto. Fue tal el efecto de estos escritos que probablemente fueron la influencia de que en el DSM-III el diagnóstico fuera renombrado *Attention Deficit Disorder* (ADD) (Barkley, 2014) mientras que su predecesor, “el DSM-II (APA, 1968), hablaba de la «Reacción Hiperactiva de la Infancia» haciendo énfasis en el aspecto motor del cuadro” (Navarro, 2010, p. 30).

En el manual del DSM-III publicado en 1980 por la *American Psychology Association* (APA), los nuevos criterios diagnósticos se destacaron por no sólo su mayor énfasis en la falta de atención e impulsividad como características definitorias del trastorno, pero también la creación de listas de síntomas mucho más específicas, una puntuación de corte numérica explícita para los síntomas, pautas específicas para la edad de inicio y la duración de los

síntomas, y el requisito de exclusión de otras condiciones psiquiátricas como mejores explicaciones de los síntomas (Barkley, 2014). Se resalta que en esta edición se reconoció dos subtipos del trastorno: “Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”. Sin embargo:

(...) en la edición revisada (DSM-III-TR) del año 1987 sólo se estipularon criterios diagnósticos para el «Déficit de Atención con Hiperactividad» y, el «Déficit de Atención sin Hiperactividad» no se reconoció como entidad clínica, quedando relegado a una categoría mínimamente definida («Déficit de Atención indiferenciado»). (...) El DSM-III-TR mantuvo el TDAH como una categorización unidimensional, precisamente en un momento en el que había datos consistentes que avalaban la presencia de un TDA sin hiperactividad diferenciado (Navarro, 2010, p. 30)

Sin embargo esta concepción no fue tomada en cuenta por toda la comunidad científica, ya que la OMS, en la novena versión de su propio sistema taxonómico, la CIE-9 (1975), mantiene el término de «Trastorno Hiperkinético de la infancia» no queriendo recoger la nueva conceptualización de la hiperactividad que asume el manual de los psiquiatras americanos y los desarrollos teóricos realizados en los últimos años (Navarro, 2010).

Finalmente, es a partir del DSM-IV y posteriormente el DSM-V que se describe el Trastorno de Déficit Atencional con y sin Hiperactividad como se le conoce actualmente y se distinguen subtipos para poder dar cuenta del abanico de presentaciones que tienen los sujetos que presentan estas sintomatologías (ver: Anexos).

4.4 Controversias

Ahora, independiente de su larga trayectoria histórica demostrada aquí aún es un cuadro que para algunos contiene ciertas contradicciones en su núcleo, en este apartado se desarrollarán algunos aportes y reflexiones sobre esto.

Una de las controversias más importantes entonces, que es compartida por varios autores, se corresponde con su carácter diagnóstico (Benasayag, 2007; Bianchi, 2012; Llanos, 2007; Vasen, 2017, entre otros). Consideran que las descripciones clínicas para emitir el diagnóstico son laxas y generalizantes, ya que se encuentran en el límite entre lo normal y lo patológico en la infancia por ser conductas esperables dependiendo de la etapa evolutiva. A la vez, algunos autores destacan que es un cuadro sumamente heterogéneo que se compone de diversas patologías: “El supuesto ADD/ADHD no puede ser entendido como una categoría diagnóstica única sino que refleja situaciones complejas ligadas a diferentes

patologías, entre ellas diferentes trastornos por fallas en la estructuración psíquica.” (Llanos, 2007, p. 45).

Una cuestión importante sobre este trastorno entonces se centra en el hecho de que los síntomas nucleares de esta entidad —distractibilidad, desatención, hiperactividad e impulsividad— no son síntomas excluyentes de este cuadro, sino que se encuentran entre las conductas más globales y generalizadas en la niñez y en las adolescencias actuales, inclusive se las puede observar en prácticamente todos los niños durante ciertas etapas de su vida (especialmente en la primera infancia y en la adolescencia) y bajo ciertas circunstancias de la vida que pueden desencadenarlos, como puede ser una situación de duelo por ejemplo (Vasen, 2017). Este autor afirma lo siguiente: “(...) no es posible definir el ADD si identificamos y catalogamos a los niños sobre (...) conductas altamente globales. Sólo a través de una perspectiva reduccionista puede alegarse que a partir de iguales signos fenoménicos (...) se llega unívocamente a igual diagnóstico” (Vasen, 2017, p. 58).

Claro que ubicarse en esta posición reduccionista en la clínica infantil acarrea consecuencias, y bastantes graves. Al tomar el diagnóstico de TDAH y entenderlo como un cuadro de existencia objetiva que da respuesta a todas las presentaciones del malestar infanto-juvenil que presenta problemas de desatención, hiperactividad e impulsividad, se corre el riesgo de proponer un tratamiento para un nombre y no para lo que realmente le ocurre al paciente (Benasayag, 2007). Si en cambio, podemos aceptar que en cada caso existen diversos componentes, que nos hablan de la singularidad de ese paciente y de cómo esos síntomas se inscriben en una historia de vida particular, se podrían considerar opciones terapéuticas de acuerdo a las necesidades de cada paciente, y no necesariamente psicofármacos para cada caso que cumple con los criterios diagnósticos de TDAH. Marcelli y Ajuriaguerra (2005) expresan:

Numerosos investigadores, incluidos los norteamericanos, dudan de la validez de este síndrome. No se tiene en cuenta ninguna comprensión psicodinámica; se considera al niño como si no fuera un ser social comprometido en una serie de interacciones (familia, escuela) que también pueden desempeñar un papel (p. 406).

Siguiendo esta línea, cabe destacar que el DSM-V (ni sus predecesores manuales) no menciona lo que es esperable para cada edad del niño, no establece los patrones evolutivos ni las conductas esperables para cada etapa de desarrollo en la niñez lo que dificulta enormemente la tarea de discernir entre lo normal y lo patológico (Llanos, 2007). Si obviamos estas cuestiones, un niño de tres o cuatro años por ejemplo que tenga dificultades esperando su turno, manteniendo la atención en tareas complejas y que demuestre un

movimiento excesivo podría tener el diagnóstico de TDA/TDAH, siendo que son conductas altamente esperables para su etapa evolutiva.

En el capítulo tres se desarrollaron más en profundidad los conceptos de lo normal y lo patológico y se tomó en cuenta su carácter cambiante, susceptible a los medios culturales y a las concepciones históricas acerca de la salud y de la enfermedad. En este sentido, una de las tareas más arduas se encuentra justamente en la dificultad para distinguir entre conductas normales y patológicas en la infancia e inclusive en la infancia de hoy, donde los desarrollos tecnológicos habilitaron un tiempo donde el consumo y la inmediatez se convierten en una pieza clave ineludible y esto se inscribe directamente en los procesos de subjetivación. No sin motivo es el hecho de que en la actualidad la clínica infantil se compone mayoritariamente de patologías con graves fallas en el funcionamiento psíquico. En este sentido, Pedreira Massa (citado en Bianchi, 2012) expresa algo similar: "(...) la principal dificultad en la definición de trastorno mental en la infancia se sitúa en la decisión sobre el cómo y dónde se ubica el área entre lo normal y lo patológico en la infancia" (p.1025). Marcelli y Ajuriaguerra (2005) también se pronunciaron sobre este punto y caracterizan el TDAH como una «nebulosa sindrómica».

Otra cuestión importante en la que distintos autores hicieron hincapié (Cazenave, 2006; Llanos, 2007; Vasen, 2017) se refiere a las diversas presentaciones que tiene este trastorno, que lo caracteriza como un cuadro sumamente heterogéneo; y la alta frecuencia de comorbilidad con otros trastornos, que alcanza un 65% (Cazenave, 2006). La dualidad que existe en su interior y en el término mismo (TDA-TDAH) revela un intento de afrontar la observación de que algunos niños presentaban problemas más vinculados con lo hiperactivo, con la impulsividad y con lo motriz, mientras que otras presentaciones se ubican del lado de la atención, o mejor dicho, de la desatención. Vasen (2017) expresa:

En lugar de usar esta observación para reconsiderar todo el paradigma, la respuesta fue conservar el paradigma y simplemente empezar a hablar de "subtipos". La proliferación de factores y subtipos "co-mórbidos" en el mundo del ADD/ADHD revela el intento de los proponentes del ADD/ADHD por preservar el paradigma, a pesar de haber pruebas crecientes de que muchos niños no se ajustan precisamente a su estructura. (p. 59)

Por otro lado, Benasayag (2007) aporta también que existen varias afirmaciones sobre el diagnóstico de TDAH que carecen de fehaciente documentación científica. Entre estas afirmaciones, describe que el TDAH no es un síndrome ya que necesariamente para que se denomine síndrome debe tener un elemento común constante, único o específico que lo defina; mientras que de los niños diagnosticados con TDAH algunos tienen conductas más

hiperactivas, otros tienen dificultades en la atención y otros problemas de impulsividad. No existe por lo tanto, un común denominador.

Otro de los postulados que desmiente este autor es el hecho de que el TDAH no se constituye como una enfermedad (Benasayag, 2007), esto es porque la medicina ha establecido que una enfermedad se define cuando se conoce su etiología, se documenta su diagnóstico y pronóstico y cuando los datos obtenidos pueden ser replicados con absoluta coincidencia. Claro está que las múltiples dudas acerca de sus causas, su dificultad de diagnóstico y los pronósticos evitan que pueda denominarse este cuadro de esta manera.

Por lo que Benasayag (2007) declara que el TDAH en su criterio "(...) es una construcción que no cuenta con bases científicamente fundadas y, en consecuencia, mucho menos justificada como diagnóstico para prescripción de sustancias psicotrópicas." (p. 13) y reafirma el hecho de que la medicación no es mala *per se* sino que puede ser potencialmente dañina dependiendo del uso que se le de. Insiste en el hecho de que una evaluación debe ser multidisciplinaria y no debe caer en fantasías reduccionistas de que la psicoterapia resuelve todos los problemas o de que la medicación es la única vía posible. Hace hincapié en el hecho de que el gran dilema del TDAH no es medicar o no, sino diagnosticar adecuadamente. (Benasayag, 2007).

Otra arista acerca de las dificultades para el diagnóstico del TDAH la plantea Ramos (2016). Este autor afirma que hay una disociación entre la percepción del problema por parte de los diferentes actores envueltos en este fenómeno. Por un lado, los pacientes identifican mayores dificultades en lo pedagógico, mientras que sus cuidadores reportan que la principal dificultad observada es la conducta del paciente. Expresa:

En tal situación, y tomando en cuenta que el cuidador es quien afirma la presencia o ausencia de los criterios diagnósticos del trastorno en cuestión, sería interesante reflexionar qué sucedería si el momento de evaluar un posible caso TDAH, únicamente se tomará en consideración la percepción del paciente; sería probable que dicho individuo no cumpla los criterios diagnósticos que se enumeran en los manuales de evaluación de este trastorno. (Ramos 2016, p. 244-245)

Janin (2005) acompaña esta reflexión también, ya que expresa que los que hablan y describen al niño y sus dificultades están emocionalmente involucrados en el tema, por lo tanto la autora se pregunta: ¿qué objetividad puede haber ahí?

De esta forma, también puede pensarse que existe un problema de percepción a la hora de identificar síntomas que pone en tela de juicio la objetividad, no únicamente con los padres del niño sino con todos los actores involucrados (directores educativos, docentes, cuidadores, psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras, entre otros). Digamos que un docente

deriva a un niño a consulta psicológica porque durante su curso despliega síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, pero... ¿Estas conductas se convierten en síntomas, para quién? ¿Para un docente a cargo de un grupo muy pequeño o muy grande de niños? ¿Para un docente que forma parte de una institución educativa pública o privada? ¿Para un docente de una institución ubicada en Montevideo o en el interior del país? El contexto importa porque la percepción que cada sujeto involucrado pueda tener de estas conductas varía, no sólo por su contexto inmediato sino también por la historia personal que cada sujeto tiene y las significaciones que construye sobre lo que implica “portarse mal”, “hacerse el vivo”, “hablar en forma excesiva”, “no atender en clase” y que estará teñida a la vez por su realidad actual.

Lasa (2001) sostiene que reiteradas veces en la evaluación diagnóstica de un niño, se aplican escalas y cuestionarios (como la escala de Conners, el “Child Behavior List” de Achenbach, entre otras) a los profesores y a los cuidadores para obtener información actualizada sobre los síntomas actuales del niño, con intenciones de obtener datos específicos de los comportamientos en distintas situaciones sociales. El autor expresa que “(...) es algo ingenuo pensar que porque estas evaluaciones están estandarizadas quedan libres de valoraciones subjetivas, y varios estudios muestran las diferentes ‘puntuaciones’ que con estos instrumentos realizan personas diferentes y cercanas con el mismo niño” (Lasa, 2001, p. 49-50); por lo que se reitera esta dificultad para hacer un diagnóstico con datos objetivos, de ahí también la importancia del examen clínico especializado del profesional. Sobre el rol del clínico, es interesante el aporte de Cazenave (2006) que expresa que en el afán de objetividad, los criterios diagnósticos están delimitados de modo tal que la única calificación que se requiere es la de puntuar en una escala de la intensidad o frecuencia de una conducta determinada. “El clínico es sustituido por los maestros o los propios padres, en detrimento de la calificación y la experiencia y como si la objetividad del observador no entrara en juego” (Cazenave, 2006, p. 156).

Por supuesto que debido a su historia, el TDAH fue un cuadro que estuvo muy ligado desde sus inicios a las concepciones biológicas y existen autores que sostienen que la etiología de este trastorno está ubicada más que nada en marcadores biológicos. Entonces, si bien existen publicaciones que describen la incidencia de factores genéticos y factores neuroquímicos (el déficit de dopamina siendo una de las teorías más desarrolladas) que ubicarían la etiología del TDAH en una base biológica (Graell, 2013), donde se destaca principalmente la utilidad de los electroencefalograma para detectar este diagnóstico en niños mediante ondas cerebrales (Moreno García, 2013) la Asociación Americana de Psiquiatría insiste en el hecho de que “ningún marcador biológico es diagnóstico para TDAH” (APA, 2014, p. 61). Estos hallazgos (que aún no convencen del todo a la comunidad científica) no pueden avalar por sí solos el diagnóstico del TDAH, éste debe hacerse

necesariamente a través de su presentación (APA, 2014) y siguiendo la sintomatología descrita en los manuales de diagnóstico. Sobre esto, Vasen (2017) expresa que la genética o la biología pueden proveer de luminosas explicaciones sobre muchos aspectos de la vida humana, pero por el momento (y tomando en consideración la diversidad y la cantidad de presentaciones heterogéneas de los síntomas en niños con este trastorno) no parece pertinente buscar en los genes la respuesta a una problemática que se nutre de los modos de existencia y de los tiempos actuales. Se pregunta: “¿O acaso en un lapso tan breve puede haberse producido una mutación genética que abarque entre el 5 y el 10% de los niños en la edad escolar, convirtiéndolos en una especie distinta a los de niños de veinte o treinta años atrás?” (Vasen, 2017, p. 52).

En cuanto a la vinculación del TDAH con un déficit de dopamina, Benasayag (2007) cita un estudio hecho sobre el rol de la dopamina donde se administró metilfenidato a un grupo de niños y a otro grupo de niños placebo. En este estudio se encontró que la dopamina aumentó durante la ejecución de tareas descritas por los niños como interesantes, estimulantes y motivadoras y disminuyó con el cansancio, independientemente de que la medicación fuera administrada o no. Esto puede comprobarse a la vez en la clínica, donde muchos niños diagnosticados por presentar síntomas de desatención e hiperactividad en la escuela, son capaces de mantenerse enfocados en tareas que les resultan atractivas, como por ejemplo los videojuegos. En definitiva, si bien se han realizado estudios que podrían indicar que algunos marcadores genéticos explicarían este cuadro, no hay suficiente evidencia documentada para poder afirmarlo (Benasayag, 2007; Ramos, 2016).

Janin (2019) hace hincapié en el hecho de que el tratamiento de este cuadro estuvo ligado desde sus inicios con la medicación, dejando de lado todas las contraindicaciones y los efectos secundarios que pueden tener estos fármacos; y expresa que los niños de hoy se mueven y no atienden en clase por motivos muy diferentes a fallas neurológicas o genéticas: “El movimiento y la desatención pueden ser modos de manifestar la angustia, la tristeza, la búsqueda de atención y de mirada o la manifestación de dificultades para sostener pensamientos. (...) Pero también son efecto de una época” (Janin, 2019, p. 35-36). Por supuesto, no es al azar el hecho de que en los últimos 60 años la hiperactividad y la desatención hayan ingresado a la clínica para convertirse en protagonistas. Expresa:

Entonces, hay movimientos desubjetivantes cuando se medica para tapar angustias, tristezas o temores, cuando se confunden tristeza y angustia con trastornos orgánicos o cuando se supone que el modo de contención de un niño desbordado se puede dar a través de una pastilla. Con el agravante de que un niño que es signado como patológico en un grupo escolar queda fuera del mismo. (Janin, 2019, p. 36)

Vasen (2017) en su libro se pregunta acerca de las infancias, de los niños de hoy, y expresa que pensar en las infancias permite profundizar en procesos históricos que inciden en las modalidades del lazo social que se establecen, es decir, en las maneras en que se configuran las formas de vincularse, de pensarse y de compartir la vida. Es así tal, que el autor concluye que pensar las problemáticas vinculadas a los procesos de subjetivación y a la formación educativa como un déficit de ciertas funciones o como problemas de aprendizaje es incurrir en un doble reduccionismo.

Ni la atención está en déficit —sino que inviste otros objetos y personajes significativos en la vida de los niños—, ni la problemática educativa puede cargarse como dificultad personal en el aprendizaje, sobre los hombros de quien trabajosamente abre su sensibilidad y su pensamiento a un mundo nuevo de saberes. En ambos casos se pierde de vista la complejidad de las vicisitudes por las que un sujeto se apropia —y es apropiado, a su vez— de una época, un linaje y una lengua. (Vasen, 2017, p. 24-25)

Por lo tanto, se entiende que el proceso de aprender está marcado por múltiples actores del escenario educativo que configuran distintos puntos de convergencia. Janin (2005) expresa que un niño puede fracasar en la escuela por múltiples motivos, tales como el vínculo con el docente, la manera en que se transmite el conocimiento, la desvalorización social o familiar de aquello que la escuela enseña, dificultades en la aceptación de las normas, dificultades para mantenerse quieto, entre muchas otras. “Es decir, toda dificultad escolar debería ser leída en términos de sobredeterminación y de multiplicidad causal, teniendo en cuenta que son muchos los participantes en el proceso de aprender: el niño, los maestros, los padres y el contexto social.” (Janin, 2005, p. 28)

Asimismo, es interesante también el simbolismo que encuentra Vasen (2017) en la acción de atender, escribe: “Si la atención se presta, o como más taxativa y prácticamente se define en inglés, se ‘paga’ (*to pay attention*), está claro que se trata de una transacción. El chico da, presta, paga con su atención ante la expectativa de recibir a cambio algo deseable, que valga esa ‘pena’, esa renuncia.” (p. 69) ¿Podría aquí plantearse que quizás las instituciones educativas no devuelven en forma gratificante esta renuncia, y por esto los niños de hoy encuentran dificultades en poder invertir los conocimientos que las escuelas otorgan? De esta forma, los actores pertenecientes a las instituciones educativas quedan capturados (inclusive muchas veces de forma pasiva), por el modelo médico de tratamiento para el TDAH: el fármaco cumple el rol de garantizar la aplicación de las normas disciplinarias de la institución y sus propuestas académicas, sin poder habilitar la reflexión

de que las dificultades de algunos niños puedan estar vinculadas a metodologías educativas o contextos educativos poco motivantes para éstos.

Por otro lado, la Declaración de Consenso de la NIH (*National Institutes of Health*) de EE.UU escrita en 1998 (citada en Stiglitz, 2006, p. 11-12) sobre el TDAH reúne las opiniones de varios expertos sobre la temática para hacer una puesta en común sobre la situación del cuadro. Aquí se reconocen que existen ciertas controversias en el núcleo de este cuadro, que se pueden observar en los siguientes recortes realizados:

“A pesar del progreso en la apreciación, diagnóstico y tratamiento del ADHD, este desorden y su tratamiento permanecen controversiales, especialmente el uso de psicoestimulantes para el tratamiento en corto como en largo plazo.”

“Finalmente, después de años de investigación clínica, y de experiencia con ADHD, nuestro conocimiento permanece más que nada especulativo.”

“Las diversas y conflictivas opiniones sobre el ADHD han resultado en confusión para las familias, educadores, agentes de salud y políticos. La controversia toca cuestiones que conciernen literalmente a la existencia del desorden, cómo puede ser diagnosticado y qué tipo de intervención sería más efectiva.”

Estas controversias aquí mencionadas aún perduran en la actualidad, lo que llama especialmente la atención es el hecho de que aún con claras divergencias en su núcleo, los porcentajes de niños diagnosticados con este cuadro se mantienen. Y no únicamente se mantiene su diagnóstico, sino que el tratamiento sigue siendo mayoritariamente medicamentoso. Marcelli y Ajuriaguerra (2005) establecen que bajo su criterio, estas concepciones mencionadas en este capítulo (Minimal Brain Disease, Trastorno por Déficit de Atención, entre otras) siguen relacionadas con una comprensión muy limitada de las peculiaridades de las conductas del niño ya que no toman en cuenta su proceso de maduración, ni su dependencia con el entorno ni tampoco su psiquismo en estructuración.

Ya se ha mencionado en el tercer capítulo las consecuencias disruptivas en el psiquismo que puede generar un diagnóstico a cualquier edad, pero particularmente en la infancia y en la adolescencia. En este sentido, Untoiglich (2013) expresa que los diagnósticos en la infancia se escriben con lápiz y advierte justamente de la cautela que debe tenerse en lo que respecta a la infancia, por ser una etapa evolutiva donde el psiquismo aún se encuentra en vías de construcción, que mantiene una cierta plasticidad y que aún conserva una influencia importante del medio ambiente. Esta misma idea también la vemos en este pasaje de la obra de Bergeret (2005):

(...) ninguna observación clínica, por atenta que sea, permitiría plantear con certeza un diagnóstico estructural con sólo poner en evidencia estática los síntomas más finos; todavía no podemos aportar tal o cual prueba evolutiva sobre el plano estructural en el momento de la infancia y la adolescencia (...) Sólo la observación repetida en el tiempo permitirá (...) una evaluación tranquilizadora o inquietante de los límites de la gama pronóstica y de las posibilidades o riesgos que en el futuro aguardan al sujeto. (p. 92)

Es interesante también la paradoja que plantea Janin (2005) al respecto de esto, porque por un lado es fundamental detectar patologías psíquicas tempranamente para poder trabajar en los primeros tiempos de la estructuración psíquica, antes de que la repetición se haya coagulado. Pero, a la vez, eso puede coagular el devenir del sujeto, dejándolo capturado en un diagnóstico o mejor dicho, en una etiqueta diagnóstica, que marcará su futuro inevitablemente y lo dejará como un sujeto “enfermo” ante las miradas de los otros. Se considera importante aquí remarcar entonces el dinamismo que subsiste en las dificultades de los niños y en el hecho de que trabajar sobre fallas en la infancia no necesariamente se transmuta a un diagnóstico clínico.

Hasta aquí, lo que se puede concluir es que si bien el DSM-IV, DSM-V y otros manuales de diagnóstico describen una entidad psicopatológica como es el TDAH, esta resulta aún hoy como un conjunto de significaciones que se mantienen en construcción (Ramos, 2016). Desde la perspectiva de este trabajo, se considera que los aportes psicoanalíticos a desarrollar en el próximo capítulo pueden ser de un gran valor para otorgar sentidos a los niños desatentos e hiperactivos que actualmente constituyen una gran parte de la problemática de la clínica psicológica infantil.

5. Aportes psicoanalíticos sobre la desatención y la hiperactividad

El psicoanálisis intenta comprender el funcionamiento psíquico. Es por este motivo que para comprender la sintomatología descrita en el DSM-V y en otros manuales diagnósticos que fueron mencionados en los capítulos anteriores, se pondrá énfasis en el origen de la estructuración psíquica: este origen lo encontramos en las relaciones precoces del bebé con el entorno y en específico en los vínculos madre-bebé. Es importante destacar aquí que de ninguna manera durante la escritura de este trabajo se intentó ni se pretendió renegar de lo biológico ni de la herencia, sino que se considera que determinar la “culpabilidad” hacia unos u otros factores determinados, es demasiado simplista y no da cuenta de la complejidad que subsiste en la subjetividad de cada sujeto. Tiene aquí relevancia el concepto de *series complementarias* de Freud donde se entiende que la historia individual

de un sujeto está entrelazada directamente con tres series distintas (lo hereditario y congénito, las experiencias infantiles y los factores desencadenantes o actuales). Estas tres series no actúan de manera independiente, sino que se encuentran íntimamente entrelazadas, por lo que una situación actual (o los síntomas a analizar en este apartado, en este caso) son resultado de una interacción permanente de las tres series complementarias mencionadas. Dicho esto, se intentará relacionar los síntomas con las múltiples variables que atraviesan al bebé en su entorno particular. Es de esta forma que se encuentran en la relación madre-bebé los primeros esbozos de una estructuración psíquica, donde se pone en juego las características biológicas, psicológicas y ambientales al mismo tiempo.

5.1 Vínculos tempranos

Winnicott (1960) plantea que toda criatura en los comienzos de su existencia es dependiente y susceptible a los medios ambientales, haciendo especial hincapié en la relevancia que adquiere el vínculo madre-bebé. La *madre suficientemente buena* que describe Winnicott, será una madre que en los principios de la vida psíquica prestará su yo al servicio del niño, brindando una identificación que dará pautas vitales para el posterior desarrollo psíquico y del self del niño. En los inicios, no está instaurada la diferenciación yo-no yo, por lo que no se vivencia en sí un yo de la madre y un yo del niño diferenciados, sino una fusión de ambos. Cuando la pareja madre-bebé funciona bien, el yo del bebé será apuntalado y logrará desarrollarse como él mismo, el self real. Pero,

Si la actitud materna no es lo bastante buena, el niño se convierte en un conjunto de reacciones frente a los choques, y el verdadero self del niño no llega a formarse o queda oculto tras un falso self que se somete a los golpes del mundo y en general trata de evitarlos (Winnicott, 1960, p. 31).

Las funciones de una *madre suficientemente buena* pueden categorizarse en tres categorías: el *holding* (sostenimiento), el *handling* (manipulación) y la mostración de objetos. La primera se corresponde con la forma en que la madre sostiene al bebé en brazos, que está relacionado con la capacidad de identificarse con él. La segunda, el *handling*, está relacionada con la capacidad que el niño adquirirá para distinguir lo real de lo irreal y finalmente la tercera, la presentación de objetos, tiene que ver con promover la relación del bebé con objetos del mundo concreto (Winnicott, 1960). Las fallas en estas tres categorías acarrearán consecuencias deficitarias para el bebé, que dificultará que se establezca un sentimiento de integración del infante con el mundo externo, donde la sensación del niño en sentirse real se encontrará obstaculizada.

Winnicott (1962) expresa entonces que la satisfactoria protección del ego por parte de la madre (en relación con las angustias inconcebibles presentes en el bebé) permite que el niño edifique una personalidad de acuerdo con el patrón de una continuidad existencial. Todos los fallos que se den en esta protección del yo son susceptibles de producir una angustia inconcebible en el bebé y ocasionan una reacción de la criatura, reacción que corta a través la continuidad existencial. Si estas reacciones y estos fallos de esta índole persisten, se instaura un patrón de fragmentación de la existencia.

La criatura que presente un patrón de fragmentaciones de la línea de continuidad existencial se enfrenta a una labor de desarrollo que, casi desde el mismo principio, apunta hacia la psicopatología. Así, puede que haya un factor muy primitivo (...) en la etiología del desasosiego, la hipercinesia y la falta de atención. (Winnicott, 1962, p. 70-71)

Siguiendo las ideas de Winnicott, Guerra (2014) plantea algo similar y hace énfasis en el concepto de *ritmo*: “Las experiencias del bebé lo confrontan a rupturas, discontinuidades, momentos de presencia de los objetos que alternan con las ausencias. Para que ello no devenga traumático, es la ritmicidad de la alternancia presencia-ausencia lo que podrá sostener el crecimiento mental.” (p. 81)

En otras palabras, puede pensarse que la ausencia no puede ser tramitada si no existe una continuidad de la presencia mediada por unos ritmos determinados, una ritmicidad cómplice entre madre-bebé. Estos ritmos que menciona Guerra, son de vital importancia en el sentido de que otorgan una ilusión de permanencia, lo que habilita como consecuencia una tolerancia hacia las ausencias. Winnicott (1960) denomina a esto «status o condición de unidad» cuando el bebé “(...) adquiere la capacidad de experimentar la angustia asociada con la desintegración” (p. 50). Esto se da únicamente si existe entonces una adecuación del cuidado materno de manera estable o si existe un recuerdo en la mente del bebé de una continuidad del cuidado maternal.

El ritmo entonces sería para Guerra (2014) uno de los primeros organizadores del encuentro intersubjetivo, base del advenimiento del bebé como ser humano:

La relación que establece un adulto que desea entrar en contacto con un bebé en los albores de la subjetivación se caracteriza principalmente por la emergencia de ritmos. El encuentro de miradas, la voz, el cuerpo, el movimiento ponen en juego elementos rítmicos que pautan sensiblemente el encuentro y el desencuentro. (p. 79)

Por otro lado, Spitz (1972) expresa que la sola presencia y existencia de la madre constituye un estímulo para las respuestas del niño: hasta las acciones más insignificantes y menos dirigidas hacia un fin, poseen el valor de un estímulo para el bebé. Expresa que en el período preverbal, el sistema de comunicación que utiliza la madre para proveer de sentidos al niño se trata de una especie primitiva de comunicación, que es expresiva: "Consistirá este en una comunicación dirigida y transmitida con ayuda de señales y signos semánticos, y desembocará, en su más elevada evolución, en la función simbólica." (p. 39). Este tipo de comunicación produce lo que el autor denomina como *moldeo*, un proceso imperceptible e intangible, que se constituirá como un desarrollo que se vale de esta forma de comunicación descrita y que aportará respuestas globales al bebé. Entonces esta comunicación preverbal se caracteriza como procesos afectivos, que abren el camino para los siguientes desarrollos que pueden darse en el primer año de vida. Estos procesos serán, en cierta medida, la base fundante de las relaciones objetales que permitirán la iniciación de este nuevo tipo de vínculo.

En cuanto a la estructuración psíquica, Casas de Pereda (2015) expresa que en la base "(...) lo que está allí implicado, como sustrato inconsciente, como meollo de la estructuración, es un juego de presencia-ausencia que vuelve consistente el símbolo de la negación." (p. 27) Dicho juego, a su vez es habilitado por la función materna que introduce la mediación simbólica, lo que posibilita la tramitación de la angustia.

Por otro lado, no es insignificante el rol que cumple la función paterna en los primeros esbozos de la estructuración psíquica:

La función del padre, como función ordenadora, es la que en última instancia pone de relieve la diferencia de los sexos y da lugar a la organización identificatoria, donde circulan los diversos lugares que ocupan los progenitores en la peripetia singular de la organización psíquica. (Casas de Pereda, 1994, p. 75)

Tanto la función paterna (de corte) como la función maternal (de sostén) son necesarias para la configuración de una verdadera organización psíquica en el niño. De aquí entonces la importancia de los primeros vínculos del bebé con sus cuidadores; ya que la forma en que se vivencien y se apliquen estas funciones obtendrán un tinte determinado que hace al sujeto único en su historia, donde más adelante cobrará especial relevancia en la estructuración psíquica.

Otro autor que hace hincapié en la importancia del vínculo temprano y en lo maternal es Bion (1962) que expresa que el amor de una madre al bebé se expresa a través del "ensueño" que él denomina *reverie*. "Podemos deducir del *reverie* como la fuente psicológica que satisface las necesidades del niño de amor y comprensión" (p. 58).

Este autor le adjudica a la madre un rol importante que es la función-alfa “(...) el *reverie* es factor de la función-alfa de la madre” (p. 59), lo que implica que mediante dicha función y durante la experiencia del bebé, va a proveer los elementos necesarios para la construcción de modelos en una experiencia posterior, va a llenar ese vacío generado de la percepción mediante la experiencia de la madre. Es decir, que la función-alfa cumple un rol clave en la codificación de los elementos-beta (elementos del bebé).

Los elementos-beta son generados por el bebé y se almacenan como hechos no digeridos, debido a que son experiencias emocionales puras, son percepciones sensoriales sin codificar ni metabolizar. “Los elementos-beta se almacenan, pero difieren de los elementos-alfa en que no son tanto recuerdos como hechos no digeridos, mientras que los elementos-alfa han sido digeridos por la función-alfa y por lo tanto se convierten en disponibles para el pensamiento.” (Bion, 1962, p. 26)

Si la madre posee la capacidad función-alfa, va a recibir los elementos-beta del bebé y los decodificará (metabolizando la experiencia sensorial), dando en respuesta elementos-alfa que el bebé va a incorporar a su psiquismo, lo que en definitiva le permitirá acceder posteriormente al pensamiento. Una madre que posee esta capacidad, posee entonces *reverie*. “Si existen sólo elementos-beta, que no pueden ser hechos inconscientes, no puede haber represión, supresión o aprendizaje.” (Bion, 1962, p. 27). Si, por otro lado, una madre no es capaz de ejecutar esta función, no tiene la función *reverie*, no va a poder contener a su bebé devolviéndole los elementos-alfa, dejándolo a la deriva con los elementos-beta, pudiendo dar lugar a formaciones psíquicas no sanas.

Para concluir, se puede afirmar que los primeros vínculos del bebé le otorgan seguridad, cariño y alimento, a la misma vez que también le otorgan las primeras huellas psíquicas, que caracterizarán su modo particular de ser y de estar en el mundo, de vincularse con el mundo exterior.

5.2 Procesos de simbolización

La noción de lo simbólico, el simbolismo, símbolo, simbolización se encuentra en muchas disciplinas y se utilizan en sentidos muy diversos, por lo que intentar definirlo es tarea compleja (Laplanche y Pontalis, 2004). En este apartado se esbozan algunas ideas, que cobran relevancia en el sentido de que la capacidad de simbolización se encuentra en el núcleo mismo de la inteligencia y del aprendizaje. El proceso de simbolización, o la construcción de la producción simbólica es el eje del estallido del carácter adaptativo de la inteligencia, afirmaba Bleichmar (2009). Se parte de la base entonces, de que algunos niños poseen serias dificultades en simbolizar su sufrimiento, de tramitar la angustia; que a falta

de mejores recursos, el sufrimiento se configura como síntoma: se descarga en el cuerpo, en lo motriz, en la acción.

Como ya fue mencionado, los vínculos parentales son de vital importancia en los primeros años de vida, ya que nutrirán la psiquis y brindarán seguridad y sostén. Si este apoyo inicial de las figuras paternas se configura como un vínculo estable con el bebé, que otorga sentidos y configura un espacio seguro para el niño, permitirá que el niño elabore salidas satisfactorias a las situaciones conflictivas y mediante la capacidad de simbolización podrá elaborar y procesar los estados conflictivos. Esto puede verse en el siguiente pasaje de Winnicott (1960):

Durante la fase de sostenimiento se inician otros procesos, de los cuales el más importante es el despertar de la inteligencia y el comienzo de una mente claramente diferenciada de la psique. De ahí parten los procesos secundarios y el funcionamiento simbólico, así como la organización de un contenido psíquico personal, que forma la base de los sueños y de las relaciones vitales. (p. 51)

Bleichmar (2009) siguiendo los aportes de Bion en *Aprendiendo de la experiencia*, expresa que "(...) la experiencia en sí misma no genera significación, sino que la significación requiere de una metabolización de lo vivenciado, y recién ahí lo transforma en experiencia, en acumulación de pensamiento" (p. 392). De esta forma, para Bion el pensamiento se configura como anterior al aparato de pensar, por esto expresa que la psicosis se configura como un pensamiento que encuentra el déficit en el aparato de pensar, que no logra transformar y metabolizar la experiencia en una relación diferente con el mundo que lo rodea. Bleichmar comparte esta idea y afirma lo siguiente: "(...) el pensamiento no tiene intencionalidad sino que se juega en sí mismo, no busca al objeto sino que lo reencuentra a nivel de la representación, no a nivel de la realidad exterior" (2009, p. 447).

La capacidad de simbolización entonces provee de una manera de tramitar las angustias y las pérdidas. Sobre esto, Janin (2012, p. 121) expresa que el camino de la simbolización:

(...) está motorizado por la ausencia (si el objeto está eternamente presente, no hay desplazamiento posible ni necesidad de representarlo simbólicamente), pero también por la presencia del objeto (en tanto si no hubo presencia, es decir si la ausencia fue absoluta, el resultado no es la simbolización, sino el agujero en la trama representacional).

De aquí entonces que el sufrimiento, la angustia, tiene una doble cara: puede funcionar como posibilitador, en el sentido de que habilita una elaboración de la angustia de una

manera más compleja y elevada (evitando el quiebre representacional) y puede ser destructiva, ya que si no se dieron las posibilidades en el cuidado de poder desarrollar esa potencialidad sobrevendrá lo angustiante y lo traumático.

Casas de Pereda (1999) destaca también esta característica: “La capacidad simbolizadora requiere de la fluidez de la tarea de sustitución donde el par presencia-ausencia tiene efectos en el trabajo psíquico. Todo trabajo de simbolización se apoya en la disponibilidad de la ausencia que habilita la sustitución” (p. 333). Por lo tanto, puede afirmarse que no es posible la simbolización sino existe esa circulación entre presencia y ausencia; simbolizar implica necesariamente una pérdida: algo en lugar de otra cosa. Por lo que necesariamente en el origen de la capacidad de simbolización se encuentra algo de lo displacentero que se evacúa mediante el pensamiento, en la instauración de las representaciones. ¿Y qué es la representación, si no es la capacidad de poder pensar, de transformar las características de un objeto del mundo externo e integrarlo como un objeto interno? Bleichmar expresa: “(...) no se trata solo de lo que representa el objeto sino de algo del orden de lo residual del objeto que queda inscripto y que en ese sentido, habiendo sido parte, se convierte en un objeto en sí mismo.” (2009, p. 449). Algo similar puede verse también en la teoría de Bion (1977) cuando afirma que:

La capacidad para tolerar frustración permite a la psiquis desarrollar pensamientos como un medio por el cual la frustración que es tolerada se hace más tolerable. Si la capacidad para tolerar la frustración es inadecuada, el “no-pecho” malo interno, que una personalidad capaz de madurez reconoce finalmente como un pensamiento, confronta a la psiquis con la necesidad de decidir entre evadir la frustración o modificarla. (p. 154)

Si no existe aparato de pensar que codifique la experiencia, si no existe proceso secundario donde predomine la representación, no existe debidamente un proceso de simbolización aún. Puede verse en la clínica actual niños con déficits en la producción simbólica y puede ser por motivos muy diversos, lo importante aquí a resaltar es que frecuentemente lo no metabolizable se expresa mediante explosiones de angustia, expresadas a veces a través de movimientos caóticos y desordenados que parecen no tener una finalidad en particular; se configuran como descargas que son pura evacuación de angustia, de lucha contra la pasividad (Janin, 2012).

Según Llanos (2007) la no estructuración del proceso secundario es uno de los modos en los que se presenta la desatención en la clínica infantil, expresa:

Los niños que presentan dificultades en la diferenciación yo/no-yo, que presentan fallas en la estructuración yoica, dando lugar a la confusión de pensamientos y a la no discriminación entre deseo y realidad, develan dificultades en la constitución del proceso secundario (p. 63).

En la medida en que el niño se va pensando a sí mismo como alguien, va armando su subjetividad y una representación de sí mismo a partir de la imagen que le devuelven los otros, se va a configurar una organización representacional que va a actuar inhibiendo la descarga directa, la tendencia a la alucinación o a la defensa patológica (Janin, 2012) lo que habilitará un tiempo determinado, donde se configura un aparato de pensar, que va a procesar y simbolizar las experiencias.

5.3 La atención como función

Existen múltiples teorías acerca de la atención como función que provienen de distintos modelos teóricos, por lo que aquí se hará un recorte acotado.

La atención, entonces, es el proceso por el cual se utilizan estrategias para captar o percibir información que proviene del medio, de uno mismo y de otros. Este proceso inevitablemente requiere la habilidad de focalizar por un determinado tiempo y de poder cambiar el foco de atención hacia otras cuestiones que sean de carácter más urgente. Risueño (2006, p. 16) define la atención como "(...) la capacidad de focalizar selectivamente nuestra consciencia, filtrando y desechando información no deseada" y destaca que en esta definición hay dos características esenciales que son la focalización y la selección. La primera de éstas requiere de la percepción (la habilidad de poder percibir una cantidad de estímulos del medio) y la segunda está vinculada con la motivación, siendo ambas no ajenas a los procesos psíquicos, valorativos y ambientales de los cuales se nutren.

Entonces, desde la perspectiva de este trabajo, puede afirmarse que la atención es una función sumamente compleja en la que intervienen distintos procesos y que no es ajeno a factores emocionales. Taborda y Abraham (2007) recalcan el hecho de que:

En el fluir constante de los hechos de conciencia, nada se distingue hasta que no se atiende (...) Su origen es muy primario, pues el atender, obedece a los reclamos vitales más profundos, al elemental discernimiento de lo útil o lo nocivo en relación con la defensa instintiva de la vida. La atención, es pues, en su forma esencial, una expresión afectiva, que se configura desde los comienzos del transcurrir evolutivo. (p. 201-202)

Puede afirmarse entonces que en la atención se pone en juego todo el mecanismo del accionar psíquico, desde lo más primitivo hasta lo más complejo. Esta difícil tarea sólo puede constituirse en un vínculo con los otros. “Son los adultos los que le dan al niño la posibilidad de discriminar y discriminarse, de diferenciar fantasía de realidad, de investir el mundo, de tolerar la descarga inmediata y construir vías alternativas” (Llanos, 2007, p. 57). Por lo tanto, se puede afirmar que el psiquismo (y por ende, la forma de percibir y atender al mundo externo) se va estructurando en el interjuego de las propias experiencias que el inconsciente va configurando en relación con lo vivido entre los espacios intrasubjetivos e intersubjetivos.

La autoestima, la capacidad de apaciguamiento, la capacidad deseante, las modalidades de desear y contenidos temáticos de los deseos, la dominancia, concordancia y contradicción entre los deseos, el sistema de alerta, el tiempo de espera de la resolución del displacer, la angustia de desintegración y fragmentación, los triunfos y avatares edípicos, son estructurados en dicho interjuego y tallan una modalidad particular de atender/atenderse, pensar/pensarse. (Taborda y Díaz, 2007, p. 100)

Por otro lado, si bien Freud no desarrolla en profundidad el concepto de la atención, si se pueden encontrar ciertos pasajes en su obra que aluden a él y a ciertos conceptos vinculados. Uno de ellos es un trabajo escrito llamado “*Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*” donde Freud (1911) introduce el *principio de realidad*, expresando que ya no se representaba lo que era agradable (vinculado al *principio de placer*), sino que se representó lo real, aunque fuese desagradable. “(...) El aparato psíquico debió resolverse a representar las constelaciones reales del mundo exterior y a procurar la alteración real. Así se introdujo un nuevo principio en la actividad psíquica” (p. 224).

De esta forma, expresa que al aumentar la importancia de la realidad exterior y de lo real, también tomó relevancia los órganos sensoriales dirigidos a ese mundo exterior y a la conciencia.

Se instituyó una función particular, la atención, que iría a explorar periódicamente el mundo exterior a fin de que sus datos ya fueran consabidos antes que se instalase una necesidad interior inaplazable. Esta actividad sale al paso de las impresiones sensoriales en lugar de aguardar su emergencia. (Freud, 1911, p. 225)

Hasta este momento, el principio de la represión excluía al inconsciente algunas representaciones por ser causantes de displacer, pero a raíz de la instalación del principio

de realidad surgiría el *fallo* imparcial que determinaría si una representación era verdadera o falsa, es decir, si estaba o no en consonancia con la realidad; y este proceso lo hacía por comparación con las huellas mnémicas de la realidad (Freud, 1911).

Entonces, lo que se puede afirmar hasta aquí es que la atención como función está intrínsecamente relacionada con la percepción, con el examen de realidad y por lo tanto con el yo y la consciencia; lo que lleva a pensar entonces que las dificultades para mantener la atención estarían vinculadas con una dificultad para investir una porción de la realidad (de poner el deseo, la libido en un objeto particular) o para inhibir procesos psíquicos primarios, inhabilitando así que se genere un encauzamiento de la energía psíquica y un aplazamiento de la satisfacción pulsional inmediata:

Los procesos psíquicos primarios no hacen diferencia entre representación y percepción, mientras que los secundarios sólo pueden operar cuando el yo posee una reserva de investiduras que le permita efectuar la inhibición (...) Entonces, el yo inhibe, pospone y dirige las investiduras hacia el mundo externo, sin lo cual los signos de la realidad no podrían observarse (...) es el yo el que permite, a través de la investidura del mundo externo, registrar aquellos signos que diferencian la percepción de la alucinación (Janin, 2005, p. 50).

Por lo tanto, una de las formas en que puede pensarse la desatención como síntoma es como un fallo del establecimiento (o mejor dicho quizás, de la instauración) del proceso secundario; ya que si el niño se encuentra sucumbido ante la cadena de asociaciones que provienen del exterior (gestos, palabras, olores, sonidos, movimientos, entre otros) encontrará dificultades para enfocarse en el discurso de un otro. Claro que, hasta cierto punto, esto es entendible y esperable en la infancia y en los primeros años de escolarización donde el proceso secundario en sí está en vías de establecerse y donde los límites entre inconsciente y preconscious no están delimitados propiamente. Nuevamente, es importante notar y ubicar el síntoma en su contexto, establecer su duración, la gravedad con la que se manifiesta y la etapa evolutiva en la que se encuentra el paciente.

Sobre esto, Bergeret (1990) describe la importancia de discernir entre los conceptos de síntoma y estructura, siendo que los síntomas pueden ser estados pasajeros que no se corresponden con una estructura ya alcanzada necesariamente. Esto aplica especialmente a la niñez debido a que es un estado donde el yo no ha alcanzado su nivel de maduración ni tampoco se han privilegiado unos mecanismos defensivos explícitos. Expresa:

Tal empleo de términos, refiriéndose a una forma de organización ulterior y no alcanzada, más elaborada y fija, constituye una anticipación (y a menudo un error de

pronóstico), susceptible de crear cierto número de confusiones relacionales, terapéuticas y sociales. Cuando una etiqueta, aunque dudosa, ha sido colocada a un enfermo le resulta difícil al paciente escapar del rol que todo el sistema médico, social o educativo le ha propuesto. (p. 119)

Siguiendo esta línea, Bleichmar (1995) hace referencia a los cuadros graves de dispersión de pensamiento, donde se podría ubicar el trastorno desarrollado en este trabajo. Expresa que generalmente se conceptualiza a los niños con dificultades de atención como “distráidos”, pero la autora hace dos distinciones acerca de esto. Distingue, por un lado, los niños que están abstraídos porque están totalmente conectados con una parte de la vida psíquica que no les permite acceder a lo exterior, por lo tanto encuentran dificultades invistiendo el conocimiento porque están tratando de resolver un enigma que los atraviesa. Y por otro lado, existen otros niños que no tienen constituido el proceso secundario, por lo que todo estímulo que ingresa al aparato acciona representaciones que no pueden ser inhibidas por el yo, con lo cual no se arman totalidades ni hay capacidad de inhibir estímulos secundarios. Expresa que en este segundo caso, sí hay debidamente un trastorno del proceso secundario, es decir, algo no constituido a nivel de la formación del aparato psíquico. Se destaca entonces la necesidad de diferenciar entre síntoma y trastorno, entre síntoma y fallas en las estructuras de base (Bergeret, 1990; Bleichmar, 1995).

Tomando una postura similar, Vasen (2017) afirma que desde su punto de vista: “(...) Los trastornos en la atención tienen que ver con la dificultad para investir determinados objetos culturalmente propuestos pero que no resultan deseables, o con una dificultad para inhibir procesos psíquicos que dispersan, fragmentan o desorganizan al niño desde su ‘interior’” (p. 69).

El acto de atender entonces, puede sufrir contratiempos ya que debido a la complejidad que supone, no siempre se dispone de la misma energía psíquica para investir la realidad y para sostener este proceso psíquico. Esto dependerá de muchos factores de distinto orden que puedan estar actuando en el niño y será de vital importancia poder analizar el por qué el niño no atiende, o mejor dicho, dónde está puesta la atención (y donde está puesta la libido) que no puede colocarse en las tareas escolares, en actividades académicas, laborales u otras. En definitiva, podemos pensar que el deseo no está puesto en las tareas que se le pide y se le exige al niño que sostenga, lo que se traslada a un desinterés por la propuesta escolar. Se podría afirmar entonces, que más que un “déficit” de atención, se ha instalado un verdadero exceso de distractibilidad (Untoiglich 2013, Vasen, 2017), que lleva a que el foco de la atención cambie súbitamente de un objeto a otro; imposibilitando así que se puedan realizar las tareas escolares en un entorno que exige que la atención sostenida se mantenga durante horas sin cambios aparentes.

Resulta relevante entonces hacer la distinción sobre qué determinantes constituyen la falta de atención como síntoma en cada historia particular. Es decir, ¿el niño puede investir otros objetos de la realidad, otros contextos o realmente la falta de atención se constituye en el psiquismo como una repetición al vacío? En este segundo caso, Janin (2005) plantea que el niño “se borra” del mundo y predomina un agujero representacional: no es posible allí conectarse con lo exterior.

La cuestión entonces no es sencilla. No existe un síntoma “falta de atención” y ya, sino que existen distintas formas de desatención y atender a las determinaciones en donde ese síntoma se instala, nos dará la pista de qué manera abordarlo. Claro que el tratamiento, siguiendo estos pasos, resulta una tarea enormemente más compleja que la medicación como tratamiento de cabecera.

5.4 Lo motriz

La actividad motora juega un papel importante en lo que es la sintomatología del TDAH, ya que la hiperactividad es uno de los síntomas que predomina en el cuadro. Es importante notar aquí que la descarga motriz en sí tiene un papel importante en el psiquismo, ya que es la evacuación hacia el exterior de la energía aportada al aparato psíquico por las excitaciones, ya sean de origen interno o externo (Laplanche y Pontalis, 2004).

En palabras de Freud (1911),

La descarga motriz, que durante el imperio del principio de placer había servido para aligerar de aumentos de estímulo al aparato anímico (...) recibió ahora una función nueva, pues se la usó para alterar la realidad con arreglo a fines. Se mudó en acción. La suspensión, que se había hecho necesaria, de la descarga motriz (de la acción) fue procurada por el proceso del pensar, que se constituyó desde el representar (p. 226).

Lo importante a destacar aquí es que la hiperactividad se convierte entonces en un síntoma ya que se constituye como una descarga motriz sin acción, sin intencionalidad detrás, una descarga pulsional que no logra encauzarse en el proceso del pensamiento y representación, como menciona Freud. De esta forma, el exceso de movimiento denota una falla en la constitución del yo, una incapacidad para procesar los estímulos mediante la vía secundaria. Prandi (2006) expresa que emerge como un inhibición a nivel del yo, que se manifiesta en el acting out y también en el pasaje al acto. Expresa que: “Se trata de un actuar que muestra una rotunda separación de saber, pura urgencia que trastoca el tiempo de comprender y denota una falla en la constitución del yo.” (Prandi, 2006, p. 66). No hay

aquí un proceso secundario suficientemente establecido que habilite un freno al movimiento desenfrenado mediante la representación.

Por otro lado, Maurice Berger en 1999 (citado en Icart, 2007) a raíz de un estudio que realizó en 60 casos con niños que presentaban hiperactividad, llega finalmente a dos hipótesis teóricas. Por un lado, distingue que los niños hiperactivos presentan por lo general una *falla en la relación con el objeto primario* que comportaría un *holding* defectuoso, un fracaso en la vivencia de la indispensable experiencia de omnipotencia y los procedimientos auto tranquilizadores (Icart, 2007). El término *holding* “defectuoso” mencionado previamente designa la manera en que los niños hiperactivos abandonan sus pensamientos o los objetos, como consecuencia de no haber podido interiorizar la función de soporte de los cuidados materno-paternales a través del *holding* (Montserrat, 2007).

En definitiva, Winnicott (citado en Monserrat, 2007) expresa que cualquier carencia en las experiencias (del proceso de omnipotencia y de continuidad de la existencia) puede encontrarse en el origen de la agitación, de la hiperkinesia y de la falta de atención que más tarde se llamaría incapacidad para concentrarse. Entonces, es mediante las vivencias de satisfacción que el niño interioriza el funcionamiento mental de la madre, que funciona como reguladora de los estímulos, lo que abrirá luego la puerta para desarrollar su propio psiquismo. De encontrar dificultades en interiorizar este funcionamiento, el niño podría tener dificultades en la adaptación al entorno.

La segunda hipótesis que plantea Berger (citado en Icart, 2007) se corresponde con una *dificultad para estar solo en presencia del otro*. En este sentido, se plantea que el niño alcanza un nivel superior de desarrollo emocional cuando logra representar al otro como un objeto diferente a sí mismo. Winnicott (1958) afirma que el estar solo constituye uno de los signos más importantes de madurez y siguiendo la obra de Melanie Klein, expresa que: “La capacidad para estar solo depende de la existencia de un objeto bueno en la realidad psíquica del individuo.” (p. 34)

Icart (2007) considera que los niños con TDAH tienen un mundo de fantasías inmaduras, donde no han podido hacer una integración de los aspectos buenos y malos de los objetos, lo que los deja atrapados en situaciones donde se sienten amenazados debido a sus dificultades para aceptar límites. Enuncia: “Parte de su actividad conductual va dirigida a evitar enfrentarse a situaciones que les hacen percibir la realidad como excesivamente frustrante para ellos.” (Icart, 2007, p. 34). Se podría hipotetizar entonces que algunos de los niños que presentan estos síntomas poseen una escasa capacidad de mentalización de la angustia. Debido a sus dificultades para procesarla, lo motriz queda funcionando como descarga pulsional, expulsando lo angustiante fuera de sí en un movimiento sin causa aparente:

La descarga motriz es un desorden del movimiento que no da indicios de aliviar sino que necesita repetirse al infinito, y en este movimiento, el cuerpo del niño queda tomado en un cortocircuito pulsional. Hay algo que no se tramita adecuadamente, hay un goce que no se contabiliza en el inconsciente y deja al cuerpo atrapado en movimientos desorientados, inadecuados, excesivos. (Prandi, 2006, p. 65)

Para Janin (2005) lo que se observa en estos niños es que el movimiento, en lugar de servir como acción específica, promueve mayor excitación. "(...) en lugar de producir placer y descarga de tensión, funciona como un circuito de erotización, se les torna excitante. Es muy claro que no pueden detener solos el movimiento, que necesitan de una contención externa" (p. 75).

No es de poca relevancia tampoco el hecho de que las tecnologías presentes en la actualidad (la televisión, los videojuegos y otros) también inciden y promueven un estado de sobre estímulo y sobre excitación en los niños, a quienes por otro lado se les exige que permanezcan atentos y quietos durante varias horas en el salón de clases. La contradicción es clara. Se podría concluir entonces que, "(...) la conducta hiperactiva desorganizada, surgida tempranamente en la vida del niño, es señal de fallos en la estructuración del aparato psíquico; remite a vivencias no representadas y que por consiguiente no pueden ser simbolizadas ni reprimidas." (Sammartino, 2007, p. 55).

5.5 Algunos apuntes acerca del aprendizaje

Existen actualmente muchas teorías de lo que implica el desarrollo y la adquisición del aprendizaje, en este subcapítulo se considera interesante hacer algunas puntualizaciones sobre lo que supone el proceso de aprendizaje desde un modelo psicoanalítico.

Desde la perspectiva de este trabajo, la inteligencia y el aprendizaje no son fenómenos autónomos ni predeterminados, sino que están intrínsecamente relacionados con los deseos inconscientes, con las pulsiones. El deseo habilita y abre posibilidades para que el sujeto se apropie del conocimiento y lo haga parte de sí; se configura entonces como un motor del querer saber (pulsión del saber o pulsión epistemofílica). Por lo tanto, de no existir un deseo de saber, no existe una apropiación sino que se da una repetición de saberes ajenos, sin que esto se haya inscripto en el psiquismo. "Solo al integrarse al saber el conocimiento se aprende y se puede utilizar" (Fernández, 2002, p. 66).

En cuanto a la pulsión del saber, Freud (1905, p. 176-177) en *Tres ensayos de teoría sexual* la define brevemente de la siguiente manera:

A la par que la vida sexual del niño alcanza su primer florecimiento, entre los tres y los cinco años, se inicia en él también aquella actividad que se adscribe a la pulsión de saber o de investigar. La pulsión de saber no puede computarse entre los componentes pulsionales elementales ni subordinarse de manera exclusiva a la sexualidad. Su acción corresponde, por una parte, a una manera sublimada del apoderamiento, y, por la otra, trabaja con la energía de la pulsión de ver.

Entonces, la pulsión de saber funciona mediante la sublimación de la pulsión de apoderamiento que puede definirse de la siguiente manera: "(...) una pulsión no sexual, que sólo secundariamente se une a la sexualidad, y cuyo fin consiste en dominar el objeto por la fuerza" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 328) y con la energía psíquica que se presta de la pulsión de ver. Vale la pena hacer hincapié en esto: dominar el objeto, apropiarse de ese objeto, pero sin un fin específico sexual. Recibir una satisfacción a través del apoderamiento del objeto, que se ve a su misma vez volcado en el cuerpo. "La apropiación del conocimiento implica el dominio del objeto, su corporización práctica en acciones o en imágenes, que necesariamente resuena en placer corporal" (Fernández, 2002, p. 66).

Janin (2012) retomando las ideas de Freud en 1905, expresa que el deseo de saber (que ya se estableció que toma la energía de la pulsión voyeurista y la pulsión de dominio) se constituye a partir de una herida narcisista: el registro de las diferencias sexuales y el nacimiento, real o fantaseado, de un hermano. Esta herida habilita a que el niño pueda reconocer que él no es el centro del mundo, que su madre puede desear a otro y que sus padres pueden desear otros hijos. Habilita una curiosidad por el otro y por el mundo, de saber más y de apropiarse de ese conocimiento.

Ahora, en la adquisición del aprendizaje existe un concepto clave que fue mencionado al pasar. Se corresponde con el proceso de sublimación, que tomando la energía de las pulsiones sexuales, se transforma y se deriva hacia otro fin no sexual y apunta hacia objetivos socialmente valorados, como es la investigación intelectual o las actividades artísticas (Laplanche y Pontalis, 2004). La sublimación entonces refiere a la capacidad de poder aplazar la satisfacción inmediata. Siguiendo la misma línea de pensamiento, (Bleichmar, 1995) expresa que: "En los comienzos de la vida psíquica el Otro, el semejante, hace circular algo que no se reduce a lo puramente autoconservativo, algo que tiene que ver con la sexualidad" (p. 23) entonces se puede afirmar que "los orígenes del pensamiento están vinculados a una modalidad que es alucinatoria, no relacionada al objeto" (p. 24).

Por lo tanto, puede pensarse que el aprendizaje como proceso, no sólo representa el tipo de procesamiento y adquisición que el niño hace de los conocimientos escolares, "(...) sino que constituye uno de los comportamientos a través de los cuales se expresan e interpretan aspectos importantes de la actividad psíquica individual" (Bleichmar, 1995, p. 12).

Es importante insistir en este punto. No hay adecuación originaria sujeto-objeto *per se*, no hay una fórmula ya preestablecida para el aprendizaje, ya que la relación que se va a establecer con el objeto se ve atravesada desde los comienzos mismos por algo que produce un estallido en su interior, que está directamente relacionado con la mediación fundamental que un otro aporta y que brinda significaciones con sus sistemas representacionales y sexuales. Este primer acercamiento al objeto se incorporará al psiquismo, pero no se incorporará el objeto como tal, sino que se incorporarán los signos y rasgos de ese objeto que quedarán como una marca psíquica (Bleichmar, 1995). Esto conlleva eventualmente el quiebre de las satisfacciones inmediatas (a través de la elaboración de las angustias) que dará surgimiento eventualmente a la simbolización y a la inteligencia (Bleichmar, 1995).

En definitiva,

El proceso de aprender implica otros procesos que se dan en forma conjunta, tales como atender, memorizar, elaborar y transferir a otros dominios lo aprendido. (...) Estos procesos mencionados anteriormente dependen, en buena medida, de un aparato psíquico que pueda investir representaciones del mundo (atender), inscribirlas (memorizar) y complejizar la trama representacional (elaborar). (Llanos, 2007, p. 48)

Es así que conceptualizar el aprendizaje como un acto psíquico, que se realiza necesariamente en un vínculo con otros sujetos permite comprender las distintas y variables formas en que la atención se puede inscribir en un determinado sujeto, en cómo los nuevos saberes fueron presentados y que integración hizo el niño de ellos en su psiquismo. Reflexionar y tomar en cuenta la complejidad del proceso de aprendizaje abre enormemente el abanico para pensar en la multiplicidad y en la singularidad de los casos clínicos que se ven en la actualidad, sin dejar atrapados a los niños en las etiquetas *dis*.

Es válido no olvidar el hecho de que el ser ubicado como el "*niño que no aprende*" acarrea consecuencias porque impone un lugar del que no se puede salir: ¿si los otros no pueden ubicar a ese niño en sus representaciones como un ser pensante y reflexivo, cómo posiblemente lo podría hacer ese niño? Este tipo de movimientos hacen más complicada aún la tarea de acceder a esa lógica secundaria que se requiere para poder atender en clase, para adoptar las normas de una institución y apropiarse del conocimiento.

"Para que haya pulsión epistemofílica, para que haya interés, para que haya interpelación de la realidad, tiene que estar constituido el sujeto de alguna manera." (Bleichmar, 1995, p. 31). Y agregaría: para que el sujeto pueda constituirse, es necesario un otro que aporte significaciones y un sostén para la difícil tarea que es aprender, a la vez que lo reconoce en

su alteridad, como un sujeto único, insistiendo en la tan necesaria discriminación yo/no-yo. Es también necesario un contexto que no obstaculice el acceso a los conocimientos desde la imposibilidad (“es un caso perdido”, “no aprende”, “no puede”, etc.), sino que ponga el foco en las potencias creativas que ese niño pueda desarrollar a futuro.

Janin (2012) plantea que pueden haber distintos motivos para el desencadenamiento de trastornos de aprendizaje. Distingue cinco, que se desarrollarán aquí.

En primer lugar, está lo que la autora enuncia como rupturas en la trama representacional inconsciente, en las representaciones-cosas. Es decir, los conocimientos no se inscriben en el inconsciente debido a que se mantienen modalidades de no ligazón. Por otro lado, también existen niños que se niegan a incorporar conocimientos nuevos, ocultándose en el “ya lo sé” desmintiendo una porción de la realidad.

En el tercer punto desarrolla lo que se escribió acerca de sublimación y expresa que en algunos niños predomina la represión secundaria, por lo que no se establece esta capacidad sublimatoria que es indispensable para el aprendizaje: “Si un niño, en lugar de realizar sucesivas traducciones de sus deseos y encontrar satisfacciones sustitutivas, tiene que ocupar toda su energía en mantener reprimidos sus deseos, no podrá tenerla disponible para explorar nuevos conocimientos.” (Janin, 2012, p. 122).

Los últimos dos puntos que menciona la autora se corresponden por un lado, con una excesiva sumisión a las normas, donde el niño puede quedar capturado en los mandatos superyoicos de ser “el mejor alumno” lo que lo lleva a un inevitable temor de no ser perfecto, por lo que queda atrapado en esa lógica binaria; y por otro lado con la prohibición de pensar: si el único pensamiento admitido es el de los padres, éste no puede ponerse a prueba y no permite la búsqueda de nuevos conocimientos ni se pueden investir los discursos de otras figuras ni del sujeto mismo.

Consideraciones finales

En este trabajo se intentó realizar un recorrido sobre las distintas nociones que acompañan y caracterizan a lo que es el Trastorno por Déficit con o sin Hiperactividad. Claro está que poner el punto sobre algunas cuestiones que se suscriben a su órbita que pueden resultar cuestionables, no implica negar la existencia de dicho trastorno ni negar la vivencia de los pacientes ni sus síntomas. Se intentó realizar una aproximación desde distintas miradas, para complejizar una cuestión y un diagnóstico que quizás a veces se mira (y se trata) con bastante simpleza (en los medios, en la cultura, en los ámbitos médicos, *psí*, escolares, entre otros). En los primeros esbozos de este trabajo final de grado y durante la fase de búsqueda bibliográfica, me encontré con muchos artículos, escritos y videos sobre el TDAH. En algunos casos de información muy valiosa e interesante como los autores que tomé en

este trabajo, con los que coincidí en la postura que tomaron sobre la problemática. Pero, por otro lado, fue interesante ver en Internet la masiva información (o desinformación, mejor dicho) que hay sobre el trastorno: desde *quizzes* a tomar en Internet para auto-diagnosticarse, hasta videos en redes sociales que fomentan una ansiedad colectiva sobre unos determinados síntomas que se puede tener, casi como si fuera una enfermedad contagiosa. Los medios de comunicación y las tecnologías de la información en general, son una excelente herramienta que resulta habilitante en muchos sentidos y provee una accesibilidad que las épocas anteriores sólo pueden envidiar. Con esto dicho, también pueden ser una fuente de desinformación, que reproduce saberes sin que necesariamente sean válidos. La ardua tarea de emitir un diagnóstico, no se remite solo a hacer *checks* sobre unas determinadas casillas que se evalúan en torno a unos síntomas determinados. Los manuales de diagnóstico por otro lado, funcionan como una guía para los profesionales y determinan un consenso actual sobre un cuadro, pero que requiere a su vez una mirada clínica sobre el sujeto que no debe ni puede ser reemplazada. Diagnosticar admite más resultados que cuatro a la pregunta del ¿dos más dos?, decía Vasen (2017).

También se destaca la puntualización que hacen (Pedreira Massa y González de Dios, 2017) al mencionar que debido a la inespecificidad de los síntomas del TDAH es menester conocer los criterios de exclusión, ya que el diagnóstico diferencial es clave para evitar un sobrediagnóstico.

En este trabajo, se intentó dar cuenta de la complejidad que los síntomas tienen en el psiquismo del niño y brevemente se desarrollaron algunas explicaciones de qué manera se instalaron esos síntomas y por qué motivos diversos pudo haberse dado.

Uno de los motivos por lo que se habla de la plasticidad en la personalidad de los niños es justamente por la ausencia de una estructura psíquica bien establecida y diferenciada. Es decir, el yo está en vías de constituirse. Pero claro, que se va construyendo lenta y trabajosamente con otros y tomando siempre en consideración el tratamiento o la manera en cómo fueron respondidos los estímulos anteriores (exteriores e interiores) y qué respuestas del medio ambiental se proveyeron. Es por esto, que poner en perspectiva los discursos que se encuentran alrededor de los niños con desatención e hiperactividad no es una tarea en vano. Porque la manera en que se acerca hacia el objeto, la manera en qué se nombra y la manera en qué se lo piensa, produce significaciones. No sólo se encuentran culturalmente discursos inhabilitadores que hunden y obturan las posibilidades y la potencia de curación en estos niños ("*siempre fue así*", "*es un desastre*", "*nada lo calma*"), sino que implica necesariamente un ajuste y una incorporación inconsciente de esos discursos al yo del sujeto, que aún está constituyéndose.

El mirar al niño como “dis” produce ciertos efectos: uno es el quiebre de los soportes identificatorios. El yo de placer se estructura por identificación con una imagen devaluada o monstruosa de sí. Y hacerse cargo de la propia motricidad, del propio lenguaje dominando al mundo se torna muy complicado cuando se supone que se es un discapacitado. (Janin, 2019, p. 24)

Bergeret (2005): “(...) el síntoma no nos permite jamás por sí solo prejuzgar un diagnóstico en cuanto a la organización estructural profunda de la personalidad.” (p. 69) Me quedo con la cita de Bergeret, no porque en la clínica infantil predominan actualmente síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad significa que todos los niños sufran de la misma manera y debido a las mismas dificultades organizacionales. Cada niño tendrá una manifestación determinada de sufrimiento debido a su historia personal, algunos tendrán más dificultades en el investimento de determinados saberes y otros quizás en la regulación de la vida pulsional. Que todos caigan bajo el mismo imperio del TDAH es atender únicamente al síntoma, ignorando las organizaciones estructurales que cada niño pudo haber formado.

Se considera de extrema necesidad al mismo tiempo que exista un mecanismo perteneciente al MSP que actúe de manera regulatoria, donde se establezca una farmacovigilancia en las sustancias prescritas a los niños, en cuanto a su pertinencia, duración y dosificación. A su vez, resulta menester generar conversaciones y debates que a su vez sean fructíferos para que generen movimientos en los profesionales de la salud, personal docente, familias y otros actores que están vinculados sobre los tratamientos posibles y sobre la pertinencia de muchos de los diagnósticos que fueron realizados en los últimos años. Pensar más allá de la atención que falta y la actividad que sobra será vital para reducir la cantidad de diagnósticos erróneos y evitar ubicar a estos niños en cuadros que muchas veces se configuran como crónicos.

Finalmente, resulta importante entonces reconocer estas contradicciones que fueron mencionadas en este trabajo y darles lugar para que habiliten nuevas conversaciones y nuevas miradas sobre lo que realmente significa el TDAH y qué vigencia tiene en la realidad actual, a la misma vez que es necesario reflexionar acerca de la emergencia que ella constituye en la clínica infantil. Es imperativo reconsiderar la aceptación que se le ha dado al tratamiento medicamentoso como la mejor opción posible (o para algunos, la única vía posible) y ubicarla únicamente para casos que realmente lo requieran y no así como tratamiento de cabecera para este tipo de sintomatologías.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. 5ª ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Ariès, P. (1986). La infancia. *Revista de Educación*, 281, 5-17.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.

Barkley, R. A. (2014). History of ADHD. En: Barkley, R. A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, Fourth Edition*. New York, United States of America: Guilford Publications

Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica. Recuperado de: <https://catedraepistemologia.files.wordpress.com/2009/05/modernidad-liquida.pdf>

Bauman, Z. (2007) *Vida de consumo*. México D.F, México: Fondo de Cultura Económica.

Benasayag, L. (2007) (comp.) *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Bergeret, J. (1990). *Manual de psicología patológica, teórica y clínica*. Barcelona, España: Editorial Masson.

Bergeret, J. (2005). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona, España: Editorial Gedisa S.A.

Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(2), 1021-1038.

Bion, W. (1962) *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Bion, W. (1977) *Volviendo a pensar*. 2a edición. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Bleichmar, S., Castorina, J. A., Frigerio, G. y de la Cruz, M. (1995). *Cuando el aprendizaje es un problema*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Bleichmar, S. (2009) *Inteligencia y simbolización. Una perspectiva psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI
- Casas de Pereda, M. (1994) Función paterna en la familia en este fin de milenio. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (79-80), 67-92.
- Casas de Pereda, M. (1999) *En el camino de la simbolización. Producción del sujeto psíquico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Casas de Pereda, M. (2015) Estructuración psíquica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (120), 24-38.
- Cazenave, L. (2006). Del déficit de atención al sujeto de la inhibición, el síntoma y la angustia. En: Stiglitz, G. (comp). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: el mal real y la construcción social* (p. 155-170). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Corea, C., Lewkowicz, I. (1999) *¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*. Buenos Aires, Argentina: Lumen Humanitas.
- Fernández, A. (2002). *La inteligencia atrapada*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Frances, A. (2010). Abriendo la Caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V. *Revista Topía*, (58), 19-22.
- Freud, S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual. En: *Sigmund Freud. Obras Completas*. Volumen VII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ed.
- Freud, S. (1911). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En: *Sigmund Freud. Obras Completas*. Volumen XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Ed.

- Guerra, V. (2014). Ritmo, mirada, palabra y juego: hilos que danzan en el proceso de simbolización. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (119), 74-97.
- Graell, M. (2013). Neurobiología de los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. En: Martínez, M. A. (coord) *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Avances y mejoras como labor de equipo*. (p. 49-60) Barcelona, España: Publicaciones Altaria.
- Herrera, G. (2005). Reflexiones sobre el déficit atencional con hiperactividad (TDAH) y sus implicancias educativas. *Horizontes Educativos*, 10(1), 51-56.
- Icart, A. (2007). Tratamiento del niño hiperactivo a través de la familia. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 2, 31-42.
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2019). Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias. Recuperado de: https://www.cdnuruguay.org.uy/wp-content/uploads/2019/12/Medicalizacio%CC%81n-de-la-infancia_ctapa2.pdf
- Janin, B. (2005) (comp). *Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires, Argentina: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Janin, B. (2012) *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires, Argentina: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Janin, B. (2019). *Infancias y adolescencias patologizadas: la clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lasa, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 31/32, 5-81.

Recuperado

de:

<https://www.seypna.com/revista-seypna/articulos/hiperactividad-trastornos-personalidad-1/>

Llanos, L. (2007). Trastorno generalizado del desarrollo (TGD) y trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD): dos diagnósticos que requieren reflexiones críticas. *Cuestiones de Infancia*, 11, 44-67.

Marcelli, D. y De Ajuriaguerra, J. (2005). *Psicopatología del niño*. 3ª ed. Buenos Aires, Argentina: Masson.

Míguez Passada, M. N. (2012). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora.

Míguez Passada, M. N. (2015). Patologización de la infancia en Uruguay: aportes críticos en clave interdisciplinar. Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora.

Montserrat, A. (2007). La hiperactividad con trastornos de atención en el niño: la función materna y su holding defectuoso. *Cuestiones de Infancia*, 11, 117-135.

Moreno García, I. (2013). Acercamiento al TDAH. Eliminando mitos y aproximando evidencias. En: Martínez, M. A. (coord) *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Avances y mejoras como labor de equipo*. (p. 23-42) Barcelona, España: Publicaciones Altaria.

Navarro, M. I. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36.

Pedreira Massa, J. L. y González de Dios, J. (2017). Evidencias diagnósticas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 19(76), 147-152.

Prandi, M. (2006) ADHD. Un nombre para la falla de la función de inhibición. En: Stiglitz, G. (comp). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: el mal real y la construcción social* (p. 61-67). Buenos Aires, Argentina: Grama

- Psetizki, V. (2 de diciembre 2010) La ONU cuestiona a Uruguay por el uso de ritalina. *BBC News*. Recuperado de: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2010/12/101202_onu_uruguay_ritalina_rg
- Ramos, C. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 226-253. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia>
- Risueño, A. E. (2006). *Mitos y realidades del Síndrome Atencional con Hiperactividad*. Buenos Aires, Argentina: Bonum.
- Sammartino, M. E. (2007). La hiperactividad infantil como un signo de los tiempos. *Intercanvis*, (19), 53-61. Disponible en: <http://intercanvis.eu/es/producte/la-hiperactividad-infantil-como-un-signo-de-los-tiempos-maria-elena-sammartino/>
- Spitz, R. (1972). Las fuerzas formativas en la relación madre-hijo. En: *El primer año de vida del niño*. 3ª edición. Madrid, España: Aguilar Ediciones.
- Stiglitz, G. (2006) (comp). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: el mal real y la construcción social*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Taborda, A. y Abraham, M. A. (2007). Algunas consideraciones respecto al diagnóstico y tratamiento farmacológico del TDA-TDAH. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 43/44, 195-230.
- Taborda, A. y Díaz, D. (2007). Una revisión del diagnóstico de Déficit Atencional en la niñez: estudio descriptivo y propuesta terapéutica. *Cuestiones de Infancia*, 11, 95-116.
- Tallis, J. (2005). Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades. En: Janin, B. (comp) *Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* (p. 187-222) Buenos Aires, Argentina: Ediciones Novedades Educativas.
- Untoiglich, G. (2009). Patologías actuales en la infancia: el trabajo con los padres en la clínica con niños. *Revista Online de la Asociación Aragonesa para la Investigación Psíquica del Niño y el Adolescente (AAPIPNA)*, (2), 1-17. Recuperado de: <https://aapipna.es/Revista-2/Articulo-de-Gisela-Untoiglich.pdf>

- Untoiglich, G. (2012). *Versiones actuales del sufrimiento infantil: una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Buenos Aires, Argentina: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires, Argentina: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Vasen, J. (2017). *La atención que no se presta: el "mal" llamado ADD*. 2a ed. Buenos Aires, Argentina: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Viola, L. y Garrido, G. (2009). Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 73(2), 157-168.
- Winnicott, D. W. (1960) La relación inicial de una madre con su bebé. En: *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé.
- Winnicott, D. W. (1960) La teoría de la relación paterno-filial. En: *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona, España: Editorial Laia.
- Winnicott, D. W. (1962). La integración del ego en el desarrollo del niño. En: *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona, España: Editorial Laia.
- Winnicott, D. W. (1958) La capacidad para estar a solas. En: *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona, España: Editorial Laia.

Anexos

Cuadro 1: Criterios diagnósticos para el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) según el DSM-V (APA, 2014).

A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e Impulsividad

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

B- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos. E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.