



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad:
Críticas al diagnóstico biomédico desde una perspectiva
psicoanalítica

TRABAJO FINAL DE GRADO

Monografía

Estudiante: Romina Pollero

C.I: 5.157.740-8

Tutora: Prof. Tit. Dra. Andrea Bielli

Revisora: Prof. Adj. Mag. Gabriela Bruno

Montevideo, diciembre 2024

Agradecimientos

A mis padres, raíces profundas en el suelo de mi inconsciente, nutrieron las primeras estructuras de mi ser. En el juego compartido y en las palabras dichas y no dichas, han sido el espejo donde pude reflejarme y encontrar la mejor versión de mí misma. Su presencia sigue dándome forma aún en la distancia.

A mis hermanos, mi transferencia en los momentos difíciles; juntos, hemos explorado las profundidades de nuestras propias sombras. Son quienes, como sueños recurrentes, regresan siempre para recordarme quién soy.

A Facu, mi compañero de viaje, porque ha sabido escuchar mis deseos, angustias y silencios, cuyo abrazo es refugio y continente en los momentos de desborde, y su presencia me permitió resignificar lo cotidiano.

A mis amigas que son hermanas, compañeras en este tránsito por lo inconsciente, con quienes compartí silencios, risas y espacios intermedios donde la palabra se encuentra con lo indecible.

A mis sobris, pequeños fragmentos de lo real. Sus risas y juegos, llenos de vitalidad, espontaneidad y picardía, me recuerdan cada día el valor del goce y de la pura pulsión de vida que habita en nosotros.

A Andrea, mi tutora, por ser la guía que orientó mi deseo de saber. Sus intervenciones e interpelaciones durante el proceso me permitieron seguir avanzando, incluso en los momentos más inciertos.

Resumen

La presente monografía realiza un recorrido sobre la construcción del diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad [TDAH] y cómo ha ido evolucionando (o involucionando) de acuerdo a los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico [DSM] utilizado para Salud Mental. Se considera que el aumento de este diagnóstico junto con el consumo de metilfenidato está dado por fallas tanto en la comprensión de los síntomas como por la implicancia que tiene la industria farmacéutica sobre la Salud Mental.

Se proponen discusiones y críticas sobre las formas biomédicas de comprender los síntomas en Salud Mental y específicamente en el TDAH. Se parte de la premisa de que no se cuenta con evidencia que determine que este diagnóstico está relacionado a déficit o fallas a nivel neural. Para plantear estas críticas y proponer una mejor comprensión y abordaje a los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, la corriente elegida es la psicoanalítica.

Desde esta perspectiva, se propone al juego como la mejor forma para tramitar las angustias y conflictos psíquicos que se manifiestan como síntomas del TDAH, hipotetizando que esta sintomatología deviene de conflictos psicosociales más complejos y no reconocidos, lo que provoca fallas en los procesos primarios de constitución psíquica.

Se concluye que en la medicamentación infantil hay dilemas éticos en juego, que se debe regular y dar seguimiento a la prescripción de este tipo de psicofármacos. Se etiquetan niños, se los invalida y se los vuelve crónicos y dependientes. Se obstaculiza el desarrollo adecuado de los procesos básicos a nivel psíquico y neurológico.

Palabras Claves: TDAH, Metilfenidato, Síntoma, Psicoanálisis, Infancia, Subjetividad.

Índice

Resumen.....	3
1. Introducción.....	5
2. Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad.....	7
2.1 ¿Qué es?.....	7
2.2 Los primeros antecedentes sintomáticos.....	7
2.3 Los cambios más influyentes.....	10
2.4 El DSM y el diagnóstico de TDAH ¿evolución?.....	12
3. Metilfenidato [MFD].....	15
3.1 Surgimiento y comercialización.....	15
3.2 Indicación y efectos adversos.....	16
3.3 Sobre el consumo de MFD.....	17
4. Entre la Ciencia y la Subjetividad.....	20
4.1 ¿Cómo se piensa el TDAH?.....	20
4.2 Las etiquetas de la psiquiatría.....	21
4.2.1 Síntomas.....	22
4.2.2 Diagnósticos.....	23
4.3 La voz subjetiva.....	25
4.3.1 El síntoma psicoanalítico.....	26
4.3.2 Diagnóstico de TDAH; ¿qué significan en psicoanálisis?.....	31
5. Escuchar a la infancia para entender el TDAH.....	34
5.1 ¿Por qué desde el psicoanálisis?.....	34
5.2 El juego; lenguaje que da voz al TDAH.....	35
6. Reflexiones finales.....	38
7. Referencias.....	43

1. Introducción

Según varios estudios e investigaciones, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad [TDAH] es uno de los diagnósticos de salud mental con mayor prevalencia a nivel mundial. Tomando los datos de la Organización Panamericana de Salud [OPS] en el último Informe mundial sobre la salud mental publicado en el año 2023 el 8,8% de la población mundial hasta el 2019 estaba diagnosticada con TDAH. Este diagnóstico se posiciona en el cuarto lugar del ranking de enfermedades mentales prevalentes mundialmente, justo después de los diagnósticos de depresión, ansiedad y trastornos del desarrollo. En lo que respecta a la población de 0 a 19 años, el TDAH tiene una prevalencia del 8,1%, siendo diagnosticado mayormente a varones.

Son varios los autores que plantean que el TDAH es uno de los principales motivos por los que niños y jóvenes inician prematuramente el consumo de psicofármacos. Breggin, Armstrong, Untoiglich, Jannin, entre otros, sostienen la idea de que se patologiza conductas comunes y esperables y se sobremedica niños, olvidando el abordaje de factores contextuales y emocionales.

Si bien el diagnóstico de TDAH aparece por primera vez con la revisión del DSM III, se han relacionado sus síntomas con discursos e investigaciones de años anteriores. Para la reflexión y profundización que se pretende, se realiza un breve repaso por los principales sucesos que fueron considerados antecedentes del diagnóstico que conocemos hoy en día. La revisión sobre la construcción del TDAH deja la impresión de que se trata de buscar antecedentes que fundamenten el largo recorrido de estudios sobre un tema que es, hasta el momento, infundamentado con evidencia.

El trabajo se posiciona desde un entendimiento complejo del TDAH, censurando el reduccionismo y la simplicidad de solamente contar síntomas y puntuar un cuestionario que inicia con el diagnóstico ya determinado. En este sentido, se irán desarrollando críticas al DSM y las posiciones biomédicas que justifican el TDAH y sobre cómo se realizan los diagnósticos y se trata el síntoma.

Se aborda la influencia de la industria farmacéutica en el diagnóstico, el metilfenidato y sus no-datos. La falta de información a nivel nacional y la imposibilidad de acceder a datos tan importantes como estos. Se cuestiona el lugar de los psicofármacos y se propone al psicoanálisis como la forma más apropiada de tratar el sufrimiento infantil y los síntomas del TDAH. Se relaciona a este diagnóstico con fallas en los procesos primarios de constitución psíquica y se asocian estas fallas con los cambios y problemáticas sociales.

Este trabajo se posiciona desde el psicoanálisis. Se propone el juego y la intervención analítica como forma de comprender el sufrimiento infantil y sus manifestaciones sintomáticas. Se parte de la hipótesis de que no hay dos formas de TDAH iguales, pueden ser semejantes, pero nunca iguales, ya que el síntoma es el resultado de las singularidades de cada sujeto y su entorno.

Surgen preguntas que funcionan como disparadoras, ¿Qué se diagnostica cuando se diagnostica TDAH? ¿Cuáles son los síntomas? ¿De quién son los síntomas? ¿Es objetivo el diagnóstico? ¿Encontraremos respuestas a las preguntas anteriores?

Se desarrollará la noción de síntoma y el lugar del diagnóstico tanto desde la perspectiva biomédica como desde la psicoanalítica. Se recurre a autores clásicos como Freud, Lacan, Winnicott y Bowlby (entre otros) para explicar el origen del síntoma y su relación directa con la constitución yoica. Se toman estudios y aportes de autores contemporáneos para comprender la manifestación del síntoma en la sociedad actual.

El interés personal en las infancias es desde siempre y se hizo más fuerte luego del paso por la práctica de graduación. Enfrentar la realidad, salir de los libros y jugar con niños fue una experiencia movilizante y muy significativa. Encontrarme con niños que desde muy pequeños consumen psicofármacos fue alarmante. Esta preocupación aumentó al trabajar en un programa de políticas públicas que recibe demandas de la población. Allí me encontré con discursos de padres abrumados, niños hiper medicados, múltiples diagnósticos, excesos de TDAH y vulneración de derechos.

Desde ese entonces, supe que quería terminar la carrera con un trabajo dedicado a las infancias, que la discusión sobre la medicalización y patologización no se desvanezca. El TDAH ha sido un tema trabajado a lo largo del tiempo, pero parece que no alcanza. Es como si debiéramos dejar la mecha siempre encendida, para dar lucha. Para que se escuche el pedido de ayuda.

Las infancias son un producto histórico, se moldean según las necesidades sociales, dan luz a la forma de subjetividad que la sociedad actual promueve. Son el sector social más vulnerable y fuerte a la vez. Vulnerable porque es el último en la cadena de poder, son quienes pagan las fallas sociales, porque siempre se los enmudece. Pero son tan fuertes que pueden aún en silencio gritar muy alto. ¿Los escuchamos?

2. Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad

“Si estás vivo, tienes que sacudir los brazos, saltar, hacer ruido, reír y hablar con la gente, porque la vida es exactamente lo opuesto a la muerte. Morir es quedarse siempre en la misma posición. Si estás muy quieto, no vives”.

- Paulo Coelho, *Maktub*

2.1 ¿Qué es?

Según el DSM, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es considerado un trastorno del desarrollo neurológico que comprende una combinación de problemas persistentes, como dificultad para prestar atención, hiperactividad y conductas impulsivas. Es de inicio en la infancia o adolescencia, pero perdura con el crecimiento. El TDAH puede llevar al mal desempeño en la escuela, dificultad en la construcción de vínculos y relaciones inestables, baja autoestima, etc.

El desarrollo del TDAH ha sido un proceso dinámico influenciado por avances y cambios en la práctica clínica y las demandas sociales. Su diagnóstico ha evolucionado en busca de precisión para clasificar los síntomas de la vida cotidiana.

Las corrientes más críticas sugieren que este trastorno no existe y que su diagnóstico se cubre bajo la bandera de la detección temprana de enfermedades mentales, propiciando una rápida acción. Creyendo que de este modo se promueven mejoras en la atención de los problemas de salud mental cuando en realidad se estandariza el sufrimiento, se clasifica. Cuanto más siga creciendo la industria farmacéutica y en la medida que sigan apareciendo nuevos fármacos que brinden respuestas mágicas, nos volvemos todos enfermos. No es una lógica distinta a la que utiliza el mercado en otros ámbitos. Se genera un producto y luego se crea la necesidad.

2.2 Los primeros antecedentes sintomáticos

Los primeros escritos que se relacionan y se utilizan en la actualidad como fundamento de que el TDAH existe desde hace muchos años son los realizados por el médico escocés Alexander Crichton en 1798 quien en una de sus publicaciones perteneciente a la obra *Una investigación sobre la naturaleza y la enajenación mental* habló de “mental restlessness”, traducido al español como inquietud mental. En dicho escrito explica la atención y el impacto

que tiene la distraibilidad en la vida de los sujetos, síntomas que, en 2001 con una publicación de los investigadores Erica D. Palmer y Stanley Finger, fueron vinculados y formalizados como los principales síntomas del TDAH (Guerrero, 2016).

Crichton (1798) define la atención como una función de la mente que permite la concentración, provocando la fijación en una tarea u objeto específicos y desestimando los estímulos externos. Agrega que esta capacidad es fundamental para desarrollar de forma efectiva las actividades de la vida cotidiana y favorecer al pensamiento racional (esencial para aprender), procesar información y tomar decisiones, entre otras cosas. Observa además que la atención es influenciada tanto por factores internos como externos haciendo referencia al estado anímico-emocional y al ambiente. A partir de lo anterior, surge la noción de distracción. Este autor fue uno de los primeros en referirse a este concepto y lo asocia al resultado de diversas interrupciones en la atención, tanto por factores internos como externos, que afectan la mente, dificultando la concentración sostenida. Según sus observaciones, propone también que la deficiencia en la atención se debe a una predisposición natural de distracción y no es consecuencia solamente de desinterés o falta de esfuerzo. Relaciona los síntomas de distraibilidad y deficiencia atencional con la irritabilidad mental. Este enfoque de la atención como función cognitiva y la interpretación de los síntomas antes mencionados como condiciones patológicas, sienta bases para lo que hoy en día es considerado como TDAH.

En 1845 aparece la publicación de una obra llamada *Der Struwwelpeter* (traducido como *Pedro melenas o Pedro el desgreñado*) del médico Heinrich Hoffman. En ella escribe e ilustra diez cuentos que reflejan dinámicas infantiles con el fin de educar a su hijo de 3 años. Entre los cuentos destacados, se encuentran el traducido como *Felipe Rabietas*; relata una escena doméstica en la que un niño se hamaca en una silla y por ello cae. Dicho cuento fue mencionado por Barkley (2002) como claro ejemplo de la existencia del TDAH a mediados del S. XIX, en pro de defender que no es una invención de los tiempos modernos. Otro de los cuentos destacados es el traducido como *Juan el despistado*, en el que se relata el accidente de un niño por no prestar atención mientras camina por la calle.

Ambos cuentos fueron relacionados como posible registro de los principales síntomas (inatención e hiperactividad) presentes en el TDAH realizados por un psiquiatra. No es dato menor que fue en 1851 que Hoffman comienza su trabajo en un hospital psiquiátrico, siendo un médico general que buscaba un libro de educación para su hijo cuando realiza la publicación de los cuentos (García de Vinuesa, 2017). ¿No parece raro que se utilice como precedente del TDAH un libro de cuentos? En principio, la impresión que deja es que se

trata de mostrar antecedentes que fundamenten la existencia del TDAH desde hace muchos años.

Volviendo al recorrido histórico, años después de Hoffman, aparece el médico inglés George Still quien en 1902 realiza conferencias monográficas sobre *El defecto mórbido de control moral en niños* en las que describe algunos síntomas que presentaban estos niños con carencias de control moral. Según Guerrero (2016), esta publicación es considerada la primera descripción científica del TDAH dado que los síntomas son explicados a partir del estudio de un grupo de niños y los resultados fueron publicados en la prestigiosa revista de la época *The Lancet*.

En este estudio, Still propone que las dificultades en los niños tienen como causa lesiones cerebrales; algunas son grandes lesiones observables y otras tan mínimas que no pudieron ser constatadas clínicamente. Aunque las lesiones no fueron comprobadas, se crea la hipótesis y el precedente de que estas conductas tienen causas neurológicas. Cabe mencionar que las características comportamentales que observa Still en sus pacientes son: hostilidad, malicia, crueldad, robo, mentira, violencia y vicio. Dichos síntomas difieren ampliamente con lo que la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] en 1980 determina como síntomas de TDAH: despistarse, no realizar tareas ni deberes, inquietud motora, subirse a muebles, etc. (García de Vinuesa, 2017). ¿No resulta (una vez más) forzada la relación entre las características observadas por Still con la noción actual de TDAH?

Por su parte, el neurólogo Strauss en 1918 en un intento de continuar lo propuesto anteriormente y en pro de encontrar el origen de los problemas conductuales y retrasos a nivel académico, hipotetiza sobre posibles lesiones cerebrales, especulando con que estas serían tan pequeñas que no afectarían otras áreas neurológicas. Según él, comprometían exclusivamente las áreas del aprendizaje y la conducta, denominándose como Lesión Cerebral Mínima. Esta postura no resulta muy convincente ya que no fue corroborada con ningún tipo de evidencia, sino que la forma de llegar a la hipótesis fue luego de observar que las personas que habrían sufrido algún tipo de traumatismo o enfermedad neurológica sufrían secuelas de alteraciones en el comportamiento. Por lo tanto, se deduce que personas con alteración en el comportamiento o comportamiento anormal deberían tener alguna lesión cerebral originaria; la misma sería suficiente para modificar los comportamientos, pero no suficientemente grande como para manifestarse en otras áreas (Untoiglich, 2019).

Esta forma de hacer ciencia no responde a un criterio de validez. Si se considera como razonamiento inductivo, el mismo no sería válido, porque, ni la evidencia es suficiente ni son

consideradas otras variables que modificarían por completo la hipótesis original. Aun así, hay quienes defienden estos descubrimientos como antecedentes de la existencia del TDAH.

2.3 Los cambios más influyentes

En 1937 fue Charles Bradley quien descubrió de forma casual el efecto que las anfetaminas tienen en jóvenes con problemas de conducta que se encontraban en un internado. Luego de haberles administrado bencedrina, según sus observaciones, los jóvenes presentaban una notoria mejoría conductual y un mayor rendimiento académico. Este nombre no es de los más reconocidos por la literatura que científiza el TDAH, la falta de rigor y los conflictos éticos que enfrenta al tratarse de una experimentación infantil, con un psicotrópico del que ya se había comprobado que generaba dependencia en adultos, no es lo que se pretende destacar de la historia. Dejando de lado lo anterior, lo que sí quedó como conclusión importante y vigente en la actualidad fue que las anfetaminas mostraban mejoras persistentes en todos los niños con dificultades de aprendizaje y problemas conductuales.

Con este descubrimiento se genera un cambio importante en el tratamiento de estos niños, se empieza a administrar psicoestimulantes para controlar conductas y “mejorar” el rendimiento académico. Aunque no se nombre a Bradley, su descubrimiento es defendido en la actualidad y el fármaco sigue siendo administrado. Nos seguimos enfrentando a los mismos dilemas éticos, pero en estos tiempos, la administración de esta droga está bajo criterios médicos y regulada por laboratorios.

A partir de los años 50', con las corrientes conductuales en auge y la intervención de la industria farmacéutica, se utiliza por primera vez el término “síndrome hiperkinético”. Cuando se publica la primera edición del DSM no se tiene en cuenta este síndrome. El mismo surge con la publicación del DSM-II en 1968 apareciendo bajo el nombre de Trastorno Hipocinético Impulsivo y fue gracias a Eisenberg que se comienza a administrar metilfenidato como tratamiento a los pacientes con síntomas de este trastorno (Guerrero, 2016).

Fue en 1962 que varios neurólogos en la ciudad de Oxford se juntan y retoman e investigan lo propuesto por Strauss e intentan localizar la lesión mencionada. Al no obtener resultados y basándose en que una lesión por mínima que sea no puede reflejarse solamente en signos comportamentales, proponen que fue un error de concepto de Strauss y surge el término de Disfunción Cerebral Mínima en reemplazo del concepto de Lesión Cerebral Mínima. No es menos importante que, para ese entonces, ante la presencia de cualquiera de los síntomas (hiperactividad, agresividad, inatención, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, entre

otros) ya se contaba con un medicamento que ofrecía cura inmediata, por lo que no era opción pensar esta sintomatología de forma alternativa a un diagnóstico (Untoiglich, 2019).

En la década de los 70' se hacen fuertes y relevantes las teorías cognitivistas haciendo especial énfasis en los procesos mentales que se veían afectados en estos pacientes. Atención, memoria, impulsos, son algunos de los procesos que empiezan a resonar. Virginia Douglas en 1972 hace la salvedad de que la inatención podría o no ir acompañada de hiperactividad, generando un precedente para la posterior publicación en 1980 del DSM-III. En esta nueva edición, se hace foco en las dificultades atencionales como síntoma fundamental, dejando en segundo plano los problemas conductuales. Aparece la categoría diagnóstica como Trastorno por Déficit de Atención [TDA] siendo una subcategoría que contenía la hiperactividad. Esto fue así hasta 1987, cuando se realiza una revisión y en la versión DSM-III-R se elimina las distinciones y el cuadro diagnóstico pasa a ser TDAH (Guerrero, 2016).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] publica en 1992 la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE] en donde se le da entidad diagnóstica bajo el nombre de Trastorno Hiperactivo (OPS, 2008).

En 1994 la APA publicó su nueva versión del manual. En el DSM-IV el TDAH pasa a dividirse en tres subtipos según la característica predominante (inatento, hiperactivo-impulsivo, combinado), y a estar incluido como categoría diagnóstica dentro de los "*Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia*" acompañado del Trastorno Disocial y el Trastorno Negativista Desafiante. En lo que refiere a la publicación de 2013 del DSM-5, las variables generan una mayor amplitud del trastorno. En el intento de hacer un diagnóstico más detallado, pareciera que el objetivo es alcanzar a más población. A modo comparativo, mientras que en el DSM-IV los síntomas debían aparecer antes de los 7 años, en el DSM-5 pueden aparecer antes de los 12 años. En lo referido a los subtipos se cambia la "predominancia" de los síntomas por la "presentación predominante" de los mismos, lo que amplía más aún la descripción de ellos. Agrega indicadores de "gravedad" del trastorno que van desde leve a moderado y grave.

2.4 El DSM y el diagnóstico de TDAH ¿evolución?

El DSM se crea en Estados Unidos como respuesta a una necesidad inminente, luego de finalizada la Segunda Guerra Mundial, para establecer un sistema estandarizado de diagnóstico y tratamiento para los soldados que regresaban con evidentes problemas de salud mental. En respuesta a esta necesidad, la APA publica en 1952 el primer DSM

basándose en la sexta edición del CIE e incluía alrededor de 106 trastornos. Los mismos fueron clasificados en grupos como trastornos orgánicos, psicosis, trastornos del carácter y trastornos de la personalidad. En esta primera edición, el TDAH no era considerado aún, pero se hablaba de una condición llamada “reacción hipercinética de la infancia” que hacía referencia a niños con dificultad de concentración y actividad motora excesiva, no eran síntomas de un criterio diagnóstico específico, pero fue el origen de lo que vendría más tarde (del Barrio, 2009; García Zabaleta, 2019).

En 1968 con la publicación de DSM-II se aumenta la cantidad de trastornos a 182, se basa en el CIE-8 y los diagnósticos continúan siendo más bien descriptivos y sin especificidad. En lo que respecta a la evolución de lo que hoy en día es el TDAH, en esta versión se retoma el término hipercinesia, esta vez para describir un trastorno de conducta caracterizado por actividad excesiva en niños y adolescentes. A pesar de que los criterios diagnósticos eran generales y no muy claros, los síntomas que se mencionan son: comportamientos impulsivos, excesiva actividad motora, dificultades para seguir instrucciones y problemas para mantener la atención en tareas o actividades.

Con la actualización del DSM III de 1980, surgen los cambios significativos, se introducen diagnósticos más detallados e incluye por primera vez criterios operacionales de cada trastorno, lo que provoca mayor énfasis en criterios específicos y observables. Los diagnósticos son multiaxiales buscando una comprensión holística de los individuos los cuales son evaluados según cinco ejes: trastornos clínicos; trastornos de la personalidad y retraso mental; enfermedades médicas; problemas sociales y ambientales; evaluación global de la actividad general del sujeto. Se introduce el término “Trastorno por Déficit Atencional” pudiendo ser con o sin hiperactividad. Este punto reconoce por primera vez que la inatención y la hiperactividad no siempre coexisten en un diagnóstico. Dentro del criterio diagnóstico se introducen dos subtipos: con hiperactividad y sin hiperactividad.

Los síntomas característicos del TDA-H se describieron como: dificultad en la atención sostenida, falta de atención en los detalles, no seguir instrucciones, evitación de tareas que requieran esfuerzo mental, desorganización, fácil distracción, pérdida de objetos y olvidos frecuentes de actividades; dentro del subtipo con hiperactividad los síntomas que se sumaban a los anteriores eran: impulsividad, responder fuera de tiempo, no esperar turnos e interrumpir a otros, inquietud, dificultad para jugar de forma ordenada, incontinencia motora, no permanecer sentado, correr y trepar en situaciones inapropiadas.

En 1987 se realiza una revisión y surge el DSM III-R. En esta versión se mantiene la estructura general y basados en aportes clínicos se realizan algunos ajustes en los criterios diagnósticos existentes. El TDA-H pasa a ser TDAH ya que se eliminan los dos subtipos

posibles (con o sin hiperactividad) y se enfocan en una misma característica diagnóstica. Se combinan los síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad en una lista única en donde no hay una distinción entre lo que anteriormente eran dos conjuntos de síntomas, pasan a ser distintas manifestaciones de lo mismo.

El DSM-IV publicado en 1994 y su texto revisado (DSM-IV-TR) publicado en el 2000 continúan con la idea de clarificar los criterios diagnósticos. Para esto se basan en datos empíricos proveniente de la clínica de los especialistas en salud mental que participan de la toma de decisiones de la APA, teniendo éstos que llegar a consensos. Se alcanzan los 297 trastornos. En lo que respecta al TDAH surge nuevamente la división en subtipos como criterio diagnóstico reconociendo la diversidad de los síntomas que se pueden presentar, se clasifican en dos categorías principales y una categoría mixta o combinada, argumentando que este cambio permite precisión y especificidad en la descripción del trastorno. Esta edición incluyó criterios más específicos como por ejemplo la necesidad de que los síntomas hayan aparecido antes de los 7 años, que estuvieran presentes por al menos seis meses y que los mismos causen problemas significativos en la vida cotidiana del individuo.

Para que se clasifiquen en un subtipo u otro se requieren al menos seis síntomas predominantes. Dentro del subtipo predominantemente inatento los síntomas principales pueden ser: cometer errores por descuido, no prestar atención a los detalles, dificultades para mantener la atención, escucha selectiva pareciendo no escuchar en ocasiones incluso cuando se le habla directamente, no seguir instrucciones, dificultades organizativas, evitar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido, perder objetos, fácil distracción ante estímulos externos, olvidos en actividades diarias. En lo que respecta al subtipo predominantemente hiperactivo/impulsivo se destacan los síntomas: inquietud, no permanecer sentado, continuo movimiento de manos y pies, correr o trepar en situaciones inapropiadas, dificultad para jugar tranquilamente, actuar como si tuviera un motor, hablar en exceso, responder antes de tiempo, dificultad para esperar turnos e interrumpir a los demás. Por último, respecto del subtipo combinado, basta con una composición mixta de los síntomas antes descritos para que pueda ser incluido en esta clasificación.

El DSM-5 es la última versión y la que se mantiene vigente en la actualidad, fue publicada en 2013 y aunque conservó la estructura general de la versión anterior realizó cambios significativos. Se eliminó el sistema multiaxial, se añadieron nuevos trastornos y sobre todo hubo cambios importantes en los criterios diagnósticos del TDAH. Se amplió la edad de inicio de los síntomas, pasó de tener que iniciar antes de los 7 años a poder presentarse síntomas por primera vez hasta los 12 años. La presencia de síntomas en mayores de 17

años puede ser 5 en lugar de 6 como es en el caso de los niños. De esta forma se reconoce que el TDAH es un trastorno persistente en la adultez.

La descripción y clasificación de los síntomas se mantiene igual que en el DSM-IV pero se hace especial énfasis en la variabilidad de los mismos a lo largo del tiempo y en los diferentes contextos (escuela, hogar, trabajo, etc.), haciendo referencia a esto, aparecen los subtipos de clasificación del diagnóstico pero bajo el término de presentación (en lugar de subtipos). En la sintomatología de adultos se hace foco en la inatención e impulsividad verbal, siendo poco visible la hiperactividad. Se hace hincapié en comorbilidades del TDAH con otros trastornos como los de estado de ánimo y los de ansiedad, haciendo del TDAH un trastorno complejo y multifacético que se manifiesta de forma diferente en cada sujeto.

Es común que en los tratamientos recomendados por el DSM se encuentren los psicofármacos, de hecho el DSM III fue el considerado como el origen de la medicalización según García Zabaleta (2019). No es extraño que el DSM recomiende tratamientos farmacológicos si lo pensamos teniendo en cuenta la forma en que se llegan a determinar los diagnósticos. Al ser un manual estadístico de diagnósticos, los mismos se definen por votación y consenso de profesionales de renombre y con muchos estudios sobre la salud mental. Claro, muchos de esos estudios (por no decir todos) son financiados, también, por la industria farmacéutica. Esto se ve reflejado en los tratamientos recomendados. En los diagnósticos que se recomienda psicoterapia, siempre es como tratamiento adicional al farmacológico y a menudo hace referencia a la corriente cognitivo-conductual, ya sea en modalidad individual o en modalidad grupal.

Probablemente el DSM continúe puliendo y precisando los trastornos mentales y no quedará atrás el TDAH. Cada edición busca reflejar un entendimiento más profundo, se pone mayor consideración en la naturaleza biológica de los trastornos mentales, se alega que muchos de estos síntomas existen de forma continua y afectan la vida cotidiana, siendo los psicofármacos la forma inmediata de resolverlos.

3. Metilfenidato [MFD]

"Los psicofármacos no curan, solo alivian los síntomas de una enfermedad más profunda."

- Rollo May, *El hombre en busca de sí mismo*.

3.1 Surgimiento y comercialización

El Metilfenidato es un medicamento que fue sintetizado por primera vez en 1945. Es un estimulante del sistema nervioso central, indicado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y para el tratamiento del trastorno del sueño conocido como narcolepsia. Este medicamento funciona incrementando los niveles de dopamina (teniendo efectos en el estado de ánimo, la motivación y otros aspectos del comportamiento) y norepinefrina (relacionado con la respuesta de lucha o huida del cuerpo, pudiendo provocar efectos como aumento de la frecuencia cardíaca, dilatación de las vías respiratorias y aumento de la presión arterial) y bloqueando su recaptación. El metilfenidato es un derivado de la piperidina, relacionado estructuralmente con la anfetamina. El uso de este fármaco ha sido controversial debido a los posibles efectos secundarios que presenta su consumo y su alto potencial de abuso (Untoiglich, 2014).

La primera vez que se utilizaron anfetaminas en niños fue en 1937 cuando Bradley intentando estimular la producción de líquido cefalorraquídeo, descubrió que la benzedrina ayudaba a mejorar el rendimiento académico. Sus hallazgos fueron revolucionarios y se entendió como uno de los pocos tratamientos médicos que daba respuesta rápida y un cambio notorio en los problemas de conducta de la infancia, dando de esta forma inicio a lo que poco tiempo después será la era de la psicofarmacología en niños, una de las grandes revoluciones de la psiquiatría.

Su comercialización inició en 1954 bajo el nombre comercial de Ritalin. Actualmente en nuestro país, según los datos del Ministerio de Salud Pública [MSP], esta droga es comercializada por los laboratorios SCIENZA URUGUAY, SERVIMEDIC y JOHNSON & JOHNSON y los nombres comerciales son Ritalina, Ritalin, Rubifen y Concerta. Existen dos presentaciones del metilfenidato; una es de liberación inmediata y la otra es de comprimidos recubiertos que permiten una liberación prolongada. Las presentaciones de Ritalina 10 mg (Scienza Uruguay) y Rubifen 10 mg (Servimedic) son comprimidos de liberación rápida; esto implica que se mantenga en sangre por un tiempo corto, requiriendo de este modo dos o tres ingestas diarias. En cuanto a las opciones de Ritalin LA 20 mg y 30 mg (Scienza Uruguay), Rubifen SR 30 mg (Servimedic) y Concerta 18 mg y 36 mg (Johnson & Johnson)

son de liberación prolongada y esta modalidad requiere una sola ingesta diaria ya que se mantiene el nivel de la sustancia en sangre durante todo el día. Míguez (2012) en su investigación comenta que la forma de consumo más recetada es la de liberación inmediata ya que al hacer efecto a los 30 a 45 minutos después de ingerida y su efecto durar al menos 4 horas, facilita la jornada escolar de los niños que la consumen y por lo tanto, en algunos casos solo realizan una ingesta diaria.

3.2 Indicación y efectos adversos

Según la página web *Farmanuario* al buscar el principio activo metilfenidato, la indicación de fármacos con este componente debe ser parte de un tratamiento integral y utilizado cuando otras medidas no fueran suficientes, no debe ser indicado a menores de 6 años. Dentro de las reacciones adversas aparece:

Insomnio, nerviosismo. Cefalea. Anorexia. Labilidad emocional, agresión, agitación, ansiedad, depresión. Mareo, discinesia, somnolencia. Taquicardia, arritmia, hipertensión. Tos, odinofagia. Nasofaringitis. Dolor abdominal, diarrea, náuseas, vómitos. Alopecia, prurito, erupción. Artralgia. Pirexia. Retraso en el crecimiento durante el uso prolongado en niños. Disminución de peso. Trastornos psicóticos. Sedación, temblor, ideación y riesgo suicida. Ángor. Disnea. Angioedema. Mialgia. Diplopía. Hematuria. Aumento de enzimas hepáticas. Priapismo (Farmanuario, 2024).

La marca comercial Ritalina perteneciente a los laboratorios Scienza es la más utilizada en nuestro país según los datos aportados por Miguez (2012). En el prospecto de dicha marca tomados de la página web *Vidal Vademecum Spain* los efectos secundarios del consumo prolongado podrían ser:

Nasofaringitis, sinusitis, infección de la parte alta del tracto respiratorio; anorexia, disminución del apetito, reducción moderada del aumento de peso y altura (uso prolongado en niños); insomnio, nerviosismo, tics, agresividad, ansiedad, labilidad emocional, agitación, depresión, comportamiento anormal, irritabilidad, cambios de humor; cefalea, mareos, discinesia, hiperactividad psicomotora, somnolencia, parestesia, cefalea tensional; arritmia, taquicardia, palpitaciones; HTA; tos, dolor faringolaríngeo; dolor abdominal, vómito, náusea, diarrea, malestar gástrico, boca seca, dispepsia; alopecia, prurito, erupción, urticaria; artralgia, tensión muscular, espasmos musculares; irritabilidad, pirexia, retraso de crecimiento (uso prolongado en niños); disminución de peso; cambios en la presión sanguínea y frecuencia

cardiaca; trastornos en la acomodación; vértigo; aumento de alanino aminotransferasa; priapismo (Vidal Vademecum Spain, 2017).

En el prospecto de la Ritalina 10 mg también podemos ver que la dosis recomendada para el inicio del tratamiento es de 5 mg una o dos veces al día pudiendo incrementar semanalmente en caso de ser necesario hasta un máximo de dosis diaria de 60 mg. Miguez (2012) afirma en su investigación que el consumo de este fármaco en Uruguay ronda en el 30% de la población infantil, mientras que a nivel mundial su consumo oscila entre 5% y 10% de la misma población. Allen Frances (2013), Peter Breggin (1998, 2000), entre otros, han realizado críticas sobre la forma en la que se han realizado los cálculos porcentuales de la prevalencia del diagnóstico de TDAH, y la eficiencia del consumo de psicofármacos, sugiriendo que las estadísticas son modificadas con el fin de responder a intereses de la industria farmacéutica, agregando además que también es fomentado por los criterios del DSM-5 (manual que también está directamente afectado por la presión comercial de la industria farmacéutica).

3.3 Sobre el consumo de MFD

No se han encontrado estudios recientes que informen sobre el uso y consumo de MFD ni en nuestro país ni en Latinoamérica, dejando en evidencia que aunque es un tema comentado y criticado desde hace mucho tiempo y al que se han realizado observaciones y advertencias por organizaciones internacionales, aún faltan datos.

Los datos más actuales de nuestro país son los publicados por la periodista Camila Ghemi, quien realizó el pasado 19 de abril para Brecha un informe basado en un *pedido de acceso a información pública al MSP* y del que se desprende que en 2023 la importación de metilfenidato se disparó a 98,7 kg. En el año 2022 según los datos de la siguiente tabla, el consumo de MFD de la población uruguaya llega a su punto máximo siendo de 31,6 kg. Cabe mencionar que Uruguay importa el principio activo (Metilfenidato) y los distintos laboratorios elaboran los fármacos, los cuales luego de elaborados, también se exportan. Respecto de esto último, el registro de exportación en 2023 según los datos publicados fue de 62,8 kg.

La tabla no cuenta con muchos datos relevantes y por ende no pueden realizarse análisis profundos. No se indica cómo fueron realizados los cálculos de consumo, que pasa con el excedente que no es consumido ni exportado (ya que si hacemos cuentas lineales no se obtiene el total importado), etc. Pero son los únicos datos actuales disponibles y se pueden hacer algunas observaciones al respecto.

A continuación se muestra el cuadro compartido por Brecha:

Importación, exportación y ventas a nivel local de metilfenidato (2014-2023)

AÑO	CANTIDAD IMPORTADA (g)	CANTIDAD EXPORTADA (g)	CANTIDAD CONSUMIDA (g)
2014	23104,07	0	18483,26
2015	26605	0	21284
2016	27766	2,61	22210,7
2017	27376,35	0	19501,08
2018	26764,38	161,32	21282,46
2019	31748	322	31426
2020	27890	1880	20800
2021	33400	9300	19280
2022	61190	21680	31600
2023	98979,78	62849,71	28904,06

Si estudiamos la tabla y comparamos entre sí los datos por años (asumiendo que las cantidades de consumo se calcularon teniendo en cuenta los mismos parámetros), podemos remarcar que, en el año 2020 se da una baja del consumo. Las causas de esto pueden ser, o bien por la no realización de consultas médicas durante la pandemia o por la no concurrencia de los niños a los centros educativos. Este dato es muy controversial, pero no es invisible según los datos obtenidos de la tabla. Tampoco es invisible que en el año 2022 se da un nuevo aumento del consumo, justo cuando se retoma la atención presencial en los prestadores de salud y la concurrencia de los niños y adolescentes a los centros de estudio. Si contemplamos lo propuesto por las autoras Untoiglich, Janin, Miguez, etc., en varias de sus publicaciones, el consumo está directamente relacionado al curso escolar y al ámbito académico. Pensándolo de esta forma; ¿Cómo puede un diagnóstico solo ser válido en época escolar? ¿Acaso es en el único ámbito que afecta el TDAH? ¿Quién decide que la medicación es el mejor tratamiento? ¿Por qué?

En Uruguay hay antecedentes de observaciones internacionales que ponen el foco en el control de esta droga y su consumo, sobre todo en niños. En 2010 la Organización de las Naciones Unidas [ONU], organismo que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reiteró la advertencia que la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes [JIFE] realizó a Uruguay. Recomendando que el estado tome medidas que generen impacto y hagan frente al aumento del consumo de drogas en niños como método de corrección y control de conductas. En 2005, 2010 y 2015 el Comité de los Derechos del Niño de la ONU observa directamente a Uruguay por la falta de datos sobre el uso de psicofármacos, haciendo énfasis en las incoherencias que presentan como

argumento de no poder recabar la información de forma eficiente. Hasta la fecha las últimas observaciones presentadas fueron en 2015 respondiendo al informe que se presentó en dicho año, no se han vuelto a presentar más informes al respecto. (ONU, 2017)

En cuanto a las observaciones referentes a la presente temática, en el último informe aparecen en dos apartados; el primero se ubica en el de *Violencia contra los niños* el uso de psicofármacos como mecanismos de coerción en población infantojuvenil que se encuentra en régimen de encierro o privada de libertad. La segunda observación referida al tema se encuentra en el apartado *Discapacidad, Salud Básica y Bienestar* señalando la falta de información actual sobre la administración de metilfenidato en niños con TDAH, recomendando además, estudios y controles que permitan la evaluación de la situación de estos niños y el consumo de MFD. El caso de Uruguay es analizado por este comité cada cinco años, en 2020 se debería haber enviado el correspondiente informe respondiendo a las observaciones hechas en 2015 pero esto no se cumplió excusando dificultades derivadas de la pandemia de covid-19, el mismo se encuentra en suspenso hasta la fecha según lo informado por la periodista Ghemi (2024).

Es más que evidente la falta de controles y regularizaciones que existen en nuestro país, las prescripciones no son monitoreadas ni se realizan seguimientos estrictos, no hay registros nacionales. Se debe educar y concientizar sobre el correcto uso y sus efectos adversos además de advertencias sobre el uso indebido de la medicación. Es necesario que se realicen estudios de investigación de forma continua sobre el consumo de psicofármacos y su impacto, sobre todo en lo que refiere a los diagnósticos de salud mental infantil. Ninguno de los medicamentos utilizados en niños fue probado en niños, no se cuenta con una regulación basada en la experiencia, esto hace inminente la necesidad de que el uso de los mismos responda a evaluaciones y revisiones constantes, a que sean analizados los efectos adversos en consumo a corto, mediano y largo plazo. Que el registro y control de sustancias a nivel nacional permita obtener datos fehacientes para estudios e investigaciones que determinen los efectos reales del consumo en niños y que, de cierta forma, impidan el abuso de consumo y se fomente la prevención de otras enfermedades.

4. Entre la Ciencia y la Subjetividad

"El verdadero problema no es que los fármacos no sean efectivos, sino que el ser humano sigue siendo un misterio."

- David Healy, *Let Them Eat Prozac*.

4.1 ¿Cómo se piensa el TDAH?

Son varias las disciplinas que piensan el TDAH y cada una de ellas cuenta con un enfoque diferente, en principio podríamos decir que todas tienen en común la mejora de quien padece de este diagnóstico. En la actualidad son diversas las causas que se asignan como origen, desde desbalances biológicos (químicos) y genéticos hasta la falta de disciplinamiento parental. Las formas de percibir el TDAH son tan variadas como profesionales que trabajan con la temática, lo único que no varía es que una vez que el niño cae bajo este diagnóstico ya no hay vuelta atrás, se transforma en un paciente crónico. Esta variabilidad viene dada por ser un diagnóstico en el que, los síntomas que se evalúan, son los síntomas de quienes describen (y manifiestan) que existe una problemática en el niño. En general, los síntomas evaluados se relacionan a la percepción que estas personas (cuidadores, docentes, etc.) tienen sobre las conductas del sujeto en cuestión, sin hacer reparo en el sufrimiento subjetivo del niño.

Como vimos anteriormente, este diagnóstico se caracteriza por tres síntomas base: inatención, impulsividad e hiperactividad. Quienes determinan estos diagnósticos generalmente son los neuropediatras o los psiquiatras pediátricos. Pero la realidad es que los niños llegan a sus consultas con un diagnóstico ya realizado anteriormente por otros actores. Al ser considerado un trastorno neurobiológico, el mismo es descrito por la persistencia de algunas manifestaciones de los síntomas base mencionados, y que, debido a su presencia y persistencia, el niño presente impedimento o dificultad para el desarrollo típico de las actividades cotidianas.

Desde la perspectiva neuropsicológica, se explica el diagnóstico como una falla al integrar los sistemas neuronales funcionales. Se requieren millones de neuronas para desarrollar las funciones ejecutivas; la actividad motora, la atención y la impulsividad se regulan en la corteza del lóbulo frontal; por tal, el TDAH es considerado una afección en las funciones corticales y se observa clínicamente por distintas manifestaciones en cada sujeto (Tallis; Janin, 2004).

Para el diagnóstico de TDAH muchas veces se utiliza la escala de calificación SNAP IV¹ la cual es contestada por padres y maestros y se requiere presencia de al menos 6 puntos. Según cuál sea la combinación del resultado, se determina el subtipo al que corresponde.

Se puede remarcar que existen dos grandes posturas en los criterios diagnósticos; por un lado, tenemos una postura que tiene que ver con la medicina; en ella intervienen las neurociencias y la psiquiatría tal como hemos visto. En donde la clave está en la cantidad de síntomas que el sujeto presente (desde la percepción de sus adultos referentes e instituciones parte de su vida cotidiana), analizando el puntaje obtenido (cuál prueba de laboratorio) se determina el diagnóstico. Dentro de esta postura médica existen corrientes más críticas que dejan entrever que esta forma de clasificación de diagnósticos cosifica sujetos. Entendiendo al sujeto como un cuerpo u objeto que presenta fallas intentan arreglarlo en el taller de reparación inmediata (psicofármacos). Aunque en términos de Salud Mental, este taller no puede garantizar que la máquina (sujeto), luego del ajuste (psicofármacos), pueda realizar el ejercicio pleno de sus funciones.

Por otro lado, existe una postura que se ha desarrollado en el último tiempo y se ha fortalecido con el auge de diagnósticos y el impulso de profesionales que han realizado críticas a las formas de abordar el TDAH. Desde esta perspectiva se desarrolla una mirada más psicosocial de los síntomas y el diagnóstico, en donde se busca promover al sujeto como productor y producto de una historia. En esta postura, podemos ubicar el criterio diagnóstico psicoanalítico, desde donde se entiende que el TDAH es un conjunto de síntomas que son manifiestos como forma de expresión de conflictos internos o reacciones al medio subjetivante en que están inmersos los niños. Haciendo foco en los aspectos emocionales y vinculares al igual que en los *mecanismos de defensa* y las fallas que estos mecanismos presentan, impidiendo de esta forma que puedan desplegarse como escudo protector del sufrimiento más inconsciente.

4.2 Las etiquetas de la psiquiatría

El cuerpo grita lo que la mente/boca calla. Este tipo de frases se utilizan popularmente en muchos ámbitos, todos hemos dicho o nos han dicho en algún momento una frase del estilo. Entonces, ¿por qué cuesta tanto pensar de esta forma en lo que respecta al mundo infantil? Si estamos frente a síntomas que no se relacionan a causas orgánicas demostrables, ¿por qué someter a nuestros niños a tratamientos prolongados con psicofármacos sin siquiera cuestionar su uso? Tomando lo propuesto por Gisella Unoiglich (2014) nos encontramos

¹ Prueba complementaria para el diagnóstico clínico del TDAH.

frente a niños que están siendo rotulados y medicados de forma inmediata ante la presentación de síntomas de inatención e hiperactividad, no se dedica tiempo a la escucha, no se busca conocer la historia de ese niño, indagar sobre el contexto en el que está inmerso, entender cuáles pueden ser los conflictos que manifiesta de un modo amplio y sin segmentar solo en síntomas.

4.2.1 Síntomas

Desde la psiquiatría se entiende al síntoma como la manifestación de un "evento inusual" que hace visible la existencia de una anomalía a nivel orgánico que se refleja en el cuerpo del individuo, haciendo evidente una alteración del estado de salud del sujeto. El propio DSM-5 determina que, los umbrales de tolerancia de algunos síntomas difieren según la cultura y eso encamina lo que es considerado normalidad y por ende patológico. Depende de las normas culturales y sociales que haya en el entorno para las interpretaciones de la psicopatología.

En los años 70' se empieza a hablar de que, las enfermedades mentales podrían ser hereditarias, y por tal motivo se intenta encontrar genes que refuerzan esta idea biológica. Esto se da por la revolución biologicista y los avances tecnológicos que se dieron en el campo de las neurociencias. Gracias a las resonancias magnéticas y las tomografías se permite obtener imágenes del cerebro de las personas. La psiquiatría se sube a esta revolución alineándose en el eje de las neurociencias. Ya en los 80' con las disecciones farmacológicas y las imágenes cerebrales en juego, se asocian las patologías competentes a la psiquiatría con el funcionamiento específico de áreas cerebrales.

A partir de estos avances se hace cada vez más fuerte el desarrollo de psicofármacos eficaces para tratar determinadas sintomatologías, provocando la desinstitucionalización de pacientes crónicos, creyendo que con la aparición de fármacos se logró encontrar una cura. En este proceso pierden importancia las variables subjetivas (emociones, deseos, creencias, pensamientos, percepciones, todo lo que refiere a la experiencia interna del sujeto, su historia), se vuelve a un reduccionismo en donde, los síntomas pasan a ser un punto negativo, el objetivo del médico es observarlos, clasificarlos según un grupo de enfermedad, realizar un diagnóstico e indicar un tratamiento para poder eliminarlos (Fischman Gluck, 1995). Esto refleja cómo la psiquiatría se centra cada vez más en la enfermedad dejando de lado la historia del sujeto, convirtiéndolo sólo en portador de síntomas, en dueño de un diagnóstico.

En el caso de las infancias, los niños en consultorios médicos ocupan un lugar pasivo y siempre son los referentes quienes manifiestan el motivo de consulta (siendo muchas veces parte del entorno que contribuye al padecimiento psíquico infantil). Esta disciplina transforma el sufrimiento humano en enfermedad mental, los problemas subjetivos son diagnosticados de forma objetiva, olvidando que lo subjetivo nunca debería ser evidente. Cuesta entender cómo se categorizan los problemas que se relacionan con ser sujetos sociales y políticos.

La psiquiatría remarca los “no puede” porque ve los síntomas como déficit, y esto implica un posicionamiento clínico en el que la asistencia va dirigida a quitar el síntoma del medio. Descubrir la enfermedad y ponerle nombre, dar con el diagnóstico preciso. La posición médica es la de saber y la del paciente es justamente una posición pasiva que respeta y sigue las indicaciones que da el médico, porque en su posición de poder, dada por su conocimiento, es capaz de decir lo que pasa, incluso decidir sobre lo que pensamos y sentimos nosotros mismos, y por ende, ofrece una alternativa externa para quitar el síntoma.

4.2.2 Diagnósticos

En la medicina, desde los orígenes con Hipócrates se propuso que el papel del médico es curar a veces, aliviar casi siempre y acompañar o consolar siempre, dejando claro que no todas las enfermedades tenían el mismo curso en personas diferentes, y el rol del médico era conocer al sujeto de forma integral y poder brindarle lo que necesitara. Claramente no es lo que sucede en las enfermedades mentales y sus tratamientos asociados.

El diagnóstico es el corazón de la medicina proponen Abad y Toledano (2017), es el resultado de diversas pruebas y observaciones que determinan el origen o causa de una enfermedad, lesión o afección y que, a partir de allí, podrá plantearse (en los casos posibles) una cura. En lo que respecta a la salud mental, ¿Qué lugar ocupa el diagnóstico? ¿Cómo se realizan los diagnósticos en la actualidad?

En salud mental, el diagnóstico es el proceso por el cual los profesionales de este campo identifican y clasifican las enfermedades y trastornos de una persona. Estas clasificaciones se realizan basándose en la observación y evaluación clínica de signos y síntomas apoyándose en el uso de sistemas y manuales de clasificación. Uno de los principales objetivos del diagnóstico es la posibilidad de emplear un tratamiento adecuado además de poder establecer un marco común para facilitar la comunicación entre profesionales.

Desde la psiquiatría se cree que el diagnóstico le brinda una explicación al sujeto sobre su malestar. Aunque muchas veces, olvida los riesgos que ese mismo diagnóstico puede ocasionar. El campo de la salud mental es complejo, no es un campo delimitado completamente, por lo que al no estar claros los límites se hace difícil o casi imposible que los diagnósticos puedan ser defendidos objetivamente o comprobados. La mayoría de las veces, contar con un diagnóstico en lugar de brindar soluciones provoca estigma. Varios autores, entre ellos Rüsck, Angermeyer y Corrigan (2005) y Untoiglich (2019), utilizan la etiquetación como alusión a lo que sucede con los pacientes de salud mental diagnosticados.

Tal o cual diagnóstico pasa a ser su carta de presentación, se desestima todo aquello que la persona tenga para decir, incluso el resto de los malestares que pueda llegar a presentar; siempre van a ser secundarios. En salud mental los diagnósticos invalidan, anulan la subjetividad. Existen críticas argumentativas sobre que el diagnóstico tiende a biologizar, patologizar y medicalizar problemas y situaciones consecuentes a causas psicosociales y subjetivas (Szasz, 1974; Breggin, 1998; Untoiglich, 2014; Janin, 2004 y Bianchi, 2019).

Los diagnósticos en salud mental no tienen la misma validez científica que el resto de los diagnósticos de la medicina según lo propuesto por Abad y Toledano (2017). Las autoras forman parte del paradigma de psiquiatría crítica y manifiestan que los diagnósticos que surgen de la psiquiatría biomédica están lejos de ser explicativos, no resulta posible poder entender qué le pasa a una persona con sufrimiento psíquico, y la respuesta más común (recetar psicofármacos), en la mayoría de los casos, solo consigue inhibir el síntoma por el que se consulta, dejando de lado si el resultado es una mejora en la vida de las personas. Lo importante es que nadie se queje.

Haciendo referencia a lo anterior, en nuestra sociedad actual no hay tiempo para entender el problema, desde esta visión, los síntomas son nuestros enemigos, nos hacen perder tiempo y productividad, por lo que ni bien aparecen, debemos eliminarlo, sin más.

Desde la medicina, generalmente, el sufrimiento se asocia a un déficit o a un desajuste. Frente a un diagnóstico que considera fallas, déficits y desajustes biológicos (o químicos), los pacientes no tienen muchas opciones. Para el paciente, la primera opción es aceptar el diagnóstico y salir al mundo con esa identidad impuesta (por un otro) que le indica cómo será su relación con el mundo y su entorno. De lo contrario, viene la segunda opción: revelarse a ese etiquetado, pero asumir las consecuencias de que esa rebeldía no solo confirma a los clínicos la enajenación mental en que se encuentra el sujeto, sino que esto

también agrava la situación ya que presenta también implicancias directas en el entorno y aún sin aceptarlo, se haría de una etiqueta.

En salud mental, una vez que está el diagnóstico ya no se puede eliminar, todo gira en torno a él, es como una carta de presentación. En los casos en que el paciente (o su cuidador) acepta el diagnóstico y se somete a un tratamiento farmacológico inicia el círculo, se pone en juego una lógica de la que es imposible salir. Frente al consumo de un psicofármaco, si los síntomas se inhiben, es porque el diagnóstico es acertado, y el medicamento utilizado cumple con su objetivo. En caso contrario, si al consumir el psicofármaco recetado, los síntomas se mantienen o incluso llegan a empeorar, la lógica no refiere a un error en el medicamento ni en el diagnóstico, sino que es porque la “enfermedad mental” es mucho más grave de lo que se pensó en un principio y deben tomarse otras medidas extra. Estas medidas pueden ser (en la mayoría de los casos), aumentar la dosis recetada o recetar otros psicofármacos que responden a más diagnósticos.

El paradigma que predomina en la salud mental es el biomédico, y en este sentido, es el que recibe apoyo de la industria farmacéutica para realizar estudios, investigaciones y generar conocimientos. De esa forma, el paradigma biomédico y farmacéutico se sigue legitimando a sí mismo en un bucle infinito.

Por los motivos antes mencionados, es tan común la comorbilidad en salud mental, eso es lo que lleva a que este trabajo cuestione la forma en que se realizan los diagnósticos en salud mental, haciendo énfasis en diagnósticos en infancias con la lupa puesta en el TDAH. Se proponen miradas que incluyan al sujeto de forma activa en su sufrimiento y por ende en sus síntomas.

4.3 La voz subjetiva

La psicopatología infantil determina la diferencia entre síntoma y signo. Al hablar de síntomas, refiere a la vivencia del sujeto sobre lo que le pasa, a cuál considera que puede ser la causa, cuál es la intensidad y frecuencia con la que los vive, tiene que ver con la subjetividad. En cuanto a los signos, los mismos son observables, irrupciones en el sujeto que pueden ser calificadas por personas ajenas a él. Los signos se dan de forma más objetiva e incluso podrían ser medibles, cuantificables y comparables. Superponiendo esto a la temática trabajada, los signos son las conductas observables por maestros y padres, y desde ahí parte la necesidad de consulta médica. En tanto el síntoma, en estos casos, es el síntoma que padecen los adultos que rodean al niño. Son los síntomas de padres, madres,

educadores, sociedad en general, los que llevan a que niños y niñas sean diagnosticados con TDAH y medicados con MFD.

De la forma en la que estos diagnósticos son realizados no se puede decir que se basan en los síntomas de los niños por el simple hecho de que no es tenido en cuenta lo que el niño tiene para decir sobre su motivo de consulta. Esas cualidades que no pueden ser observadas por otros y que requiere del sujeto para ser expresadas y contadas no son escuchadas. Es necesario comprender esta distinción y hacer reparo de cuáles síntomas son los que se están medicando, para que de esa forma, se comprendan las causas y se dé curso a la tramitación de estos.

El TDAH es un trastorno y bajo las nociones planteadas anteriormente, los trastornos son el conjunto de signos y síntomas que generan alteraciones en el funcionamiento y equilibrio psíquico o mental de las personas. Pensándolo de esta forma, ¿Por qué para el diagnóstico de TDAH se entremezclan los signos de niños con los síntomas de los adultos? ¿Por qué en la infancia los propios niños ocupan un rol totalmente pasivo cuando son quienes mejor pueden explicar lo que les pasa?

La crítica esencial se encuentra en que, el diagnóstico de TDAH está basado en los síntomas de desatención e hiperactividad. Este diagnóstico lo realizan los maestros, los padres, los pedagogos, la sociedad en general y es confirmado por los médicos (pediatras, neurólogos, psiquiatras) que son quienes pueden recetar el fármaco asociado a la patología. Los medicamentos que se dan a los niños para tratar el TDAH no están enfocados en resolver los síntomas que ellos mismos experimentan, sino que, por el contrario, lo único que se calma son los síntomas que las conductas de estos niños generan en los adultos que los rodean, esquivando de ese modo el problema focal. Es fundamental poder repensar cómo se evalúan, diagnostican y tratan los problemas de conducta en las infancias, es necesario que se empiece a priorizar la subjetividad del niño.

4.3.1 El síntoma psicoanalítico

Desde la perspectiva freudiana, el síntoma constituye una manifestación compleja de conflictos psíquicos reprimidos, que encuentran expresión en formas aparentemente irracionales o inexplicables. Según Freud, los síntomas representan formaciones de compromiso, derivadas de la interacción y tensión entre deseos inconscientes y los mecanismos de defensa psicológica. En este sentido, de acuerdo con su teoría, el síntoma se configura como un acuerdo entre el ello, el yo y el superyó, permitiendo que el conflicto subyacente se exprese de manera encubierta, evitando que su verdadera causa se haga

consciente. El síntoma es como una especie de salida emergente en la que esos conflictos inconscientes se camuflan y se exteriorizan como forma simbólica.

De este modo, las manifestaciones del TDAH, como la desatención, la hiperactividad y la impulsividad, deben ser comprendidas como síntomas cargados de significado que reflejan tensiones internas y dinámicas relacionales con el entorno. La desatención puede interpretarse como una defensa inconsciente frente a demandas excesivas del entorno (expectativas escolares, familiares o sociales). De forma similar, la hiperactividad funciona como descarga de tensión psíquica, un intento del sujeto de canalizar un conflicto interno hacia el cuerpo, mientras que la impulsividad sería reflejo de dificultades para integrar las normas impuestas en el ámbito simbólico.

Al explorar los síntomas, lo que se busca es descifrar su simbolismo, permitiendo de esa forma esclarecer los deseos y traumas ocultos. El síntoma es el compromiso simbólico entre deseos (inconsciente) y represión (mecanismos de defensa). Es que, los síntomas no son solo manifestaciones superficiales, todo lo contrario, son quienes portan el significado que necesita ser revelado.

Según Freud (1978), aunque el origen de los síntomas sea inconsciente y por ende generalmente desconocido para el propio sujeto, el análisis puede ser revelador. Según sus ideas, los síntomas tienen una relación directa con la historia vital de las personas, puede ser la historia reciente del propio sujeto o la historia de quienes forman su círculo más próximo, es por esto que se requiere de la colaboración entre el sujeto que consulta y el analista, siendo a través del vínculo terapéutico que esos síntomas pueden tener coherencia.

El TDAH puede ser comprendido como una defensa, en la que el cuerpo y el comportamiento se convierten en vehículos de expresión simbólica para los conflictos internos del niño.

Para explicar un poco mejor lo anterior, tomamos los conceptos de repetición y reelaboración propuesto por Freud (1920/1992) en su obra *Más allá del principio del placer*. Allí propone que la repetición se manifiesta cuando el sujeto recrea de forma inconsciente algunas situaciones y emociones previas, sobre todo, aquellas que fueron angustiantes. Como resultado de ello aparece el síntoma.

Repetir el síntoma ya no tiene que ver con la búsqueda del placer (como se había propuesto inicialmente), sino que está relacionado a una pulsión inconsciente que intenta explicar y dominar esas experiencias que pudieron ser traumáticas. La repetición se rige por la

imposibilidad de saber o recordar por qué surgió el síntoma. Desde esta postura, Freud proponía que al recordar el trauma, el sujeto podría reelaborar la situación que daba origen y por ende el síntoma.

Por otro lado, referente al concepto de reelaboración, Freud (1920) sugiere que se relaciona con la capacidad del propio sujeto de poder procesar las experiencias repetitivas. Destacó la importancia que tiene la reelaboración como medio por el cual se puede transformar la repetición patológica del síntoma en un proceso terapéutico. Esta herramienta terapéutica promueve el autoconocimiento. A través de ella, se pretende que el sujeto pueda evolucionar hacia un entendimiento más profundo de sí mismo y que eso le permita desarrollar una mayor capacidad para enfrentar los desafíos emocionales.

Relacionando el TDAH a estos conceptos, la repetición de conductas disruptivas, serían un intento inconsciente de dominar o procesar situaciones angustiosas vividas en el entorno y la salida a esa repetición sólo podría darse en un entorno analítico que permita reelaborar y simbolizar estas conductas disruptivas generando así la comprensión de su significado y su relación con la propia historia del sujeto, evitando de ese modo la limitación a la supresión de los síntomas mediante psicofármacos.

En su texto *“La interpretación de los sueños”* Freud (1991) establece una semejanza entre el sueño y el síntoma, ambos fueron concebidos como revelación de contenido del inconsciente. Propone que el síntoma se da como cumplimiento de deseo el cual fue desdibujado por la represión, funcionando como una formación sustitutiva que oculta aquello que da origen. Incluso, se podría pensar que, si Freud estuviera en la actualidad trabajando estos temas, sugeriría que la falta de atención sostenida y la hiperactividad canalizan conflictos psíquicos, haciéndolos físico o comportamental, y que de cierto modo lo que hoy conocemos como TDAH, sería un “mecanismo de defensa”.

Lacan toma lo propuesto por Freud y propone que lo inconsciente va más allá de ser lo oculto y profundo de un conflicto psíquico y de una ignorancia forzosa. Por el contrario, entiende que el inconsciente es estructurado como un lenguaje, un signo que revela una verdad más compleja. De esa forma, los síntomas no se limitan sólo a manifestaciones patológicas, sino que funcionan como mensajes codificados que emergen del inconsciente.

Esta estructura de lenguaje es lo que permite que el inconsciente sea observado, siempre en la relación del sujeto con el mundo ya que a partir de allí es que se constituye y relaciona. A través del propio lenguaje simbólico se permite vivenciar la realidad. En su texto de 1971 *Función y campo de la palabra y el lenguaje* propone que “el síntoma se resuelve por entero

en un análisis del lenguaje, porque él mismo está estructurado como un lenguaje, porque es el lenguaje cuya palabra debe ser liberada” (p. 258).

En el *Seminario XXIII*, Lacan (1975) propone al síntoma como el cuarto anillo del nudo borromeo que conecta y sostiene la estructura R-S-I, impidiendo que haya una ruptura de la estabilidad psíquica. Se agrega además la relación entre el síntoma y el goce. El síntoma permite que el sujeto encuentre el goce del inconsciente a su manera, de esa forma sostiene su realidad simbólica, imaginaria y real. Según el autor el síntoma no es una simple manifestación patológica, sino que es la parte más singular del sujeto. Lo que le permite sostenerse y organizarse existencialmente frente a las tensiones o fallas que se puedan presentar en cualquiera de los tres registros. Si al hablar de síntoma se menciona lo real y al goce, se habla claramente de un suceso corporal, por ende, los problemas del cuerpo tienen inscripción en el propio síntoma.

Lacan (2006), introduce el concepto de metáfora haciendo referencia al proceso lingüístico elemental en la construcción del síntoma ya que se relaciona con la capacidad que tiene el lenguaje para desplazar significados. Permitiendo de esa forma que al sustituir palabras o conceptos por otros, se revelen dimensiones simbólicas y subjetivas. En este sentido, se entiende al síntoma como metáfora encarnada tanto en el cuerpo como en el comportamiento, en esencia es una expresión simbólica de conflictos psíquicos complejos.

De esa forma, surge el concepto de metáfora paterna para explicar el papel del padre, entendido como significante en la estructura del síntoma. La metáfora paterna implica la sustitución simbólica del deseo materno, a través de la cual el niño incorpora el lenguaje del padre como un elemento fundamental en la configuración de su deseo y su posición como sujeto.

La noción de *Nombre del Padre* surge como significante fundamental en la teoría lacaniana, alegando que el *Nombre del Padre* representa la ley, la autoridad y la función simbólica dentro de la familia y la sociedad. Este nombre del padre no tiene por que coincidir con la figura real del padre biológico, pero en cualquier caso, simboliza la entrada del sujeto en el orden simbólico y la cultura a través del lenguaje. Es así que el síntoma se convierte en una forma de expresar (mediante la metáfora) los conflictos psíquicos que resulten de la internalización de esta ley.

En la actualidad, donde las personas cada vez trabajamos más, los niños hacen cada vez más actividades, los estímulos crecen, las tecnologías nos dominan y la inmediatez nos invade, ¿quien ocupa el lugar de ley, autoridad o productor de simbolismo?

En el caso del TDAH, una posible ausencia o falla en la función simbólica del *Nombre del Padre* dificulta al niño en la organización de su deseo y el manejo de sus impulsos, incluso, desdibujar los bordes y límites que lo contienen. De ese modo, la hiperactividad y la impulsividad surgen como respuestas ante un vacío simbólico o como expresión del conflicto entre sus propios deseos y las expectativas del entorno. De esta manera, las manifestaciones del TDAH reflejan una dificultad para inscribirse en un marco simbólico que le permita contener y elaborar sus tensiones internas.

Relacionado a lo anterior y tomando la noción de significante, Lacan señala que el síntoma responde al deseo del Otro. Esa función simbólica que se da en la estructura familiar deposita en el sujeto determinadas expectativas, y es por eso que las conductas disruptivas son una forma de respuesta u oposición a eso que se le depositó y le representa conflicto interno con sus propios deseos.

De esta forma se evidencia la importancia y relevancia que tiene el lugar y la voz del Otro que da sentido a la enunciación del sujeto. Por ello, el síntoma resulta de la imposibilidad de ubicar el discurso, generando así, una falta simbólica, entendiendo entonces al síntoma como una incoherencia entre el lenguaje y el significante. No se puede pensar el síntoma si no se piensa en la historia en la que está envuelto el sujeto.

Otro de los conceptos propuestos por Lacan fue el de *síntoma social* para referirse a aquellas manifestaciones que no solo pertenecen al sujeto individual, sino que se repiten tantas veces que se considera que responden a demandas y malestares propios del entorno o la sociedad. El creciente diagnóstico de TDAH puede entenderse como una respuesta simbólica a las demandas contemporáneas de productividad, adaptación y control, especialmente en el ámbito educativo. La patologización de la desatención y la hiperactividad puede reflejar un síntoma colectivo de una sociedad que prioriza la uniformidad y la eficiencia por sobre la singularidad y la subjetividad. En lugar de permitir que los niños elaboren sus síntomas como parte de un proceso simbólico, se recurre a la medicalización, anulando la posibilidad de que el síntoma sea explorado como una vía para comprender el malestar subyacente.

Nasio (1998) plantea que, el síntoma (pensado como significante) implica entender que se impone al sujeto en el momento preciso para cuestionar, a su decir:

El síntoma en tanto significante no es un sufrimiento que padecemos pasivamente, por decirlo así. Es un sufrimiento interrogante y, en el límite, pertinente. (...) nos enseña hechos ignorados de nuestra historia, nos dice lo que hasta ese momento no sabíamos (p. 26).

Si decimos que el síntoma interroga e interpela, los síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención deben entenderse como las expresiones de conflictos que el niño no puede articular en palabras, pero que interrogan e interpelan a su entorno sobre las dinámicas relacionales y las tensiones simbólicas que enfrentan. Desde una perspectiva psicoanalítica, el TDAH no debe ser silenciado, sino escuchado e interpretado en su dimensión simbólica. Esto permitiría no solo aliviar el malestar del niño, sino también promover un mayor entendimiento de las dinámicas que contribuyen a la aparición de estos síntomas. En el caso de las infancias, no se les da la posibilidad a los niños de explicar ni interpelar, ante la presencia de síntomas se recetan psicofármacos, dejando de lado el significante. Esta forma de abordarlos, hace del síntoma un padecimiento pasivo.

4.3.2 Diagnóstico de TDAH; ¿qué significan en psicoanálisis?

En psicoanálisis no se habla de lo mismo cuando se refiere al diagnóstico o al proceso diagnóstico. A partir de esta diferencia, se puede decir que el diagnóstico es uno de los resultados, pero no el único, de este proceso. Contar con un diagnóstico se refiere a atribuir clasificaciones a una determinada presentación clínica, siguiendo una categoría nosológica. En su origen, el psicoanálisis toma las categorías preexistentes de la psiquiatría. Entonces, al hablar del diagnóstico como *proceso*, suponemos en su devenir el cambio, la transformación, el paso de un estado a otro, que implica al menos dos tiempos lógicos: por un lado el trabajo del analizante, y por otro la operación terapéutica del analista.

Entonces, en psicoanálisis, lo más conveniente es hablar de proceso analítico o proceso diagnóstico; este proceso es el trabajo en el cual el analista se ubica en el campo transferencial del paciente, para hacer posible desde allí la decodificación del síntoma en tanto expresión de un saber inconsciente que concierne y divide al sujeto que lo padece. De esta forma, no se obtiene o busca solamente una etiqueta o código diagnóstico, porque según lo trabajado hasta el momento, el síntoma no estaría dado solamente al comienzo del proceso, sino que se completa en la transferencia en donde está incluido el analista.

Esta corriente plantea que, en el centro del diagnóstico, debe situarse el sujeto, su historia, sus vínculos y su manera de interpretar el mundo. Más que un enfoque clasificatorio, propone un análisis que interroga y escuche el sufrimiento, entendiendo que los síntomas son vehículos de una verdad que debe ser contada. Es por ello, que desde esta perspectiva, el diagnóstico de TDAH, tal como se entiende en otros enfoques, no existe porque su valoración no se centra en el propio sujeto ni en el análisis de su historia singular.

El psicoanálisis entiende conductas como la inatención, la hiperactividad y la impulsividad no como indicadores aislados, sino como manifestaciones de conflictos internos que deben ser explorados. Janin (2004) señala que la atención es un “proceso activo, que protege al sujeto del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiendo privilegiar un elemento sobre otros” (p.5). Cuando este proceso falla, como ocurre en el déficit atencional, se puede relacionar con la falta de motivación que no logran capturar el interés del niño o que la atención de ese niño está haciendo foco en otros temas que nada tienen que ver con lo académico, separándose así de la atención refleja o inmediata. Este desajuste refiere, en muchos casos, una desconexión con las propuestas educativas y es donde se hace más visible la falta de atención, pero no debemos olvidar los motivos, no deben solamente relacionarse a un problema de conexiones neuronales, sino que también son consecuencia de la ausencia de formas adecuadas para presentar los contenidos académicos, o simplemente porque en ese momento las tareas planteadas no consideran las necesidades del sujeto.

Por otro lado, Janin (2004) resalta que la constitución de un yo sólido es crucial para que el niño pueda enfrentar la multiplicidad de estímulos del entorno (escuchar a otros, mirar a otros, atender a otros) sin experimentar fragmentación psíquica. Si un niño siente que no es escuchado o valorado, puede percibirse como fragmentado debido a fallas en el proceso de libidinización primaria, esencial para la constitución narcisista del yo.

Tal como lo plantea Freud (1914/1992) el narcisismo primario es entendido como el proceso por el cual el niño se constituye como sujeto a través del amor y la atención de los otros significativos, es fundamental para que luego pueda relacionarse con el mundo externo (narcisismo secundario). Cuando este proceso falla, las dificultades en la estabilización de los procesos psíquicos secundarios, como la atención sostenida, emergen como síntomas significativos. El autor propone que, para que una persona pueda colocar la libido sobre objetos del mundo exterior, primero tiene que constituirse el “yo”, constituirse como persona. Para esto, es necesario que haya libidinización por parte de un otro, cuando no se logra la constitución yoica el sujeto sufre, y en este sufrimiento “retira de sus objetos ... el interés libidinal” (p. 79). Por ende, el estado de sufrimiento al mismo tiempo que aleja el amor (pensándolo en la temática sería la atención) destinado al objeto, lo acerca a sí mismo.

En cuanto a la hiperactividad, Janin (2004) la describe como un "exceso de movimiento desorganizado" que señala un conflicto subyacente que debe ser descubierto, porque la hiperactividad por sí misma no explica nada (p.10). Los niños se mueven todo el tiempo, necesitan sentirse vivos, sobre todo en este tiempo en donde la sociedad se empeña en dejarlos quietos y tiende a verlos como cosas u objetos. Más allá del movimiento físico, la

hiperactividad es un grito simbólico de angustia, un pedido de ayuda frente al sufrimiento causado por la desinvestidura emocional del entorno. Este movimiento desorganizado se relaciona con el intento del niño de encontrar un límite externo cuando no ha logrado consolidar una organización yoica que le permita establecer la frontera entre el yo y el no-yo.

Para el psicoanálisis, el cuerpo no es solamente una dimensión biológica, de hecho, Lacan (1971) retoma las teorías freudianas del narcisismo y las identificaciones y las reinterpreta destacando el "jubiloso ajeteo" que los infantes experimentan en la formación yoica durante el estadio del espejo. En dicho proceso, el niño construye una imagen simbólica e imaginaria de sí mismo que no sólo define el sentido de sí mismo, sino que además repercute en cómo siente y percibe su cuerpo.

Para Lacan, en el cuerpo se inscriben los significantes de la cultura y las experiencias. Los excesos de movimiento o tensión en niños con diagnóstico de TDAH son entendidos como expresiones de este "cuerpo hablante", que intenta comunicar un conflicto o un vacío simbólico que necesita ser escuchado. En este sentido, el psicoanálisis se opone a la patologización de estas conductas, proponiendo en su lugar interpretarlas como vías de acceso al sufrimiento subjetivo.

Por su parte, Bowlby (2009) resalta la importancia del apego en el desarrollo del sujeto. La calidad del vínculo afectivo temprano influye directamente en la manera en que el niño se relaciona con el entorno (p.151). Una relación de apego seguro favorece la constitución de un yo estable, mientras que vínculos insuficientemente sólidos pueden derivar en conductas que, en un enfoque clasificatorio, serían interpretadas como síntomas de TDAH. Desde el psicoanálisis, estas manifestaciones no son condenadas ni clasificadas, sino que se analizan como expresiones de los procesos constitutivos del sujeto.

En síntesis, el diagnóstico psicoanalítico debe entenderse como un proceso que no se enfoca en etiquetar ni en suprimir síntomas, sino en comprenderlos como portadores de significado. A través de la transferencia analítica y el trabajo con el entorno, se busca acompañar al sujeto en la reelaboración de sus conflictos, promoviendo la integración de su historia y la posibilidad de transformar su sufrimiento en una narrativa que lo libere.

5. Escuchar a la infancia para entender el TDAH

“Los medicamentos pueden cambiar la química del cerebro, pero no pueden cambiar la naturaleza humana.”

- Kay Redfield Jamison, *Una mente inquieta*.

5.1 ¿Por qué desde el psicoanálisis?

En el psicoanálisis, el objeto de trabajo es siempre el sujeto, y el niño es entendido como un ser en pleno ejercicio de su inconsciente. En el análisis infantil, no solo está en juego el lenguaje propio del niño, sino que la demanda de tratamiento suele surgir de los padres. Esto sucede cuando los padres dejan de ocupar el lugar de "sujetos supuestos de saber" y el síntoma del niño aparece como algo incomprensible para ellos. En el discurso parental se puede observar el lugar que el niño ocupa en sus deseos, pero también es evidente que el niño está atravesado por discursos institucionales y culturales que lo inscriben en un orden simbólico preexistente. Esto lo estructura subjetivamente, convirtiéndolo en un lugar significativo para el Otro, donde muchas veces es hablado pero no escuchado, quedando atrapado en las palabras del Otro sin poder expresar las propias.

No obstante, el enfoque psicoanalítico no está exento de críticas, especialmente en el ámbito del tratamiento del TDAH. Una de las principales observaciones hace referencia a la supuesta falta de evidencia científica que respalde su eficacia en comparación con intervenciones farmacológicas, las cuales cuentan con numerosos estudios que avalan su efectividad en la reducción de los síntomas. Asimismo, se señala que el psicoanálisis puede resultar excesivamente abstracto o teórico, dificultando su aplicación práctica. Otra crítica común es que esta corriente ignora, supuestamente, aspectos neurobiológicos asociados al TDAH, como las alteraciones en la regulación dopaminérgica.

Sin embargo, estas críticas presentan falta de solidez. Por un lado, es importante considerar que los estudios que respaldan la eficacia psicofarmacológica no son transparentes ni imparciales. Autores como Allan Frances han señalado que dichos estudios suelen estar influenciados por intereses de la industria farmacéutica, lo que pone en duda la objetividad y fiabilidad de sus conclusiones. El enfoque psicoanalítico se distingue por su flexibilidad, que le permite adaptarse a las necesidades específicas de cada niño y su entorno, abordando al sujeto de manera integral. En lugar de centrarse exclusivamente en los síntomas observables, el psicoanálisis incluye el análisis del mundo interno del niño, su historia y sus vínculos, lo que posibilita trabajar más allá de la supresión sintomática y facilita la comprensión y resignificación de las dificultades que enfrenta.

En cuanto a las críticas relacionadas con los aspectos biológicos, es necesario aclarar que el psicoanálisis no niega su relevancia. Más bien, reconoce las limitaciones actuales que estos aspectos presentan en relación a la evidencia que permita concluir los componentes orgánicos de los trastornos mentales. Mientras tales pruebas no existan, el psicoanálisis adopta una perspectiva más amplia que integra factores subjetivos y vinculares dentro de los cuadros clínicos. Esto resulta particularmente pertinente en el campo de la salud mental, donde los trastornos asociados son, en esencia, construcciones abstractas y subjetivas que trascienden las explicaciones meramente biológicas. Así, el psicoanálisis ofrece una visión comprensiva que complementa y amplía los enfoques más reduccionistas, permitiendo un abordaje más profundo y humano de las problemáticas infantiles como el TDAH.

En lo que refiere al espacio terapéutico, no se fuerza ni se obliga al niño a jugar, ni a hablar, ni a realizar ningún tipo de actividad. El consultorio analítico es un lugar libre en el que se puede desplegar sus propios deseos. Durante los encuentros existe una total disposición, el analista está dispuesto para el niño, para poner y disponer de su cuerpo en movimiento, ensuciarse si es necesario, ocupar un lugar activo, de escucha y comprensión. Pero también se tiene la versatilidad necesaria (casi como una masa de moldear) para ser capaz de entenderse con el niño, al igual que para posicionarse frente a los padres. Porque en el trabajo analítico con niños, también se trabaja con los padres.

5.2 El juego; lenguaje que da voz al TDAH

Freud sostenía que los niños no solamente juegan por placer, sino que también lo hacen como forma de elaborar las situaciones traumáticas que les causan dolor. Aberastury (2010) plantea que durante el juego el niño logra desplazar al exterior sus miedos y angustias, pudiendo dominarlos mediante la acción. Debido a su dominio en la escena y sobre los objetos (juguetes) disponibles, le es posible repetir las situaciones que le resultan excesivas a su yo débil y hacer activo el sufrimiento que vivió de forma pasiva. De ese modo, el niño puede cambiar el final penoso, tolerar e interpretar roles que en la vida real le sería imposible, ya sean por limitantes internas o externas. La autora agrega que no jugar a los juegos adecuados en los tiempos correspondientes conlleva a graves perturbaciones, lo que puede resultar en fallas en el proceso de desarrollo.

Mediante el juego se puede representar la relación con la realidad. El juego es una expresión simbólica de fantasías y experiencias que permite elaborar conflictos, ayudando en el caso de los niños, a que puedan organizar su ambiente, su lugar, su mundo, facilitando de esta manera la estructura psíquica. De cierto modo, el juego en el niño es el equivalente

a lo que Freud proponía como la vía regia de acceso al inconsciente, podría ser una forma de asociación libre.

En este sentido, es a través del juego que el niño puede vehicular y elaborar esa falta o vacío que le queda cuando intenta separarse del Otro y su discurso, sobre todo cuando esto provoca desbordes de angustia. El análisis sólo es posible mediante el discurso del propio sujeto, la forma de comunicar por excelencia (en la infancia) se da durante el juego, los dibujos, sus ideas y ocurrencias, etc. La emergencia subjetiva es posible en el marco de la transferencia. Durante el análisis con niños, sus producciones discursivas (diálogos, juegos, dibujos, sueños) entran en la trama significativa en función de la posición del analista, que, mediante su atención flotante y participación, propicia la asociación libre del paciente (Freud, 1991).

Winnicott (1971) propone el juego como el nexo entre lo interno y lo externo favoreciendo de esa forma el desarrollo del yo. Sugiere que es en el *espacio transicional* que el niño puede experimentar con libertad entrelazando su realidad interna o subjetiva (deseos, fantasías, ideales, etc) con su realidad externa u objetiva (normas sociales, mandatos, mundo físico con sus características generales), favoreciendo así el relacionamiento sin reproches de estas realidades y fomentando la creatividad. Durante el juego, los niños pueden experimentar, ensayar realidades, probar diferentes aspectos de sí mismo, formar vínculos, relaciones y significados, gestionar y resolver conflictos psíquicos, etc., y todo eso de forma segura, porque lo que pasa durante el juego es un ensayo, queda en el espacio transicional.

El autor agrega que lo transicional no es solamente el espacio, sino que, durante el juego, cada niño elige sus objetos transicionales, estos objetos son los que suelen representar sus figuras de apego, sus vínculos primarios. De esta forma, los objetos ayudan al niño en este ensayo simbólico, le permiten prepararse para posibles escenarios. Dentro de ellos el más común y al que más refiere Winnicott (1971) es a la separación de la madre. El niño con peluches o mantas ensaya la separación, pero sin sentir una pérdida completa.

En el psicoanálisis el juego es una herramienta clave, no solo para trabajar con niños, aunque generalmente es con quienes más se utiliza. Permite la exploración del inconsciente y facilita la expresión simbólica de los conflictos internos, las ansiedades, los deseos y las fantasías. Desde Freud con el juego del carretel hasta los aportes de Klein y Winnicott (entre tantos otros), el juego ha sido visto como un espacio para crear y repetir. Donde el dominio está en el sujeto. No es simplemente una actividad recreativa, el juego es por excelencia el método para elaborar conflictos. Tiene una función estructurante necesaria para el desarrollo psíquico.

A lo largo de este trabajo se intenta remarcar el papel fundamental que tiene el juego para la comprensión y el abordaje terapéutico del TDAH. Desde esta postura, se cree que puede ser la vía más efectiva para fomentar el desarrollo emocional, la regulación del comportamiento y las capacidades cognitivas, porque integra de manera natural la atención, la planificación y la regulación, que son las áreas problemáticas en este trastorno.

En los casos de diagnóstico de TDAH el juego tiene un valor terapéutico particular porque ofrece un espacio controlado y simbólico donde el niño puede experimentar y ejercitar capacidades que faciliten el afrontamiento de las dificultades que se presentan en su vida cotidiana. Al simular roles o situaciones, los niños practican respuestas más adaptativas ante frustraciones, conflictos y desafíos al mismo tiempo que permiten la decodificación sintomática. Pueden liberar tensiones.

Poniendo ejemplos de lo desarrollado, la hiperactividad puede encontrar un canal de expresión saludable a través del juego, por ejemplo, cuando se involucra el movimiento o la creatividad, se favorece la descarga del exceso de energía, se le permite tramitar ese conflicto interno que en el mundo exterior es juzgado.

El juego es un camino directo hacia el inconsciente. Los terapeutas pueden observar cómo el niño proyecta sus emociones en los personajes o situaciones del juego, lo que permite comprender mejor su mundo interno. Se facilita la creación de un vínculo seguro entre el niño y el terapeuta, que es esencial en cualquier tratamiento. Ayuda a que puedan sentirse comprendidos y confíen en quien los trata, favoreciendo a la apertura hacia los aspectos más profundos de su psique y desarrollo.

Los procesos terapéuticos no farmacológicos, sobre todo los que incluyen juegos, permiten que en el proceso se involucren otros actores que forman parte del mundo infantil. Permite que padres, madres (o quien así se requiera) ingresen en ese mundo de "fantasía" y se involucren directamente en el proceso, evitando que recaiga toda la responsabilidad pura y exclusivamente en los niños. Es un trabajo conjunto, incluye al niño pero también al entorno, cada actor desde su lugar y a partir de su rol.

En suma, juego es una herramienta esencial en el tratamiento del TDAH, permite un abordaje natural y no invasivo para el niño, facilita la exploración de su mundo interno y el fortalecimiento de su yo debilitado, sin la necesidad de químicos que lo regulen e interfieran en su pleno desarrollo personal (tanto psíquico como neurológico).

6. Reflexiones finales

“Cada hombre es una historia que se cuenta a sí mismo.”

- Julio Cortázar, *La casa tomada*

El diagnóstico de TDAH se fue construyendo a partir de antecedentes que no tienen una relación directa con lo que se considera hoy en día el trastorno. Se incluyen como antecedentes libros de cuentos, síntomas asociados a faltas morales, lesiones cerebrales que no fueron comprobadas, se omite que el uso de anfetaminas tuvo una sola prueba clínica en niños institucionalizados, aún conociendo sus efectos. Las variabilidades continuas del DSM uniendo y separando la hiperactividad de la impulsividad, la ampliación de síntomas, entre tantas otras cosas, son claros indicios que a pesar que se habla de TDAH desde hace mucho tiempo, no se sabe prácticamente nada de su origen.

Este trabajo remarca la falta de investigaciones que arrojen datos actualizados sobre qué pasa con el diagnóstico de TDAH y cuales son sus principales tratamientos asociados. Relacionado a esto, se hace énfasis en la necesidad de producir información sobre el consumo de psicofármacos en la infancia y cuál es la situación de los niños que consumen por años un medicamento de estas características. ¿Acaso no es un dilema ético medicar a los niños sin tener una referencia clínica basada en estudios? ¿No es antiético no realizar un seguimiento del consumo de psicofármacos? ¿Por qué el metilfenidato tiene tantos efectos considerados secundarios? ¿Son en realidad secundarios? No hay respuestas, porque faltan estudios, muchos estudios.

Ante la falta de respuestas, se sugiere como fundamental que el estado cumpla y realice de forma estricta los controles y las regularizaciones pertinentes en materia de consumo de psicofármacos en la infancia. El uso excesivo y mal regulado genera riesgos significativos. La falta de monitoreo adecuado lleva a la sobre medicación, al uso indebido y a la omisión de alternativas terapéuticas no farmacológicas. De otro modo, se deja expuestos a los niños a la infinidad de efectos graves que seguirán siendo “secundarios” en tanto no haya registro accesible para determinarlos como consecuencias directas del consumo de tal o cual fármaco. La falta de generación de estos datos impide que se conozca el impacto real (en el desarrollo emocional, cognitivo y físico) del consumo de metilfenidato a largo plazo.

La escasez de estudios sobre el uso de estos medicamentos, subraya que algo no está bien, las dificultades de acceso a la información es información por sí misma. Es imperativo que se lleven adelante programas de educación y concientización, dirigidos tanto a familiares

como a profesionales de la salud, sobre las implicaciones del uso de psicofármacos, promoviendo el diagnóstico adecuado y una evaluación exhaustiva que considere también la perspectiva del niño. La protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes exige que estos medicamentos se usen de manera ética y responsable, evitando así la patologización innecesaria de comportamientos normales y garantizando el bienestar integral. Se debe remarcar que estas medidas serían las mínimas requeridas para una protección adecuada de las infancias.

Debe ser obligatorio que al recetar un psicofármaco se le brinde a usuarios o responsables en el caso de niños, toda la información relevante sobre el psicofármaco, incluso que se les explique cuales son los efectos adversos a los que se pueden enfrentar. Ni que hablar de que los temas de salud mental deberían tratarse en primera instancia con alternativas no farmacológicas, favoreciendo de ese modo un abordaje integral del sujeto y no solamente eliminar un síntoma.

En tanto no se conozcan los efectos reales del metilfenidato y se haya determinado que este fármaco cura, es que el psicoanálisis ofrece una perspectiva enriquecedora que permite comprender y repensar el TDAH.

La perspectiva psicoanalítica hace énfasis en el sujeto y la subjetividad y demuestra contraposición al enfoque predominantemente biologicista y conductual. El síntoma no está limitando a un malestar que deba ser arrancado rápidamente, cumple una función y tiene sentido en la estructura psíquica del sujeto, no es una manifestación aislada que debe ser suprimida, sino que es la forma en la que el deseo se expresa. Lacan propone al síntoma como una inscripción singular del sujeto en su relación con el lenguaje, la ley y el deseo. Los síntomas tienen significado, aunque muchas veces se trate de algo enigmático para el entorno e incluso para el sujeto mismo.

Si nos detenemos un segundo a pensar en el origen del TDAH y cuando se comienza a hablar de los síntomas asociados, ¿no hace ruido que la primera vez que el DSM habla de falta de concentración y exceso de actividad motora sea en tiempos de postguerra? ¿que se esperaba de los niños? ¿Cómo debía ser su reacción ante los sucesos que acontecían? ¿Alguien en ese momento podía concentrarse plenamente y quedarse en quietud total?

La respuesta lógica sería que nadie debe ser juzgado por intentar sobrevivir, por estar preocupado por lo que pasa en su entorno. Los diagnósticos no deben ser tomados a la ligera, mucho menos cuando hay fármacos en juego, y menos aún si esos fármacos son anfetaminas, ni que hablar si pensamos que los consumidores son niños.

Es necesario comprender las conductas y reacciones de las personas asociadas al entorno y el contexto en el que se vive. No debería ser necesario que se regularicen las emociones y los comportamientos de forma química ni que se pretenda que las infancias actuales se comporten como hace 50 años.

En el caso del TDAH, donde las sintomatologías se manifiestan en ámbitos puntuales y como respuestas a cambios sociales, el psicoanálisis se propone como la mejor opción de abordaje ya que se vuelca a escuchar el síntoma, entender su sentido, y permitir que el niño pueda trabajar sobre él de manera simbólica en lugar de simplemente eliminarlo con fármacos. Un aspecto fundamental es que el sujeto debe ser escuchado. En el caso de los niños con este diagnóstico, implica no solo observar su comportamiento desde fuera, sino también permitirles expresar lo que sienten y lo que experimentan desde adentro.

Como fue desarrollado anteriormente, el síntoma tiene una dimensión simbólica y es en esa dimensión donde el psicoanálisis trabaja. En lugar de reducir al niño a su comportamiento observable, escucha lo que tiene que decir sobre sí mismo y su mundo, abriendo la posibilidad de tratar al niño como un sujeto en lugar de solamente ser un objeto de observación, permitiendo que se pueda llegar a una comprensión más profunda y menos medicalizada.

Incluso pensando al TDAH desde la perspectiva de las neurociencias, no existe una explicación comprobada de que el consumo de psicofármacos “soluciona” el problema. De hecho, si nos detenemos a analizarlo bien, queda en evidencia todo lo contrario. La atención, concentración, el control de impulsos y la resolución de problemas, se ejecutan desde la corteza prefrontal. Durante la infancia es cuando la corteza prefrontal empieza a formar conexiones sinápticas más fuertes, favoreciendo a un mayor control de impulsos, el desarrollo de la atención y la planificación. Esto explica por qué los niños pequeños presentan mayores dificultades para regular su comportamiento y controlar sus impulsos, gestionar emociones, etc.

Sin pretender entrar a fondo en la temática, es pertinente mencionar que el cerebro tiene un mecanismo de funcionamiento denominado “use it or lose it” traducido como “úsalo o piérdelo”. Esto indicaría que las funciones que no son necesarias para la vida del sujeto perderán fuerza y no continuarán con su desarrollo, guardando energía para fortalecer las conexiones más utilizadas. Es fundamental el desarrollo óptimo de la corteza prefrontal hasta la adolescencia, periodo en el cual se experimenta una poda neuronal, proceso en el que se eliminan las conexiones neuronales redundantes o débiles y se refuerzan las conexiones más eficientes y utilizadas. El desarrollo completo de la corteza prefrontal se da

hasta más o menos los 20-25 años, explicando en parte los comportamientos impulsivos y dificultad de planificación que caracterizan a las infancias y adolescencias.

¿Es posible un desarrollo correcto y óptimo de la corteza prefrontal durante el consumo de psicofármacos? ¿Quién determina entonces cuales son los funcionamientos y mecanismos que deben ser eliminados y reforzados? Acaso la impulsividad y la inatención ¿no son características de una corteza prefrontal en desarrollo? Ya sea que se piensa al TDAH como déficit desde una perspectiva neurológica o que no se crea en su existencia como en el caso de la perspectiva psicoanalítica; no hay evidencia de que los psicofármacos aporten algo bueno ni que ayuden al desarrollo y constitución de la personalidad.

Volviendo a la teoría psicoanalítica, en la medida que los niños crecen y sus procesos constitutivos se desarrollan, las pautas de apego y relacionamiento se convierten en características de la personalidad, provocando una repetición constante de estas conductas en todo tipo de relaciones. Bowlby (2009) plantea que los niños que presentan pautas de apego evitativas (elusivas) o ambivalentes (resistentes) probablemente sean niños descritos por su entorno como emocionalmente aislados, hostiles, que buscan atención de formas excesivas, siendo en ocasiones impulsivos y fácilmente frustrados. Son niños que actúan como anticipando respuestas negativas del entorno y necesitarán revertir la respuesta negativa exhibiéndose constantemente. Estas son las mismas descripciones que se realizan de los niños con TDAH.

Entonces, teniendo estos aspectos sobre la mesa, comprendiendo parte de lo que sucede en los primeros años de vida (a nivel neuronal y a nivel psíquico) y la importancia que estos primeros procesos y forma de vínculo tienen para determinar, en gran medida, la relación que tendremos con el mundo, ¿Podemos seguir creyendo que la desatención, impulsividad e hiperactividad refieren a un trastorno?

No, la respuesta definitivamente es que no. Las vertientes más críticas a la psiquiatría y el DSM cuenta con aportes de reconocidos psiquiatras como Frances, Szasz, Breggin, y por supuesto, de psicoanalistas que han desarrollado mucho sobre la temática como Bleichmar, Untoiglich, Janin, Levin, entre otros, que indicarían que el TDAH no existe tal como se concibe en la actualidad.

¿Por qué seguir dando medicamentos a niños que responden a cambios sociales? Thomas Szasz (1961), Peter Breggin (1998), David Healy (2004), Allan Frances (2013), Silvia Bleichmar (2008, 2011, 2014), Eugenia Bianchi (2019), entre tantos otros, han hablado de la medicalización como forma de control comportamental frente a la presencia de conductas que no siguen la norma social (pero que se impulsan de cierto modo desde la sociedad),

sugiriendo que muchas veces los fármacos son recetados para que los niños se amolden y ajusten a las expectativas de los adultos, pudiendo de esta forma controlarlos y manejarlos, incluso asumiendo el costo de suprimir la creatividad e individualidad de cada niño.

De este modo, no solo se suprime la subjetividad del niño, sino que se invisibilizan problemas mucho más grandes y complejos a nivel social. Algunos autores denuncian la interferencia de la industria farmacéutica promoviendo soluciones “mágicas”. En este sentido, podemos agregar también lo propuesto por Foucault (1975) en donde se refiere a la medicalización en la infancia como forma biopolítica en la que tanto el estado como las instituciones médicas y educativas regulan los comportamientos y desarrollo de los niños.

Por todo lo que se expuso a lo largo del trabajo, se puede decir que, el psicoanálisis no es una respuesta rápida. Frente a otras terapias puede ser considerada la más lenta. Pero ¿no es lo impulsivo, hiperactivo y desatento lo que se busca erradicar? Esos mismos síntomas que se juzgan en los niños son los que llevan a que el metilfenidato sea el tratamiento más utilizado. La desatención de no saber qué provoca los síntomas, la impulsividad de tomar la decisión de medicar sin pensar en las consecuencias, la hiperactividad de que el cambio conductual sea ya.

Pretender que el cambio de conductas se dé de forma química definitivamente no es la solución. Se adormecen las personas, se debilitan los procesos básicos y primarios tanto en el desarrollo biológico como en el desarrollo psíquico. Se crean sujetos dependientes de psicofármacos, se les da el poder a la industria farmacéutica de decidir y manejar sus vidas. Se inhiben las capacidades que nos hacen a los humanos seres superiores, bajo los efectos de psicofármacos no podemos pensar, actuar y sentir con libertad.

7. Referencias

- Abad, T. y Toledano, S. (2017). Relaciones de poder y sufrimiento psíquico. La influencia del diagnóstico en salud mental. *Átopos: Salud mental, comunidad y cultura*, (3), 129-142.
<https://www.atopos.es/images/eatopos3/7eatopos3.pdf>
- Aberastury, A. (2010). *EL niño y sus juegos*. Paidós.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-5*. Médica Panamericana.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Paidós Ibérica.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre : alternativas al manicomio*. Topía
- Bianchi, E. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana De Metodología De Las Ciencias Sociales*, 9(1).
<https://doi.org/10.24215/18537863e052>
- Bleichmar, S. (2008). *El lugar de la infancia en el psicoanálisis*. Letra Viva.
- Bleichmar, S. (2011). *Psicoanálisis y medicalización*. Letra Viva.
- Bleichmar, S. (2014). *Entre la clínica y la política. Escritos de psicoanálisis y crítica cultural*. Letra Viva.
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Breggin, P. R. (1998). *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimulants for children*. Common Courage.
- Breggin, P. R. (2000, setiembre 29). Testimonio del Dr. Peter R. Breggin ante el subcomité de supervisión e investigaciones del Comité de Educación y Fuerza Laboral de la Cámara

de Representantes de los Estados Unidos.

https://breggin.com/article-detail/post_detail/breggin-testifies-before-congress-re-ritalin-and-adhd

Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement* (Vol. 1). T. Cadell Junior and W. Davies.

Cristóforo, A. (2015). Niños inquietos - cuerpos desinvertidos. En: M. N. Miguez (Comp.), *Patologización de la infancia en Uruguay*, (pág. 61-77). Estudios Sociológicos. http://estudiosociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf

Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30 (2-3), 81-90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043153>

Farmanuario (2024). Metilfenidato. *Vademecum de medicamentos*. https://farmanuario.com/detalle-farmaco/?lang=uy&id_farmaco=1661

Fischman Gluck, P. (1995). Modelos biopsicosocial - evolutivo en psiquiatría. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 24(2), 86–91. <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1135>

Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. HarperCollins.

Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.

Freud, S. (1978). Conferencia 28: La terapia analítica. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (vol XVI, pp. 408-422). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1916).

- Freud, S. (1992). Estudios sobre la histeria. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras Completas (Vol. II, pp. 45-194). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1895).
- Freud, S. (1991). La interpretación de los sueños (segunda parte). En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras Completas (Vol. V, pp. 345-503). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900).
- Freud, S. (1991). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras Completas (Vol. XII, pp. 107-120). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1992). Introducción al Narcisismo. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras Completas (Vol. XIV, pp. 65-98). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1991a). El sentido de los síntomas. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol. XVI, pp. 235-249). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1916).
- Freud, S. (1991b). Los caminos de la formación de síntoma. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol. XVI, pp 326-343). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1916).
- Freud, S. (1992a). Más allá del principio de placer. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol. XVII, pp 7-62). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920).
- Freud, S. (1992b). Inhibición, síntoma y angustia. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras Completas. (Vol. XX, pp. 71-164). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926).
- García de Vinuesa, F. (2017). Prehistoria del TDA: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Itinerario formativo de la psicología clínica en España*. Papeles del Psicólogo 38(2), 107-115. <https://www.psychologistpapers.com/pdf/2829.pdf>

- García Zabaleta, O. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *THEORIA: Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, 34(3), 441-460. <https://www.redalyc.org/journal/3397/339767305009/html/#fn6>
- Ghemi, C. (2024, abril 19). Quédese quieto. *Brecha*. <https://brecha.com.uy/quedese-quieto/>
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Libros Cúpula.
- Healy, D. (2004). *Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New York University.
- Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos: ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Noveduc Libros.
- Lacan, J. (1971). Funcion y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos* (Vol. 1, pp. 227-320) Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1966)
- Lacan, J. (1971). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos* (Vol.1, pp. 86-93) Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1966)
- Lacan, J. (1975). El Seminario de Jacques Lacan: Vol. 23. El sinthome: 1975-1976. Paidós. (Seminario impartido en 1975-1976).
- Míguez, M. N. (2012). Niñez psiquiatrizada. Invisibilizando una realidad compleja. *Revista Versión*, 29, 2-24. <https://versionojs.xoc.uam.mx/index.php/version/article/view/485>
- Ministerio de Salud Pública. (s/f). Metilfenidato. *Consulta de Medicamentos*. <https://listadomedicamentos.msp.gub.uy/ListadoMedicamentos/servlet/com.listadomedicamentos.listadomedicamentos>
- Nasio, J. David. (1998). *Cinco Lecciones sobre la Teoría de Jacques Lacan*. Editorial Gedisa.

- Organización de las Naciones Unidas. (2017). *Observaciones del Comité de los Derechos del Niño sobre los informes periódicos presentados por Uruguay : 2007 y 2015*. UNICEF.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*.
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Ortiz Lobo, Alberto y Mata, Iván de la. (2015). Allen Frances y la pureza del diagnóstico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* , 35 (125), 165-174.
doi.org/10.4321/S0211-57352015000100013
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C., y Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-39.
[doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004)
- Szasz, T. S. (1961). *El mito de la enfermedad mental: Fundamentos para una teoría de la conducta personal*. Harper & Row.
- Tallis, J. (2007). Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades. En B. Janin (Comp.), *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* (p.187-223). Noveduc.
- Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica. *Nuances: estudios sobre Educación*. Presidente Prudente 25(1) 20-38.
<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewFile/2743/2515>
- Untoiglich, G. (2019). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Noveduc Libros.
- Vidal Vademecum Spain. (2017). *Ritalina*. En Vademecum.
<https://www.vademecum.es/uruguay/medicamento/1460411/ritalina-10-mg-comprimido>
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.