



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

COMPRENSIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON  
HIPERACTIVIDAD: UNA MIRADA DESDE EL PSICOANÁLISIS

Profesor Guía : Maritza Quevedo Rojas

Metodólogo : Alvaro Gainza Veloso

Profesor Informante : Carolina Sepúlveda Serani

Alumnos : Madel Bugueño Vera

Jennifer Pardo Lezana

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Octubre de 2007

## **RESUMEN**

La presente investigación está orientada a desarrollar los aportes del psicoanálisis a la comprensión del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, contribuciones exploradas a nivel teórico y desde profesionales psicólogos que desempeñan su trabajo en el área clínica infantil, que es en donde este trastorno se presenta con mayor frecuencia.

Dentro del marco teórico se incorporan los aportes que desde el psicoanálisis, la psicomotricidad y la experiencia clínica permitan ampliar la perspectiva de esta problemática.

La metodología que se utiliza se enmarca en el modelo cualitativo y la recopilación de información se realizó a través de entrevistas semiestructuradas a psicólogos de orientación psicoanalítica pertenecientes a la Región Metropolitana.

A partir de la recolección y análisis de información, que se efectúa a nivel descriptivo e interpretativo, podemos dar cuenta de los aportes que desde aquí se efectúan a la comprensión del TDAH.

*“No termina de copiar lo escribió en el pizarrón. Tiene el cuaderno  
lleno de incompletos.” “No atiende  
en clase, le va mal en la escuela, tenemos miedo de que  
repita el grado.” “Les pega a los otros chicos, en casa rompe todo, es  
insoportable.” “Es imparabile, son las doce de la  
noche y no se duerme; nos agota.” “Siempre fue rebelde, contestador;  
no obedece.” “es un chico difícil; ya que de bebé era imposible de  
calmar.” “No atiende cuando se le habla, no puede quedarse quieto, se  
despierta de mal humor.” “Está siempre en la luna, pierde todo, se  
olvida de lo que tiene que hacer  
como tarea y no le importa;  
no sabemos qué hacer con él.”*

*BEATRIZ JANIN, 2004.*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>DEDICATORIA</b> .....	2
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>1.1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	6
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	11
<b>1.3. APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	15
<b>1.3.1. <i>Relevancia teórica</i></b> .....	15
<b>1.3.2. <i>Relevancia social práctica</i></b> .....	16
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	17
<b>2.1. OBJETIVO GENERAL</b> .....	17
<b>2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO</b> .....	17
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	18
<b>3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS</b> .....	18
<b>3.1.1. <i>Categorías diagnósticas</i></b> .....	21

<b>3.2. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL TRASTORNO</b> .....	29
3.2.1. <i>Desatención</i> .....	29
3.2.2. <i>Hiperactividad</i> .....	30
3.2.3. <i>Impulsividad</i> .....	31
<b>3.3. NEUROCIENCIAS</b> .....	33
3.3.1. <i>Factores genéticos</i> .....	34
3.3.2. <i>Factores neuroquímicos</i> .....	34
3.3.2. <i>Funciones ejecutivas</i> .....	36
<b>3.4. TRATAMIENTO TDAH</b> .....	38
3.4.1. <i>Terapia Cognitivo Conductual</i> .....	39
3.4.2. <i>Terapia Conductual</i> .....	40
3.4.3. <i>Farmacoterapia</i> .....	41
<b>3.5. EL NIÑO A TRAVÉS DE LA HISTORIA TDAH</b> .....	45
3.5.1. <i>Antecedentes</i> .....	45
<b>3.6. APORTES DEL PSICOANÁLISIS AL TDAH</b> .....	50
3.6.1. <i>Aspectos Históricos de la Psicomotricidad</i> .....	50
3.6.2. <i>El niño y el Psicoanálisis</i> .....	52
3.6.2.1. Mito Familiar.....	53
3.6.2.2. El Niño y el Deseo.....	55
3.6.2.3. El Cuerpo y el Otro.....	59
3.6.2.4. El Estadio del Espejo.....	61
3.6.2.5. La Inestabilidad Psicomotriz.....	70

<b>4. MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>81</b>
<b>4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO.....</b>	<b>81</b>
<b>4.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>82</b>
<b>4.3. DELIMITACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR.....</b>	<b>83</b>
<b>4.3.1. <i>Criterios de Selección</i>.....</b>	<b>85</b>
<b>4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>87</b>
<b>4.5. PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>89</b>
<b>5. RESULTADOS Y ANALISIS.....</b>	<b>91</b>
<b>5.1. ESQUEMA DE CATEGORÍAS Y TÓPICOS.....</b>	<b>91</b>
<b>5.2. RESULTADO DEL ANÁLISIS.....</b>	<b>93</b>
<b>6. CONCLUSIONES Y DISCUSION.....</b>	<b>122</b>
<b>7. BILIOGRAFÍA.....</b>	<b>131</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>139</b>
<b>A.- Guión de entrevista.....</b>	<b>139</b>
<b>B.- Entrevistas semi estructuradas.....</b>	<b>140</b>
<b>C.- Matriz de análisis de entrevistas semi estructuradas.....</b>	<b>189</b>
<b>D.- Cronograma.....</b>	<b>204</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es una de las problemáticas más prevalentes hoy en día en la población infantil a nivel mundial. La Asociación Americana de Psiquiatría considera que entre un 3% y 7% de los niños en edad escolar presentan el trastorno (Barkley, 1990).

En Latinoamérica, la situación no es distinta, un ejemplo de esto es lo que sucede en Argentina, país en que se ha manifestado públicamente la preocupación por el alto índice de niños diagnosticados con TDAH, según los estudios se estima que la prevalencia del trastorno es entre el 5% y 7% de los niños. (Scandar, 2003)

A tal punto ha llegado la preocupación en ese país, que durante el año 2007 se llevó a cabo en la ciudad de Buenos Aires, el Simposio "Niños desatentos e hiperactivos. La patologización de la infancia", con el objetivo de debatir el tema, compartir ideas y pensar abordajes posibles y estrategias para, desde el ámbito de la salud poder dar una respuesta acorde al sufrimiento de los niños.

En nuestro país, podemos encontrar una amplia gama de estudios acerca de la población infantil, en relación a la salud mental de los niños, la gran mayoría de dichos estudios corresponde a la población escolar, siendo desde ahí de donde se obtiene la gran mayoría de información al respecto.

En la actualidad, en nuestro país el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad es una de las mayores causas de consulta tanto en el sector público como privado. El TDAH, es señalado por Almonte (Citado en Pizarro, 2003) como uno de los *“cuadros psicopatológicos de alta prevalencia en la población infantil, llegando a cifras que alcanzan un 6,2% dentro de la comunidad infantil (Ministerio de Salud Chile, 1998) y un 17,5% en la población consultante”*

MINSAL (2000) señala:

Así mismo el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad constituye el principal motivo de consulta en los Servicios de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental Infantil, así como también es el motivo de consulta de salud mental más frecuente en los establecimientos de atención primaria para la población menor de 15 años. Ellos, junto con la enuresis, dan cuenta de los dos tercios de las consultas mas frecuentes en los establecimientos de atención primaria.

Debido a esto, se crea el programa habilidades para la vida, perteneciente a la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) y que está centrado en la promoción y prevención de problemas de salud mental en niños y niñas de primero a cuarto básico, ha implementado la realización de talleres preventivos en escuelas con altos índices de vulnerabilidad y que pertenecen a la red JUNAEB. En este programa, los profesores son los encargados de aplicar la encuesta TOCA a los niños en que se sospecha dificultades, en esta encuesta se evidencian factores asociados a la hiperactividad. Según los resultados obtenidos se determina el ingreso del niño al taller. El programa, además contempla la derivación a la red de salud mental, en los casos que así se requiera. (Tapia, 2006).

La escuela constituye el principal lugar de detección de este trastorno, de esta manera, resulta común observar la aplicación del Test Conners<sup>1</sup>, como una herramienta de diagnóstico aplicada a padres y maestros.

Dentro del paradigma psiquiátrico actual, se comprenden estas dificultades en los niños dentro de la categoría diagnóstica de los “Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador” (DSM IV) y “Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia” (CIE-10), en donde dichas conductas son definidas como *“falta de persistencia en actividades que*

---

<sup>1</sup> Escala de valorización para el maestro, creada por Keith Conners en 1969. Los objetivos principales de esta escala son identificar los principales indicadores de problemas de conducta como hiperactividad y problemas de atención, el instrumento es aplicable para evaluar a sujetos de 3 a 17 años y es respondido por el profesor del niño, puede ser utilizado como un dispositivo inicial de detección del Déficit Atencional en la escuela.

*requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva” (CIE-10, p.157)*

Del mismo modo, la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R 2000), los denomina Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Dentro de los abordajes que se utilizan principalmente en el tratamiento del TDAH, encontramos que no existe un único modelo, sino que se ha enfocado desde diferentes perspectivas, siendo las más utilizadas el tratamiento farmacológico, intervenciones psicosociales y multimodales.

Dentro de los enfoques psicológicos, la Terapia Conductual, señala que la sintomatología que presentan los niños diagnosticados por TDAH, corresponde a patrones conductuales inadecuados y que por lo tanto pueden modificarse, como cualquier otro desorden de la conducta, mediante cambios de los estímulos ambientales, a partir del principio del condicionamiento operante.

La modificación conductual es un conjunto de técnicas y un método de investigación, que intenta producir cambios en el comportamiento basados en los principios del aprendizaje. Pizarro (2003) postula que cada acción es producto de variables ambientales, por lo tanto, la terapia se focaliza en la conducta y en las

contingencias reforzantes, haciendo menos probable la ocurrencia de la respuesta no deseada mediante la alteración de las variables ambientales de que es función.

Los intentos por encontrar una causa a las manifestaciones sintomáticas de estos niños, ha desviado la atención a la manifestación dejando de lado la subjetividad propia de cada niño, de esta manera los comportamientos son atribuidos a un sentido otorgado por otros, sin que en ese proceso se cuestione el ¿Para qué de su inquietud? Es en esta perspectiva que pretendemos a partir de los aportes del psicoanálisis, posibilitar un nuevo campo de investigación y reflexión en relación al abordaje del TDAH.

Janin (2004) refiere

El orden causal se invierte. Ya no es que un niño tiene tales manifestaciones sino que, a partir de las manifestaciones, se construye una identidad, que se vuelve causa de todo lo que ocurre, dejándolo encerrado en un sin salida. Una categoría descriptiva pasa a ser explicativa. Ya no es: *“No atiende en clase. Se mueve mucho y desordenadamente. Es exageradamente inquieto e impulsivo, ¿por qué será?”*, pregunta que implica posibilidad de cambio e idea de transitoriedad, sino *“Es ADD, por eso no atiende en clase. Se mueve mucho y desordenadamente. Es inquieto e impulsivo”* (p.20)

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACION**

En nuestro país la salud mental se constituyó a partir de 1997 en una de las 16 prioridades de salud pública y clínica definidas por el Ministerio de Salud.

Esta situación genera que el Estado de Chile realice estrategias de salud pública destinadas a la comunidad, de esta manera a partir del año 2000 el Ministerio de Salud (MINSAL) pone en marcha el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, modelo de red de atención y programas que abarcan los problemas prioritarios de salud. La primera etapa del plan contempla su aplicación entre los años 2000-2010.

De acuerdo con esta prioridad, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría dirige sus acciones a los servicios de diferentes problemas y grupos de población. Las prioridades se definen a partir de indicadores epidemiológicos, prevalencia, impacto social, tratamientos y las intervenciones más óptimas en relación al costo y la disponibilidad de recursos humanos en salud mental.

El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, denominado bajo los criterios del CIE-10 como Trastorno Hiperactivo, es una de las prioridades que contempla el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, es así como el plan garantiza la atención de niñas, niños y adolescentes en edad escolar con Trastorno Hiperactivo de la Atención.

Del mismo modo el Plan AUGE, se pone en funcionamiento a través de un Plan Piloto a partir del año 2002 contemplando tres patologías (Cardiopatías Congénitas, Insuficiencia Renal Crónica y todos los cánceres infantiles). El objetivo de este Plan es dar solución a un grupo de patologías seleccionadas a partir de la gravedad e impacto en la población.

MINSAL (2000) señala:

La explicitación de un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención en salud de toda nuestra población. Inicialmente estarán referidas a 56 patologías, precisamente aquéllas de mayor relevancia e impacto en las posibilidades de vida y de calidad de vida de la población chilena.

La cantidad de patologías incluidas dentro del plan, irán progresivamente en aumento, contemplándose dentro de estas patologías a incluir, el Trastorno Hipercinético de la Atención, como una de las patologías infantiles de mayor prevalencia e impacto.

De esta manera, se observa que el TDAH, es una problemática actual, tanto del sistema de salud público, que destina acciones directas a su detección y tratamiento, así como también para el sistema social. Cada día niños y niñas son derivados al sistema de atención, mayoritariamente primario y secundario, siendo una de las causas más frecuentes el TDAH.

En relación a esto, el MINSAL (2000) señala:

La prevalencia del Trastorno Hiperactivo de la Atención en niños de 5 a 7 años de nuestro país es de alrededor del 6 % (Región Metropolitana, 1992 - 95). Es dos a cuatro veces más frecuente en hombres y se estima que uno de cada 80 a 100 escolares de enseñanza básica requiere tratamiento específico por este problema.

Si bien en nuestro país los estudios existentes en relación al trastorno son amplios, dentro de la bibliografía no es posible encontrar estudios que den cuenta de esta problemática desde una mirada psicoanalítica, correspondiendo en su gran mayoría a estudios de tipo biologicista. Es por esta razón, que a través de este estudio nos remitiremos a los trabajos realizados por el Neuropsiquiatra y Psicoanalista francés Jean Bergès en torno a la psicomotricidad y la perturbación psicomotriz, a través de los cuales realizaremos una aproximación a la comprensión del TDAH.

Pensar en cuáles son los aportes de la teoría psicoanalítica a la comprensión de este fenómeno, creemos nos puede otorgar una visión más amplia y del mismo modo entender desde este enfoque a partir de la opinión de profesionales del área cuáles son los aportes que desde esta corriente se pueden realizar a la comprensión del TDAH, con el objetivo de que esta investigación contribuya a un mejor abordaje de estos niños en la clínica infantil.

Por estos motivos y a la luz de los antecedentes anteriormente expuestos, se torna pertinente la siguiente pregunta:

**¿Cuáles son los aportes de la Teoría Psicoanalítica a la comprensión del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, a partir de la revisión teórica y el análisis de discurso de terapeutas infantiles de orientación psicoanalítica?**

### **1.3. APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACION**

El presente estudio, pretende otorgar un aporte al Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, desde la concepción psicoanalítica. De esta manera se pretende ampliar la visión desde un punto de vista social, así también como desde la clínica del fenómeno.

#### **1.3.1. Relevancia Teórica**

La relevancia teórica de esta investigación se fundamenta principalmente en que, mediante este estudio se genera la posibilidad de explorar y dar cuenta de los aportes que desde el psicoanálisis se pueden generar a la comprensión del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad. De esta manera se posibilita ampliar el campo de pensamiento teórico en relación al TDAH.

En este sentido, se posibilita la comprensión del fenómeno desde una perspectiva que considera al niño como un ser en proceso de estructuración, tomando en cuenta el contexto en que cada niño se desarrolla. De esta forma no se reduce a la comprensión del fenómeno a partir solo de la manifestación sintomática, en este caso, la hiperactividad motora.

### **1.3.2. Relevancia Social Práctica**

El objetivo de esta investigación abarca un fenómeno que afecta a un grupo considerable de nuestra sociedad. La importancia de estudiar este tema surge a partir del alto índice de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, en relación a cuáles son las perspectivas teóricas que hasta el momento se han hecho cargo del tema. Nuestra intención es realizar una revisión a nivel teórico y desde profesionales ligados al fenómeno, a partir de la mirada psicoanalítica y desde ahí conocer cuales son los aportes que se generan a la comprensión del TDAH, con el objetivo de contribuir a la clínica infantil en el abordaje de esta problemática.

De esta manera se constituye un aporte tanto para la reflexión como la comprensión del TDAH, desde una visión que no reproduce el trastorno, entendido este, como un problema que no permite generar una identidad más allá de una categoría diagnóstica.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Explorar los aportes de la Teoría Psicoanalítica a la comprensión del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, a partir de la revisión teórica y el análisis de discurso de terapeutas infantiles de orientación psicoanalítica.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Indagar los aportes teóricos del enfoque psicoanalítico a la comprensión del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.
- Analizar el discurso de terapeutas infantiles de orientación psicoanalítica en relación al Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.
- Conocer la visión crítica de terapeutas infantiles de orientación psicoanalítica en relación al diagnóstico del TDAH.

### **3. MARCO TEÓRICO**

Dentro de la revisión bibliográfica, el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad se encuentra ampliamente desarrollado. Es posible, de esta manera, acceder a una gran variedad de definiciones que intentan dar cuenta de la esencia del TDAH. A pesar de que en la actualidad no existe un consenso en relación a la definición del TDAH, estas tampoco son excluyentes.

Es por esto que consideramos relevante realizar una caracterización y recorrido por los diferentes enfoques que principalmente dan cuenta acerca del TDAH.

#### **3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Los primeros antecedentes que se conocen sobre el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, fueron desarrollados por el médico alemán Hoffman (1844), quien desarrolló parte importante de la sintomatología en el protagonista de un cuento que escribió en esa fecha. En el, se describe la conducta de un niño inquieto, que se caracterizaba por movimientos constantes e incapacidad de permanecer sentado.

Posteriormente, uno de los primeros acercamientos explicativos de este patrón de comportamiento en el niño, es desarrollado por el pediatra inglés George Still (1902), quien dio la primera descripción de conductas impulsivas y agresivas, falta de atención y problemas conductuales que calificaba como defectos del control moral.

Estas son los primeros intentos por encontrar una explicación que de cuenta del origen del fenómeno, lo que más adelante se convertirá en una explicación a partir de una causa orgánica.

Es así como a partir del año 1923, se emplea por primera vez el término Hiperkinecia por el alemán Von Economo. Bergès (1990) sostiene *“El problema de los niños Hiperkinéticos se relaciona con la epidemia de la gripe de encefalitis, la cual afecta a Europa luego de la primera guerra mundial y que posteriormente se expande al mundo entero.”*

El autor, hablaba de niños y de adultos, que a consecuencia de las secuelas de esta encefalitis, tenían un comportamiento que se caracterizaba primeramente por el desorden de movimientos incesantes, la incapacidad para permanecer tranquilos, para concentrarse, trastornos cognitivos de la memoria y de los aprendizajes y, finalmente, trastornos de adaptación social con dificultades para vivir en común y algunos casos de delincuencia.

Del mismo modo, Kahn y Cohen en el año 1934, a partir de la proliferación de la encefalitis, realizaron estudios que buscaron explicar la sintomatología psiquiátrica que a nivel neurológico se producía en menores a consecuencia de esta enfermedad. Es así como a partir de sus estudios describieron un cuadro caracterizado por *“un alto grado de hiperactividad e incoordinación motora al que denominaron “Síndrome Orgánico Cerebral”, por suponer que una determinada lesión neurológica estaba originando estos desordenes en los niños.”* (Taylor, p.264).

Durante este período es posible observar que la explicación que existe en relación a la etiología de la hiperkinesia estaría dada por causas orgánicas o constitucionales a pesar de que las evidencias que avalarían esta situación eran escasas.

Las investigaciones que se realizaron en Estados Unidos, por Strauss y Lehtinen en la década de los 40, se sustentaron en la hipótesis de la etiología orgánica, dando paso a la denominación “síndrome de daño cerebral mínimo”, terminología utilizada para describir niños con retardo mental, hiperactividad, distractibilidad, impulsividad, perseverancia, y defectos cognoscitivos. (Pizarro, 2003.)

Recién a partir de los años 60, la mayoría de los investigadores comenzaron a descartar la hipótesis de lesión cerebral como causal directa en la sintomatología hiperkinética. De esta manera se da paso a una nueva denominación, disfunción cerebral mínima acuñada por Clements y Peters. En relación a este cambio

Menéndez (2001) señala *“De esta forma la etiología no sería una lesión cerebral concreta, sino una disfunción general, en la que el cerebro apareciera absolutamente normal, sin ningún tipo de patología constatable.”*

### **3.1.1. Categorías diagnósticas**

En el año 1968, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), incluye dentro de su clasificación de trastornos de conducta de la infancia y adolescencia, la Reacción Hiperkinética de la Infancia, denominación bajo la cual se describe un síndrome con manifestaciones de conductas tales como inquietud, distractibilidad, disminución en la atención, sobreactividad. (Pizarro, 2003.)

Durante la década de los 70, se producen nuevas investigaciones, que a partir de la imposibilidad de demostrar la existencia de una lesión o disfunción cerebral mínima, buscan asociar el trastorno a causas hereditarias. De esta manera se trataba de asociar al TDAH a malformaciones congénitas y al alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidios existentes entre los familiares de estos niños.

Los estudios publicados por Morrison y Stewart en 1971 (citado en Bleichmar s.f.), acerca de una investigación realizada con 50 niños diagnosticados como hiperactivos consistieron básicamente en demostrar que entre los padres de estos niños, el

alcoholismo, la “sociopatía” y la “histeria” eran los trastornos más frecuentes. A través de los comentarios de los padres, los autores se sintieron capaces de hacer diagnósticos retrospectivos acerca de la hiperactividad que los aquejó en su propia niñez, intentando demostrar que ella “era hereditaria”.

En este mismo periodo tiene lugar la presentación efectuada por Douglas en la Asociación Canadiense de Psicólogos, quien incorpora un nuevo aspecto al estudio del trastorno. Durante su presentación se destacaron aspectos cognitivos del trastorno y principalmente la idea de que *“la deficiencia básica de los niños hiperactivos era su incapacidad para mantener la atención y controlar su impulsividad, y no la excesiva actividad motriz, lo que supuso un nuevo planteamiento del problema”*. (Calderón, 2003, p. 17).

Es esta nueva definición, la que constituyó uno de los antecedentes para la nueva propuesta de la APA en la versión DSM III de 1980, incorporando nuevos criterios para la clasificación del trastorno, designándolo Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Es en esta nueva clasificación que se otorgó más énfasis en los aspectos atencionales del trastorno por sobre los de la actividad. Douglas señala *“el déficit principal de estos niños radicaría, más que en el nivel de actividad, en su incapacidad para mantener la atención y en su impulsividad.”* (Citado en Pizarro, 2003, p.10)

En el año 1994 se publica el DSM-IV (APA) donde se agrupan la hiperactividad y la impulsividad. Así, se distinguen tres subtipos: el tipo predominantemente hiperactivo - impulsivo, aquel en que predomina el déficit de atención y el tipo combinado. Los criterios del DSM-IV indican que debe haber síntomas en dos o más contextos. El DSM-IV exige que los síntomas se manifiesten tanto en el ámbito familiar como escolar, sin embargo ese criterio no siempre es tomado en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico. (Pizarro, 2003.)

Al pensar en los criterios diagnósticos del DSM IV, podemos reflexionar en torno a la manera en que estos criterios de alguna forma patologizan la infancia, es decir, podemos pensar en las dificultades que pueden surgir para ciertos profesionales que realizan el diagnóstico en distinguir los síntomas del TDAH, de aquellos comportamientos que son propios de la infancia.

A continuación detallaremos los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno:

## **Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**

### **A) (1)ó(2)**

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

#### **Falta de atención**

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental prolongado (como tareas escolares o domésticas).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

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

#### **Hiperactividad**

- a) A menudo mueve en exceso las manos o los pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo "esta en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso

#### **Impulsividad**

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (ej. entrometerse en conversaciones o juegos).

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

**C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (ej. en la escuela y en casa).

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

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

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo - impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos seis meses.

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

Del mismo modo, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE), a partir del año 1967 incluyó el Síndrome Hiperkinético de la Infancia como categoría, en su versión CIE-8, posteriormente en la CIE-9 (1978) el denominado Síndrome Hiperkinético Infantil quedaba definido como un trastorno cuyas características esenciales era la falta de atención y la distracción. Se señalaban, además, como síntomas habituales, la impulsividad, la agresividad, la desinhibición, la pobreza organizativa, la labilidad emocional y la sobreactividad motora.

En 1992 se publica la décima edición de la CIE, a diferencia de las ediciones anteriores, se utiliza principalmente el término trastorno. Se denominó como Trastorno del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Calderón (2003) sostiene *“El diagnóstico del Trastorno Hiperkinético requiere la presencia de niveles anormales de desatención y sobreactividad, presentes en múltiples contextos; entre ellos, las observaciones clínicas, acompañadas, en la mayoría de los casos, de anormalidades cognitivas y neurológicas”* (p.27)

A continuación se muestran los criterios diagnósticos definidos por la Organización Mundial de la Salud para el trastorno:

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno Hiperactivo de la Atención**

**Desatención**

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por un comportamiento deliberado de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para sus tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Se distrae fácilmente ante estímulos irrelevantes.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

**Hiperactividad**

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento.
2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en los adolescentes o en los adultos puede manifestarse por sentimientos de inquietud).
4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

**Impulsividad**

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en situaciones de grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (p.ej. interrumpe en las conversaciones o en los juegos de los demás).
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.

**El inicio del trastorno no es posterior a los siete años**

**Los criterios deben cumplirse en más de una situación**

**Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar**

**Clinicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.**

**No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.**

En la actualidad se ha generalizado la utilización de estos manuales de clasificación para hacer el diagnóstico del TDAH, siendo utilizado por neurólogos, psicólogos y psiquiatras. De esta manera, se han popularizado las descripciones de la sintomatología y las investigaciones exhaustivas y estadísticas sobre los efectos de los fármacos, sin embargo, no se toma en cuenta el origen de este trastorno a partir de la dinámica psíquica y los vínculos que establece el niño. Esta forma de dar rápidas explicaciones a través de los diagnósticos, imposibilita la búsqueda de la subjetividad de ese niño. Es así como actualmente y cada vez con mayor frecuencia se impone la tendencia en la cual los niños con diferentes padecimientos, de alguna manera entran en los tópicos de los manuales diagnósticos, una vez ingresado en este criterio es más fácil elaborar tratamientos para cada “niño problema”, en este caso recibe el rotulado de TDAH.

Otra descripción del trastorno la podemos encontrar en la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y del adolescente. Una de las características de esta clasificación tiene, a diferencia de las anteriores, tiene que ver con la incorporación además de aspectos fenomenológicos y sintomáticos, de aspectos psicodinámicos, que dan cuenta de las relaciones que el niño establece de manera dinámica con quienes lo rodean. En su apartado de los Trastornos de la Conducta y del Comportamiento señala *“trastornos con preponderancia comportamental, algunos de los cuales constituyen síndromes lo suficientemente individualizados como tales.”* (CFTMEA-R-2000, p. 84).

A continuación se describen los criterios diagnósticos para el cuadro de hiperkinesia con trastornos de la atención.

**Trastornos Hiperkinéticos**  
**Hiperkinesia con Trastornos de la Atención**

Clasificar aquí los trastornos descritos en Francia con la expresión “inestabilidad psicomotora”.

Desde el punto de vista sintomático, este conjunto está caracterizado por:

- En la vértice psíquica: dificultades para fijar la atención, falta de constancia en las actividades que exigen de una participación cognitiva, tendencia a una actividad desorganizada, no coordinada y excesiva, y cierto grado de impulsividad;
- En el plano motor: hiperactividad o agitación motora incesante.

La relación de estos niños con los adultos suele realizarse por una ausencia de inhibición social, reserva y mesura.

A menudo estos trastornos se acompañan de una alteración de las funciones cognitivas y de un retardo específico del desarrollo de la motricidad y el lenguaje. Pueden provocar un comportamiento asocial o pérdida de la autoestima.

Estos trastornos, sin relación con la edad y nivel de desarrollo mental del niño, son más importantes en las situaciones que requieren aplicación, por ejemplo, en clase. Pueden desaparecer transitoriamente en ciertas situaciones. Por ejemplo, en una relación dual o en una situación nueva.

**Incluir:**

Déficit de Atención con Hiperactividad.  
Hiperactividad con trastornos de la atención.

**Excluir:**

Los trastornos de la atención sin hiperactividad motora propiamente dicha.  
La actividad excesiva adaptada a la edad (particularmente en los niños pequeños)  
Las manifestaciones de tipo excitación maniaca (que deben ser clasificadas, según los casos, en las categorías 1 ó 3)  
Una reacción hiperquinética de duración limitada.

## 3.2. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL TRASTORNO

Como se ha indicado anteriormente, los síntomas centrales del TDAH son la desatención, hiperactividad e impulsividad. A continuación, se describirán brevemente los aspectos clínicos más relevantes de dichos síntomas.

### 3.2.1. Desatención

Según señala Tudela en 1992, (citado en Calderón 2003), la atención se puede entender como *“Un mecanismo central de capacidad limitada cuya función primordial es controlar y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo con un objetivo determinado”*. (p.35)

Es posible distinguir diferentes problemas atencionales según el subtipo de TDAH. Cuando se trata de TDAH con predominio desatento, se caracteriza por dificultades en la rapidez en el procesamiento de la información y atención selectiva. En el TDAH con predominio hiperactivo – impulsivo, es posible observar dificultades en la atención mantenida y en la diferenciación entre estímulos relevantes e irrelevantes.

En cuanto al cuerpo de los niños que presentan dificultades de atención, es común diferenciar características físicas como cambios posturales, descargas motoras, conductas exploratorias y desviación de la mirada.

Dentro de las características principales, se puede observar desatención y falta de interés en las tareas escolares y lúdicas, las actividades no son terminadas, son niños descuidados con sus objetos personales, se distraen muy fácilmente con estímulos irrelevantes, son descuidados y olvidadizos en las actividades que realizan.

Generalmente estas características influyen negativamente en el rendimiento escolar, a pesar de que son niños que no presentan dificultades de inteligencia.

### **3.2.2. Hiperactividad**

Al aproximarse al concepto de hiperactividad, se puede hacer referencia a dos denominaciones diferentes, en relación al exceso de movimiento. Estas son Hiperkinesia e inestabilidad motriz.

El término Hiperkinesia, del griego hipér (más allá) y kinesis (movimiento), se refiere al aumento en la amplitud y rapidez de los movimientos. Por otro lado, la inestabilidad motriz se refiere a un desajuste motriz, pequeños movimientos inútiles y la incapacidad para permanecer inmóvil.

Se denomina hiperactividad a una manifestación de movimientos constantes, excesivos ya que sobrepasa los límites establecidos y desorganizados, como por ejemplo caminar, correr, trepar, saltar, etc. Cuando estas acciones parecieran no tener una finalidad u objetivo o se ven interrumpidas, sufriendo un cambio de finalidad y objetivo reiterado, muchas veces sin aparente intencionalidad. También se puede observar la presencia de cambios posturales reiterados. (Pizarro, 2003.)

### **3.2.3. Impulsividad**

El término Impulsivo proviene del latín impulsio (empujar). Se refiere a un individuo que tiene la voluntad profundamente debilitada y que es incapaz de resistir a sus impulsiones.

La impulsividad es uno de los síntomas centrales del TDAH, se manifiesta a través de la precipitación en dar las respuestas, incluso antes de haber terminado de escuchar la pregunta, además frecuentemente existe intromisión en actividades realizadas por otros. Generalmente participan en conductas de riesgo que pueden dar lugar a accidentes.

Lewis (citado en Pizarro, 2003), sostiene que la impulsividad cognitiva se refiere a un estilo cognoscitivo caracterizado por un corto tiempo de reacción. Se ha considerado que la impulsividad es un indicador de mal pronóstico, señalándose en la literatura que aumenta la complejidad de tratamiento.

Una característica observable en niños impulsivos, es la imposibilidad de esperar frente a actividades que presentan demora, lo que se demuestra con una importante inquietud. Es posible además, observar ciertas características en la comunicación verbal, ya que son niños que hablan en forma excesiva, no existiendo silencios entre un párrafo y otro, además de interrumpir reiteradamente a sus pares en las conversaciones.

Generalmente la presencia de la sintomatología anteriormente descrita, es concluyente a la hora de hacer el diagnóstico de TDAH, sin embargo, es preciso señalar que no basta tomar a un niño que tiene inatención o hiperactividad como síntoma para darle a eso la entidad de enfermedad, ya que estos síntomas pueden presentarse en una serie de patologías, sin necesidad de constituirse únicamente en un Déficit de Atención como enfermedad.

En relación a esto Untoiglich (2005) señala:

Cuando el síntoma es atacado, desde el punto de vista terapéutico, como si fuera toda la enfermedad, lo que pasa es que se termina por ocultar el origen del cuadro. Es decir, si uno, cuando se presenta la inatención, va directamente a la terapéutica medicamentosa, sin explorar cuál puede ser su origen, termina por ocultar el origen del cuadro. (P.71)

### **3.3. NEUROCIENCIAS**

A partir de la revisión bibliográfica, se puede señalar que existe un cierto consenso en señalar que la etiología del TDAH no es única, sino más bien el resultado de una confluencia de múltiples factores (biológicos, psicológicos y sociales). Actualmente los estudios de las neurociencias permiten conocer tres áreas desarrolladas en torno al TDAH. Cabe señalar que dichas áreas definen la manera de abordar el trastorno, siendo en consenso un abordaje evolutivo, entendiéndose el trastorno como un problema genético, neuroquímico, entre otras.

### **3.3.1. Factores genéticos**

Dentro de las investigaciones centradas en factores genéticos como origen del TDAH, se basan en estudios realizados en familias y el estudio de gemelos. Dentro de los estudios desarrollados en familias, se sostiene la influencia genética que estaría implicada en el origen del TDAH, las conclusiones señalan una mayor incidencia y sintomatología en padres biológicos de niños diagnosticados con el trastorno. Frick (1994) “*encontró que los padres biológicos de los niños con TDAH tienen mayor riesgo de presentar Déficit de Atención.*” (Citado en Calderón, 2003, p. 59).

Respecto a los estudios realizados con gemelos, se señala que los resultados avalan la idea de influencia genética en la etiología del trastorno. Se encontraron tasas de concordancia mayores para gemelos monozigóticos que dizigóticos, en una muestra de 194 monozigóticos y 94 dizigóticos. (Mcgue, 1997, citado en Calderón, 2003)

### **3.3.2. Factores neuroquímicos**

A partir de los años 70, se han realizado estudios en torno a la teoría bioquímica predominante en la explicación del TDAH, es así como la hipótesis de las catecolaminas se basaba en los resultados auspiciosos de la medicación psicoestimulante en el tratamiento de la hiperactividad, efecto que se debía a la acción que los fármacos tenían sobre las vías dopaminérgicas y noradrenérgicas.

Actualmente, aún no es posible verificar esta hipótesis, es decir, no se ha llegado a una conclusión definitiva que explique la génesis de este trastorno desde esta perspectiva. (Calderón, 2003.)

Del mismo modo, diversas investigaciones han hipotetizado en torno a la etiología del TDAH, sin embargo, estas hipótesis han sido tomadas como certezas en el abordaje. Una predisposición genética en la etiología del trastorno, esta consistiría en una baja en el funcionamiento de las vías dopaminérgicas en la zona prefrontal y en el sistema límbico, implicados en el mecanismo responsable en la manifestación de los síntomas del TDAH. (Barkley, 1992).

Esta asociación con el TDAH se daría ya que en la zona prefrontal se encuentra gran parte de las terminaciones dopaminérgicas y cumple la función de recibir la información de otras zonas del cerebro, por esto establece conexiones tanto con la corteza motora como con los sistemas sensoriales y el sistema límbico. Desde el punto de vista conductual, la deficiencia de dopamina en la zona prefrontal se traduce en la incapacidad para controlar los impulsos y dificultad para planificar y llevar a cabo una secuencia de acciones destinadas a conseguir un meta y excesiva actividad motora, que son las características principales del TDAH.

Los resultados obtenidos en las investigaciones basadas en componentes neuroquímicos como explicación de la fisiopatología del TDAH no son concluyentes, ya que no logran demostrar una relación directa entre un tipo específico de neurotransmisor y los efectos sobre la conducta del niño.

### **3.3.3 Funciones Ejecutivas**

Dentro de las principales características que se han descrito del TDAH, una de las principales es la dificultad para inhibir impulsos. A partir de estos hallazgos, Barkley (1995) postuló que esta dificultad en la inhibición de impulsos, no permite que diversos procesos psicológicos puedan operar eficientemente, se trata de las funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas se relacionan directamente con una parte del lóbulo frontal, el área prefrontal, la que está vinculada con los ganglios de la base y el cerebelo.

Según señala Barkley (1998), *“las funciones ejecutivas son actividades mentales complejas necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas. Estas funciones empiezan a desarrollarse a partir del primer año de vida y continúan desarrollándose hasta la adolescencia”*. (Citado en Bauermeister s.f. ¶ 2)

Una función ejecutiva de gran importancia es la memoria de trabajo, comprende la habilidad para retener aquella información necesaria para guiar las acciones y recordar hacer las cosas en el futuro cercano. Otras funciones ejecutivas son la habilidad para autorregular las emociones y la motivación, así como la habilidad para solucionar problemas

En niños con TDAH, la dificultad para inhibir impulsos dificulta la labor de la función ejecutiva de memoria de trabajo. Lo que traería como consecuencia que sean niños distraídos, olvidadizos, desorganizados y vulnerables a no terminar las tareas que inician.

Si bien las investigaciones anteriormente descritas, se plantean a partir de hipótesis organicistas en relación a la etiología del TDAH, estas hipótesis han sido históricamente tomadas como certeza al momento de encontrar un origen al trastorno y posteriormente implementar un tratamiento. Llama la atención entonces que un trastorno que en sus orígenes se plantea como orgánico no encuentre en sus hipótesis aún una causa específica y de igual manera siga siendo esta la concepción predominante en relación a los orígenes del TDAH.

Janin (2004) refiere:

¿Qué molesta de estos niños?, ¿Por qué la insistencia de los trabajos médicos sobre la importancia de diagnosticar rápido para comenzar tempranamente con la medicación?, ¿cómo diagnosticar este trastorno cuando todo niño pequeño es desatento e inquieto? (Pensemos que uno de los indicadores es que el comienzo sea anterior a los siete años). (p.22)

### **3.4. TRATAMIENTOS PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD**

Las intervenciones que se han realizado a través de la historia con el TDAH no se rigen por un modelo único, por el contrario, se han enfocado desde variadas perspectivas.

A partir de los requerimientos que genera el MINSAL (2000), los tratamientos para niños diagnosticados con TDAH, se contempla las siguientes prestaciones:

- Evaluación y diagnóstico psicosocial
- Psicoeducación
- Apoyo emocional y entrenamiento en habilidades

- Información y entrega de material educativo al niño y familia
- Referencia a atención médica

Este tipo de tratamiento que se contempla dentro de la salud pública de nuestro país, es realizado principalmente por psicólogos, enfermeras y asistentes sociales.

A continuación se describen los tratamientos que hasta el momento han conformado las formas de intervención más habituales para manejar el TDAH:

#### ***3.4.1. Terapia cognitivo conductual***

Desde el paradigma explicativo cognitivo - conductual, el énfasis está localizado en el rol de las autoverbalizaciones como instrumentos mediadores que sirven de guía en la actuación, regulando y controlando la conducta.

Niños con TDAH muestran déficit en la mediación verbal y en sus habilidades de resolución de problemas que parecen contribuir a su pobre regulación. Estos niños muestran generalmente dificultades en controlar sus conductas, describiéndose como "actuar sin pensar", enfatizando sus deficiencias en las

habilidades del pensamiento y la planificación. (Shirk, 1996, citado en Pizarro, 2003, p. 20).

El entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas para el tratamiento del TDAH son considerados centrales en este enfoque. El entrenamiento autoinstruccional es usado para enseñar a los niños con TDAH a *“pensar antes de actuar a través de su entrenamiento para hablarse a sí mismos internamente y ayudándolos a enfocar y dirigir su conducta hacia las tareas”* (Meichenbaum, 2000, citado en Calderón, 2003, p.21).

#### **3.4.2. Terapia Conductual**

Desde el modelo conductual se postula que los síntomas de hiperactividad, impulsividad y dificultades de atención, *“son patrones de conductas desadaptativas y desajustadas que pueden ser modificadas de igual forma que cualquier otro desorden de conducta, a través de las técnicas basadas en los principios de aprendizaje”* (Pizarro, 2003, p.19).

Una característica de esta aproximación terapéutica conductual ampliamente usada, incluye la colaboración de padres y maestros. Los terapeutas entrenan a padres para usar economías de fichas, atención positiva para las conductas apropiadas, y tiempo fuera u otros castigos por los incumplimientos. Los profesores

pueden usar el manejo de contingencias en el aula administrando alabanza verbal y otros premios para las conductas atentas apropiadas y retiro de privilegios o castigos para las conductas indeseables.

A corto plazo, las intervenciones conductuales mejoran “*conductas focalizadas, habilidades sociales, y rendimiento académico en escenarios específicos, pero es menos útil reduciendo falta de atención, hiperactividad, o impulsividad*” (Pizarro, 2003, p.19). Las más grandes debilidades de la terapia de conducta son la falta de mantenimiento en el tiempo de las mejoras y fracaso para generalizar los cambios a otras situaciones distintas a donde el entrenamiento ocurrió.

### **3.4.3. Farmacoterapia**

De acuerdo a las exigencias del Ministerio de Salud (MINSAL 2000), el tratamiento farmacológico se aplica a los niños entre 5 y 15 años, tratamiento que se debe iniciar al menos tres meses después de realizado el diagnóstico de TDAH. Los medicamentos que actualmente contempla la atención pública son: metilfenidato (psicoestimulante), pemolina (estimulante SNC), anfetamina (estimulante SNC), amitriptilina (antidepresivo), imipramina (antidepresivo), tioridazina (antipsicótico neuroléptico y tranquilizante ansiolítico) y haloperidol (antipsicótico neuroléptico).

Actualmente, a nivel mundial la farmacoterapia con estimulantes es la intervención más común para el tratamiento del TDAH, en Norteamérica, con metilfenidato, liderando con un 62% de las prescripciones estimulantes, dextroanfetamina (DA) prescritas en un 23%, anfetamina con un 12% y pemolina con 3% (Pizarro, 2003). Estos medicamentos han demostrado ser eficaces a corto plazo para aliviar los síntomas centrales del TDAH, estimándose que un 70% de los niños con TDAH responden al tratamiento farmacológico favorablemente. (Purdie y cols., 2002).

La evidencia también muestra que los antidepresivos tricíclicos, pueden ser efectivos en el manejo de los síntomas del desorden, así como de los síntomas coexistentes de ansiedad o de un trastorno del estado del ánimo. No obstante, estos antidepresivos no parecen ser tan efectivos como los estimulantes. (Barkley, 2002).

Según los datos del Ministerio de Salud, en nuestro país uno de los medicamentos más utilizados en el tratamiento de este trastorno es el metilfenidato, más conocido por la marca comercial Ritalín, este psicoestimulante del sistema nervioso central se promueve como la cura para este trastorno. Frente a esta situación, observamos un claro contrasentido, ya que bajo la lógica farmacológica, nos encontramos con la cura de una enfermedad que en lugar de reducir su incidencia a través de los años, contrariamente ha aumentado de tal manera que hoy en día encontramos altos índices de niños con este diagnóstico y además ingiriendo estos fármacos.

Socialmente observamos que la manera en que la medicamentación, aparentemente “tan eficaz” en el tratamiento del TDAH elimina o reduce las molestias que el niño genera, así como su difusión cotidiana a través de los medios de comunicación, hacen que cada vez más quienes rodean al niño diagnosticado se sientan menos responsables sobre aquellos síntomas, ya que la causa está en el niño y la solución en la pastilla.

Al respecto Jersulinsky (2005) señala *“Nada más práctico que atribuir un gran conjunto de síntomas a una enfermedad (o síndrome) para cuya cura ya, anticipadamente, se cuenta -supuestamente- con el medicamento apropiado”*. (p.78)

Podemos considerar así también la manera en que las empresas farmacológicas han generado un negocio al presentar conductas propias de personas “sanas”, como patológicas, ubicando el tratamiento farmacológico como la solución más rápida y eficaz a sus problemas.

Rubén Roa (Citado en Rodulfo, s.f.) señala:

Una de las razones por las que la industria farmacéutica transnacional ha conseguido sus ganancias multimillonarias, ha sido su estrategia de vender a los sanos nuevas percepciones sobre lo que es una enfermedad. La industria ha hecho un marketing para transformar molestias comunes en todo tipo de enfermedades que las presentan como peligrosas y para las cuales ellas tienen

la solución [...] El desorden de falta de atención/hiperactividad ha sido otro éxito espectacular en transformar la percepción del público sobre un desorden de salud mental. Psiquiatras en las nóminas de los laboratorios han dado una explicación neurobiológica de esta condición y se han vendido medicamentos basados en anfetaminas, como por ejemplo Ritalina en grandes cantidades. Sin embargo, se diagnosticó con esta condición no solamente a niños con síntomas severos de hiperactividad o falta de atención sino a un número muchísimo mayor de niños inquietos o que se distraen en clase. (p.4)

El uso de la farmacología va unido a la concepción que se tiene de la manifestación sintomática que en ese momento presenta el niño. Sin embargo, desde una mirada psicoanalítica la propuesta va un poco más allá, es decir, bajo una lógica organicista como causal de la sintomatología, el tratamiento estará delineado por la medicamentación. El psicoanálisis propone más bien, una escucha particular al sujeto que ahí sufre, intentando rescatar el por qué de su malestar, en ese sentido propone algo más allá que silenciar el síntoma por medio de fármacos sin hacerse antes una pregunta al respecto.

En relación a esto Janin (2004) señala:

Nos preguntamos ¿la medicación dada para producir efectos de modo inmediato (efectos que se dan en forma mágica, sin elaboración por parte del sujeto), como necesaria de por vida, no desencadena adicción psíquica al ubicar una pastilla como modificadora de actitudes vitales, como generadora de un “buen desempeño”? (p.22)

### **3.5. EL NIÑO A TRAVES DE LA HISTORIA**

#### **3.5.1. Antecedentes**

Hasta el momento hemos realizado un recorrido por la evolución del concepto de hiperactividad infantil, su estatuto dentro de las clasificaciones diagnósticas, así como también una breve descripción de las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas en la actualidad. Si bien todo este recorrido ha sido necesario para comprender el estatuto del TDAH actualmente, de la misma manera consideramos necesario incluir una reflexión en torno al concepto de infancia al cual se hace alusión, pues como vemos, el TDAH y la infancia son conceptos que van unidos. Es así como desde una óptica psicoanalítica iniciamos este recorrido con la pregunta por el niño.

En relación a esto, Dolto (1986) señala:

Disciplinas como la sociología, la antropología, la literatura han intentado dar cuenta de lo que ha sido un niño en la historia de la humanidad. Buscando las huellas del ropaje del medioevo, encontramos a un niño disfrazado de adulto donde muestra comportamientos y actitudes de “personas mayores”, es decir el cuerpo del niño está completamente sepultado bajo su ropaje. Parece ser que su cuerpo necesita ser ocultado por una sociedad que quiere ocultar la infancia. La verdad anatómica es juzgada de indigna del hijo de Dios. (p.15)

Podemos ver durante el Siglo XVII el desconocimiento hacia la infancia, la cual no se representaba a través del arte, que es uno de los registros más importantes durante la época, sólo el tamaño los distingue de los adultos, pero en apariencia son lo mismo. Podemos pensar en una sociedad en que no existía espacio para la infancia. Un claro ejemplo de esta situación es la clásica escena plasmada en una pintura del Evangelio, en la que Jesús dice *“Dejad que los niños vengan a mí”*, *“el miniaturista agrupa alrededor de Jesús a ocho hombres verdaderos, sin ningún rasgo de la infancia, los cuales han sido simplemente reproducidos a tamaño reducido. Sólo su talla los distingue de los adultos”*. (Ariès, 1987, p.10)

La palabra del niño, era sin sentido, no decía nada. Es así como el término infantilismo se acuñó para señalar a adultos que no crecieron durante el siglo XVI. De este modo, la palabra del niño no era escuchada, ya que su palabra no denotaba valor alguno para el otro.

Es a partir de finales del siglo XVIII y principios del XIX, que los niños pasan a ser preocupación de entidades tales como la pedagogía y la salud. Observamos la presencia del niño en tanto objeto, objeto del adulto para manipularlo, mimarlo, vestirlo.

A partir del desarrollo de las ciencias, el niño se hace objeto de estudio de la pediatría y la pedagogía. Siendo sus preocupaciones principales, el que no tenga dificultades orgánicas y se desarrolle adecuadamente, así como, que se adapte a las exigencias que se imponen socialmente, desde la pedagogía.

Illanes (1991) señala en relación a la escuela:

Allí habitaba la mente y el espíritu; un espacio normativo, con autoridades de puntero, horarios y hábitos; que trabajaba imaginando futuros, en la perspectiva de la sociedad organizada y sedentaria: sobre la silla junto a la mesa. Era el recinto de los niños civilizados, es decir, “conocidos”, normados, propios de la patria y de la familia, propios de la sociedad y la ciudad. (p.21)

Del mismo modo, en la historia podemos observar como ha sido el trato que se ha dado al cuerpo y los movimientos corporales del niño. A través de los diferentes discursos históricos, podemos extraer y caracterizar la posición del cuerpo y el movimiento en la cultura. Cuestión relevante si pensamos en los movimientos corporales que se presentan en un niño y más aún en niños que a partir de esos movimientos son diagnosticados como TDAH.

En relación a esto, Levin (1995) sostiene que a través de la historia es posible encontrar diferentes ejemplos que dan cuenta de la manera en que los adultos han querido controlar los movimientos infantiles, a través de diversos tipos de recursos. El fajamiento infantil viene a ser un fiel representante de esta situación.

De Mause (1991) manifiesta:

“Y por su blandura las piernas del niño pueden fácilmente y muy pronto angularse y curvarse y tomar diversas formas. Y por ello los miembros y piernas de los niños se sujetan con vendas y otras trabas ordenadas a fin de que no se tuerzan, ni se deformen.” (p. 29)

Es el cuerpo del niño, donde se utilizan fajas, vendas, con el fin de organizar y esquematizar el cuerpo y sus movimientos. Cuerpo que será el mismo donde el niño se deberá reconocer a partir de la imagen que le otorgara el yo. El lugar del cuerpo a

través de la historia del niño, da cuenta de la relación estructurante del niño con su cuerpo.

A finales del siglo XIX, podemos observar una preocupación por lo psíquico en el niño, Freud (1901) es quien reconoce al niño en tanto sujeto, un ser sexuado. Se le otorga al niño el estatuto de sujeto y en especial, la sexualidad infantil. De esta forma el tema de la sexualidad infantil se convierte en un cuestionamiento a la sexualidad del adulto.

A partir de las observaciones clínicas realizadas por Freud en su trabajo con la histeria, pudo establecer referencias de lo infantil en el adulto. Freud (1901) señala que *“los síntomas histéricos eran efectos persistentes de traumas psíquicos; particulares condiciones impidieron la elaboración conciente de las masas de afectos que les correspondían, y por eso ellas facilitaron una vía anormal en la inervación corporal”*. (p.264)

Posteriormente, se instaura una nueva dimensión en el psicoanálisis con niños, a partir de los aportes de las psicoanalistas infantiles Françoise Dolto y Maud Mannoni. Estas autoras se toman de los aportes realizados por S. Freud y especialmente por J. Lacan para otorgarle al niño un estatuto de sujeto, el cual está inserto en el lenguaje, es hablado por otro, sujeto en constitución.

A partir de esto es que el niño, en tanto un sujeto hablante, es considerado como un sujeto que tiene algo que decir y es alejado de la posición de objeto en la que anteriormente era reducido.

### **3.6. APORTES DEL PSICOANALISIS A LA COMPRESION DEL TDAH**

Dentro de la teoría psicoanalítica, no es posible encontrar elementos teóricos que den cuenta directamente del TDAH. Sin embargo, podemos remitirnos a los conceptos que desde la teoría dan cuenta acerca de la constitución del niño como sujeto, la relación con los otros y la apropiación de su propio cuerpo. Elementos fundamentales que permiten comprender la manifestación psicomotriz. Además se incorporaran elementos pertenecientes a la Psicomotricidad. Iniciamos entonces el recorrido con los elementos históricos que dan cuenta acerca de los orígenes de la psicomotricidad.

#### **3.6.1. Aspectos Históricos de la Psicomotricidad**

En un principio, señalamos que dentro de los aspectos epistemológicos que dirigen esta investigación, se encuentra la psicomotricidad, como elemento que nos permitirá comprender las manifestaciones motrices de niños que habitualmente son diagnosticados como TDAH.

Al pensar en la hiperactividad motriz, necesariamente nos remite al cuerpo, lugar en que las manifestaciones son representadas, de esta manera la psicomotricidad posibilita entender a que cuerpo nos referimos.

Históricamente, la psicomotricidad ha tenido un recorrido, que según Levin (1991), estaría representado por tres cortes que delinearían el trabajo clínico.

En un primer corte epistemológico, se observan las prácticas reeducativas, relacionadas con una concepción de paralelismo mental- motor. En este momento la influencia de la neuropsiquiatría es fundamental, ya que el trabajo clínico se centra en un trabajo enmarcado en lo motor, el cuerpo es visto como una herramienta que presenta “fallas” que hay que regular a partir de la reeducación.

En un segundo corte epistemológico, existiría a partir de los aportes de la psicología genética un paso de lo motor al cuerpo. En este momento ya no se trata de reeducación, sino de una terapia psicomotriz, que se ocupa, observa y opera en un cuerpo en movimiento, que se desplaza, que construye realidad, que conoce a través de sus movimientos.

En este momento la preocupación se centra en el cuerpo como globalidad, de esta forma, el cuerpo estaría determinado por tres dimensiones, instrumental, cognitiva y tónico-emocional.

Finalmente, en un tercer corte epistemológico y a partir de los aportes de la teoría psicoanalítica, se efectúa un cambio fundamental, ya que la psicomotricidad ya no centra su mirada en un cuerpo en movimiento, sino más bien, en un sujeto con su cuerpo en movimiento.

Si bien la psicomotricidad se centra en el cuerpo y sus tres dimensiones, también considera lo inconsciente, de esta forma, a través de la transferencia que se genera en el espacio psicomotor se posibilita el analizar y descifrar, para permitir que se despliegue el sufrimiento que el niño vive en su cuerpo.

La psicomotricidad, por lo tanto nos permite pensar en el TDAH, como un conflicto que el niño expresa a través de lo psicomotor. A continuación, a la luz de los aportes de la teoría psicoanalítica realizaremos una revisión por los conceptos que dan cuenta del recorrido que el niño efectúa hasta su advenimiento como sujeto.

### **3.6.2. El niño y el Psicoanálisis**

Al iniciar este recorrido, nos preguntamos qué es un niño, pregunta nada fácil, que desde el psicoanálisis nos remite a ciertos conceptos y así llegar a comprender de qué manera el niño deviene sujeto. De esta manera, para entender qué es un niño, debemos remontarnos más allá de su nacimiento, lo que precede su existencia, es decir, el mito familiar.

### 3.6.2.1. Mito Familiar

Dentro de la estructura familiar, el mito se ubica en su interior. Es a partir de las prácticas familiares, actos, lenguaje, ideología, normas, etc. que podemos observarlo, el mito representa un conjunto de significantes dispuestos.

Sobre la estructura del mito, Quevedo (2001) dirá:

El mito familiar posee la estructura que subyace a los mitos en general, es decir no se presenta como una historia ordenada, que se traspa de generación en generación. Por el contrario, siguiendo a Lévi-Strauss podemos pensar que el mito tiene un orden por detrás de aquello que se nos presenta desordenado, pero en su estructura, el mito tiene ciertos elementos invariables que se van repitiendo, sea en los trozos de mito así como en las diferencias que las varias producciones míticas reproducen a partir de los mitos originales. (p.9)

Al pensar en el niño, necesariamente nos estamos refiriendo a su vez al mito que lo precede, el cual se constituye a partir del deseo de los padres por ese niño. La prehistoria permite al niño insertarse previamente en el discurso, discurso familiar que proporciona un lugar.

Para Rodolfo, es importante pensar ¿Dónde viven los niños?, ya que el lugar al que llega el niño al momento de nacer, es también espacio de la cultura, espacio simbólico.

Rodolfo (1989), en relación al mito señala:

Entendemos por mito familiar, que se puede caracterizar por lo que un niño respira allí donde está colocado; mito familiar entonces homologable en su función al aire, al oxígeno, homología que apunta más a lo isomórfico que a lo meramente análogo. Lo que se respira en un lugar a través de una serie de prácticas cotidianas que incluyen actos, dichos, ideogramas, normas educativas, regulaciones del cuerpo, que forman un conjunto donde está presente el mito familiar. (p.36)

La importancia de comprender el mito familiar, radica en que a partir de él podemos comprender lo que es un niño, el niño habita en el mito familiar, se encuentra tomado por el mito y es hablado por él, de esta manera podemos pensar en los niños que aparecen en el lenguaje de los padres con el rótulo de TDAH, como una forma de organizar a ese niño. Es decir, la manera en que ciertos significantes representan a un niño. El niño toma los significantes del mito familiar, porque es ahí justamente donde él vive.

Quevedo (2001) señala:

Cuando escuchamos en la clínica a un niño y a sus padres vamos a descifrar en sus discursos, trozos de mito. Tal vez la cuestión sea comprender cual es el lugar del niño en ese mito, cómo y desde donde replica en él y de qué modo, puesto que todo niño vive en un mito familiar y en él se escucharan las replicas del fantasma de los padres, que investidas en el hijo, anticipan y disponen el lugar que ese niño tomará en la economía deseante de la pareja parental. (p.11)

El mito familiar ubica al niño en el circuito deseante que le otorga un lugar desde antes de nacer, desde antes de su nacimiento el niño ya existe. Es así como, cuando el pequeño llega al mundo, será necesario ser capturado por Otro (generalmente representado por la madre), quien otorgara un lugar, a través de su deseo, de lo que el niño representa. Es así como distinguimos el proceso mediante el cual nace un sujeto.

### **3.6.2.2. El Niño y el Deseo**

Si tomamos en cuenta el mito familiar, para poder comprender lo qué es un niño, diremos entonces que un niño es *“el efecto de un mito que se sostiene en el deseo de los padres.”*(Quevedo, 2001, p.13)

A partir de los desarrollos del psicoanálisis, sabemos que el deseo que los padres depositan en el niño, juega un papel primordial en su advenimiento como sujeto.

Cuando hablamos del niño en psicoanálisis, estamos aludiendo a la mitología que lo precede, a un circuito deseante, que se constituye a partir de los padres en relación a ese hijo en particular. Al decir niño, nos estamos refiriendo a una estructura en constitución y que necesariamente requiere de ciertos tiempos lógicos.

Podemos señalar, que la relación del niño con su madre precede incluso el nacimiento, ya que antes del nacimiento del niño, ya existe en el imaginario de la madre, desde antes que el niño nazca, su madre ya imagina el cuerpo de su hijo, imagina un cuerpo sexuado y unificado, además la madre piensa a su hijo como cuerpo en movimiento, como señala Auglanier, *“la relación madre-hijo precede al nacimiento del niño, y que desde el embarazo, el niño tendrá un lugar en el inconsciente materno como objeto de deseo”*. (Citado en Quevedo, 2001, p. 16)

De esta manera, la relación que la madre establece con su hijo es a partir de lo que la madre rescata de ese cuerpo real en desarrollo, para convertirlo en un cuerpo imaginado.

Para comprender el advenimiento del sujeto, debemos señalar la existencia de un Otro (por lo general, la madre), que a través de una relación que va desde lo

simbiótico con el niño hasta su renuncia, le permite otorgar un sentido a su existencia. En este momento, el niño y su madre son uno solo, el niño no distingue su propio cuerpo, ni interno, ni externo, de esta forma, para el niño todo es madre.

El niño que nace, será parte del mito familiar que ahí se encuentra, y este le otorgará una cierta posición a ese niño, es decir, el que nace queda significado a una cierta posición. Al respecto, Rodolfo (1989), cuestiona ¿para qué? es deseado un niño, señalando que son tres las posibles posiciones que se le pueden otorgar al niño, no como una clasificación, ya que suelen coexistir con distintas prevalencias. De esta manera, señala que el niño puede situarse en el lugar de falo, de síntoma o de fantasma, se subentiende la coexistencia de estas tres posiciones en una dinámica.

Rodolfo (1989) refiere:

La más clásica para el psicoanálisis es la del niño como falo, clasicismo que no ha impedido re TRABAJARLA últimamente, a la cual añadimos la del niño como síntoma (que a partir de la década del 1960 se popularizó de modo un tanto unilateral), emergente de un conflicto cuyo centro se encuentra en el lado de los padres. Por último, menos conocida, la del niño como fantasma, acaso la más riesgosa (si impone su predominio) para el sujeto, ya que lo conduce a perpetuarse en un puro objeto de goce para el Otro (mito familiar y/o discurso de los padres). (p.76)

Lacan (1957) señala que *“el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático de la estructura familiar. En este sentido el síntoma estará representando la verdad, verdad de la cual no se quiere saber, de dicha estructura familiar”* (p.55). De esta manera, la sintomatología presente en el niño, vendría a mostrar la problemática existente en la estructura familiar, problemática que se manifiesta a través del niño.

En relación a la falización temprana, podemos señalar, que el ser falizado implica el medio a través del cual el niño se desarrollara como sujeto, su apropiación simbólica, su estructuración subjetiva. El ser falizado, implica necesariamente para el niño, ser incorporado a un circuito de deseo. *“falización implica, nada menos, que un niño quede marcado como ser deseado. Llamamos falización exactamente a esta marca, marca que retorna en esas expresiones donde se habla tan eróticamente de un bebé (...)”* (Rodulfo, 1989, p.78)

De esta manera, entendemos que el ser falizado para el niño es un medio esencial para su desarrollo como sujeto, para su apropiación simbólica, para su estructuración subjetiva. Sin la falización, es muy improbable que un individuo llegue a poseer un cuerpo erógeno, marcado por el deseo. Entendemos que no basta necesariamente con las atenciones del orden biológico, ya que libidinalmente, lo que el niño necesita es ser marcado por un Otro.

Para que el niño advenga sujeto deseante, es necesaria la inclusión de otro que desee. Como dijimos anteriormente, la cría llega al mundo y necesita ser sostenida por otros. Guillerault (2005) señala que la madre es quien otorga respuestas a la necesidad manifestada por el niño a través de llanto o movimientos, dando un significado a estos, al responder otorga al niño satisfacción que transforma la necesidad en deseo. En el deseo de aquello que recibió, la gratificación de la madre o sus palabras. A partir de esto surge el deseo, como una demanda dirigida a otro. El deseo por lo tanto, implica una falta y un movimiento hacia el encuentro de ese otro que lo haga desear.

### **3.6.2.3. El Cuerpo y el Otro**

Dentro del campo de la psicomotricidad, se sostiene que la organización psicomotriz y sus fallas se vinculan estrechamente con la manera en que cada sujeto ha tramitado su propia constitución de la imagen del cuerpo y la apropiación de este, de aquí podemos comprender las dificultades de algunos niños y su motricidad.

El pensar en niños que habitualmente a partir de su comportamiento “demasiado” inquieto, son diagnosticados con TDAH, nos remite necesariamente a las conceptualizaciones relacionadas a la estructuración del sujeto. De esta forma se hace preciso plantear de qué manera el niño llega a adquirir su cuerpo como propio.

A partir de los planteamientos de Levin (1991), podemos señalar que en relación a cómo el niño finalmente adquiere el dominio de la motilidad de su propio cuerpo, se encontrará siempre ligado al campo de lo especular, la imagen del cuerpo y la relación con el Otro.

Una vez que el bebé nace, sabemos que el cuerpo no se encuentra constituido, por el contrario, él mismo debe constituirse. Este movimiento, requiere de Otro (la madre como función), ya que la cría por si sola se encuentra inmadura y sin otro no se podrá constituir como cuerpo subjetivado.

La madre, será quien brinde al niño los cuidados, pero además es quien desea y estimula, es decir, la madre realiza una demanda al niño. Al respecto Levin (1991) sostiene *“Esta demanda del Otro rompe el estado de necesidad con el que nace el niño (pasaje del cuerpo de la necesidad al cuerpo pulsional).”* (p.48)

De esta forma, podemos entender que para el niño, el cuerpo es presentado por Otro, la posibilidad de que el niño pueda conocer su propio cuerpo no depende de él, ya que para conocer y conocerse, depende de Otro.

En relación al encuentro del niño y la madre Levin (1991) explica:

“Es el Otro que va creando en ese cuerpo cosa: agujeros, bordes, protuberancias, tatuando de este modo un mapa corporal producto del deseo

del Otro, que lo erogeniza, lo pulsionaliza, es decir, crea en el cuerpo una falta, una manera, una forma de faltarle algo. Estas faltas primordiales generan la caída de este cuerpo cosa, carne, puro real, que al caerse se reencuentra sujeto al Otro. Estas marcas, estas maneras de faltarle algo en el cuerpo, lo transforman en un cuerpo erógeno y simbólico.” (p.48)

Para posibilitar que el niño distinga y diferencie el yo, no yo, será necesario un proceso a través del cual asumirá una imagen presentada como suya.

#### **3.6.2.4. El Estadio del Espejo**

Desde el psicoanálisis y a partir del modelo del estadio del espejo, podemos observar una situación diádica entre el niño y su madre y la manera en que el niño efectuará el paso de poder asumir una imagen presentada como propia. La importancia que para nuestro tema tiene este modelo, radica en que desde la psicomotricidad se sostiene que es aquí en donde se producirían las fallas que dan como resultado el trastorno psicomotriz, es decir, las fallas en el proceso de apropiación del niño de su propia imagen corporal, el paso de ser uno con la madre a efectuar un corte que delimite su espacio como sujeto.

El estadio del espejo involucra como dijimos anteriormente, una situación diádica entre el niño y su madre, en donde el niño descubre su yo reflejado en la madre, de esta forma el niño se identifica con el deseo de su madre. Esta relación

imaginaria, conlleva al niño a pensar que será él quien podrá colmar el deseo materno, sin embargo, a través de la incorporación del padre este imaginario será roto, quien muestra al niño que la madre desea algo que va más allá de él mismo, la madre desea algo más que ese hijo, se rompe así la relación que hasta ese momento se establece entre madre e hijo, relación dual, confusa, alienante, para dar paso al orden simbólico.

El estadio del espejo es definido por Laplanche (1967) como:

Según J. Lacan, fase de la constitución del ser humano, situada entre los 6 y 18 primeros meses; el niño, todavía en un estado de impotencia e incoordinación motriz, anticipa imaginariamente la aprehensión y dominio de su unidad corporal. Esta unificación imaginaria se efectúa por identificación con la imagen semejante como forma total; se ilustra y se actualiza por la experiencia concreta en que el niño percibe su propia imagen en un espejo. La fase del espejo constituirá la matriz y el esbozo de lo que será el yo. (p. 146)

Consideramos pertinente realizar una revisión a este modelo, ya que a partir de la relación que el niño establece con la madre durante el espejo, se produce la formación del Yo mediante la identificación. A partir de la identificación con la propia imagen especular se establece la formación del yo. El espejo es lo que permite al sujeto la integración motriz por el sujeto de su propio cuerpo.

Lacan (1957) señala que el estadio se ubica alrededor de los seis a los dieciocho meses, y es este un momento fundante mediante el cual el niño tendrá la posibilidad de ser uno, pudiendo así diferenciarse de los otros.

Según Lacan (1957):

El estadio del espejo es el encuentro del sujeto con lo que es propiamente una realidad, y al mismo tiempo no lo es, a saber, una imagen virtual que desempeña un papel decisivo en cierta cristalización del sujeto (...) la imagen del cuerpo se conquista como algo que a la vez existe y no existe, con respecto a lo cual el niño sitúa tanto sus propios movimientos como la imagen de quienes lo acompañan frente al espejo. El privilegio de esta experiencia es que le ofrece al sujeto una realidad virtual, irrealizada, captada en cuanto tal, por conquistar. Toda posibilidad para la realidad humana de constituirse pasa literalmente por ahí. (p. 232)

El estadio del espejo nos habla de una forma de captura imaginaria del niño por una imagen externa a él, a pesar de su inmadurez sensorio-motriz propia de su edad cronológica. De esta manera la imagen especular recibida le provee una forma de su propio cuerpo, así, el niño se identifica a esta imagen que se encuentra fuera de él, dando paso así a un nuevo dominio del cuerpo.

A través del estadio del espejo, se establece una experiencia fundamental, el niño se identifica en la imagen de su propio cuerpo, siendo esta identificación la que promoverá la estructuración de su yo.

Al respecto, Dolto señala que una característica importante dentro de la experiencia especular se refiere al aspecto relacional de ella. A través de imágenes (fantasmas anticipatorios), el niño puede suplir provisionalmente la ausencia del otro, que es indispensable para su supervivencia.

Sin embargo, Dolto (1986) señala:

Si la falta de este otro se prolonga por un tiempo excesivo hay obligatoriamente esbozo de regresión, sólo observable entonces en una exagerada somnolencia del bebé. Si se trata de una regresión traumática, surgen en la imaginación del niño pulsiones disociadas de todo fantasma de imágenes de funcionamiento. Entonces comienzan a predominar las pulsiones de muerte del sujeto” (p.120)

Para la conformación del pre-Yo del niño, Dolto (1986) sostiene que se originará a partir de la dialéctica de la presencia-ausencia que el niño establece con su madre, *“dentro del continuo asegurador de una percepción progresivamente asociada a la presencia prometida, esperada y reencontrada, en el seno del medio espacial y temporal del ser en el mundo, y por la memorización del lenguaje”* (120)

De esta forma, el niño que oye se conocerá a si mismo a partir de quien le habla, a partir de las palabras dirigidas y oídas por él una y otra vez. *“Ese reencuentro lo personaliza, representado como está, auditivamente, por los fonemas de su nombre pronunciado por esta voz, por estas percepciones que él reconoce y que constituyen la especificidad de esa persona (la madre) repetitivamente reencontrada.”* (Dolto, 1986, p.121)

La experiencia del espejo otorga al niño la posibilidad de ver la apariencia de otro desconocido, la imagen de un bebé como el sujeto ha podido ver otras en el espacio y que él ignora como propia.

Dolto (1986) refiere:

La imagen escópica cobra sentido de experiencia viva tan sólo por la presencia, al lado del niño, de una persona con la cual su imagen del cuerpo y su esquema corporal se reconocen, al mismo tiempo que él reconoce a esta persona en la superficie plana de la imagen escópica: ve el niño desdoblado en el espejo lo que él percibe de ella a su lado, y puede entonces avalar la imagen escópica como la suya propia, pues esta imagen le muestra, al lado de la suya, la del otro.(p. 122)

El estadio del espejo, es para el niño según Dolto (1986), lo que permitirá al sujeto la integración motriz por el sujeto de su propio cuerpo.

Es la madre quien funciona para el niño como un primer espejo, porque ella también se reconoce en el cuerpo y los movimientos del niño, de esta forma, el niño cumple la función de espejo para su madre y ya que la madre se reconoce en el niño, será posible que él se reconozca y se apropie de su cuerpo a través de ella. El cuerpo cumple así una posición de referente y diferencia.

La situación del juego de doble espejo, es denominada por Levin (1995) “*el niño funciona como espejo para su madre; y la madre, al reconocerse en el cuerpo de su hijo, funciona como espejo para su hijo*” (p. 46)

Además, sostiene que una característica importante del doble espejo como imagen virtual, es que la madre se constituye como una imagen en falta, imagen agujereada. De esta forma la imagen de la madre otorga al niño unidad pero no completud.

Podemos entender a partir de lo que Dolto (1986) sostiene, que cuando el niño se identifica al otro da un paso, adquiriendo conciencia de si mismo y por tanto la apropiación de su cuerpo.

Observamos que a partir de la mediación del Otro se instituye la imagen del cuerpo con la que se identifica el infans y se conforma el yo. Entendemos que la imagen inconsciente del cuerpo no se desarrolla, es constituyente, se estructura. Así

como el esquema corporal se desarrolla sobre la base de esa imagen (presentación), funcionando como representación.

Al hablar del cuerpo, necesariamente debemos hacer la distinción de lo que se denomina esquema corporal e imagen del cuerpo.

Dolto (1986) señala:

El esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana, la imagen del cuerpo por el contrario, es propia de cada uno: esta ligada al sujeto y a su historia. La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. (p. 21)

El niño conoce a través de su cuerpo, y sin el no existe inscripción ni conocimiento significativo que sea posible. En relación a esto Levin (1995) sostiene “*El saber del Otro se estructura en la infancia jugando con el cuerpo. El jugar se sustenta en una falta de saber: es por y en ese agujero de saber que el niño juega y fabrica su desarrollo psicomotor*”. (p. 98)

En conclusión, podemos observar que frente a la experiencia del espejo el niño hará un pasaje por tres tiempos, es decir, en un primer tiempo el niño percibe su propia imagen como imagen de otro niño, su semejante, un ser real, imagen a la cual

intentara acceder y atrapar. En un segundo tiempo el niño se da cuenta que esta imagen no corresponde a un ser real, sino que el del espejo es una imagen y desistirá en atraparlo. Finalmente, en el tercer tiempo, el niño descubre que esa imagen en el espejo es su propia imagen, unificando la dispersión corporal a partir de la representación unificante de su imagen del cuerpo. De esta forma, el niño genera un espacio y un cuerpo diferente al materno, a través del movimiento, el niño pasa de ser uno con la madre, a poder distanciarse de ella, del mismo modo ocurrirá en la madre. Se produce un tránsito que va desde lo alienante hacia la separación y la diferenciación.

Pernicone (2005) sostiene que a partir del momento en que el niño logra salir de la relación especular con la madre, logra además el dominio motriz y el manejo de su cuerpo adquirido ahora como propio y diferenciado, produciéndose en él una tensión agresiva, que será la que permitirá la separación de la relación simbiótica con la madre. A nivel corporal se relaciona con actividades como la exploración del mundo más allá de ella, de esta forma el niño emplea gran cantidad de energía destinada al placer de su cuerpo recorriendo, saltando y trepando a través del espacio, efectuando un movimiento de alejamiento de la madre.

A partir del movimiento que lleva al niño a salir de la relación de alineación con el Otro, diferenciándose. El niño pasa de una relación alienante que sin su existencia no podría haber devenido como sujeto.

Es durante esta transición, de ser uno con la madre, a soportar su ausencia que el niño recurre a un determinado juego, movimiento que origina el primer espacio fuera del cuerpo de la madre, el juego del Fort-da.

Freud (1920) señala:

El niño tenía un carrito de madera atado a una cuerdecita y no se le ocurrió jamás llevarlo arrastrando por el suelo, esto es, jugar al coche, sino que teniéndolo sujeto por el extremo de la cuerda, lo arrojaba con gran habilidad por encima de la barandilla de la cuna, forrada de tela, haciéndolo desaparecer detrás de la misma. Lanzaba entonces su significativo o-o-o-o, y tiraba luego la cuerda hasta sacar el carrito de la cuna, saludando su reaparición con un alegre <aquí>. Este era, pues, el juego completo: desaparición y reaparición, juego del cual no se llevaba casi nunca a cabo más que la primera parte, la cual era incansablemente repetida por sí sola, a pesar de que el mayor placer estaba indudablemente ligado al segundo acto.(p. 242 )

Una posibilidad que introduce el juego del Fort-da, es incluir en este encuentro entre dos a un tercero, un más allá, ya que entre dos hay un tercero que circula (el padre), y será eso lo que el niño advierte con el juego del carrito.

El juego del Fort-da, permite al niño pasar de un dominio imaginario del cuerpo a ejercer sobre él, un dominio simbólico. En referencia al Fort-da, Levin (1995)

sostiene “*Juego primordial, conquista simbólica que marca el cuerpo del niño, posibilitando representar la ausencia en la presencia y la presencia en la ausencia*”.  
(p. 58)

En este sentido, podemos observar como el cuerpo del niño paulatinamente comienza a separarse del cuerpo materno, llegando a la autonomía de su cuerpo, dejando atrás la relación alienante y fusional que hasta ese momento existía junto a su madre.

La importancia para nuestro tema radica en comprender de qué manera el niño efectuará el paso de ser uno con la madre a finalmente poder separarse del cuerpo materno, lo que implica de parte del niño, el poder apropiarse de su propio cuerpo y sus movimientos.

#### **3.6.2.5. La Inestabilidad Psicomotriz**

Dentro del área de la Psicomotricidad, Ajuriaguerra (1974), consideró que los Trastornos Psicomotores no necesariamente tienen un origen orgánico, sin embargo no excluye la posibilidad. De esta forma, para el autor la hipótesis orgánica tenía el mismo valor que la hipótesis relacional- ambiental como factor causal.

Bajo una mirada psicomotriz, el origen del trastorno psicomotor se encontraría dentro de un área que comprende diferentes problemáticas, entendidas como fallas en el proceso de inicio y constitución del proceso de individuación.

Dentro del trastorno psicomotor, se observa la inestabilidad psicomotriz, donde podemos encontrar características similares a las de los niños diagnosticados con TDAH, es decir, discontinuidad en los juegos, dificultad en inhibir los movimientos tornándose difícil la posibilidad de mantenerse tranquilos.

Para Bergès (1974), la inestabilidad psicomotriz es posible de distinguir en dos grupos, los llamados estados de tensión y los estados de dehiscencia, destacando dos aspectos: motor y postural. De esta forma, los estados de tensión corresponden a niños que presentan una gran tensión, contracción muscular, impulsividad. Los estados de dehiscencia serían lo opuesto a lo anterior, es decir, son niños hipotónicos, corporalmente flexibles. En ambos casos lo que intenta el niño es por algún medio generar su espacio, construir un cuerpo, de manera inestable, a través de movimientos desorganizados, lo que finalmente termina por ligarlos a una situación sin corte.

Desde la psicomotricidad, podemos comprender el TDAH, como inestabilidad psicomotriz. De esta manera la perturbación expresada en inestabilidad se encuentra a la vista de los otros, el cuerpo y sus movimientos corporales son visibles para la mirada de los padres.

El niño con TDAH, da a ver a través de su cuerpo algo que está ahí para ser mirado, para transformarse en preocupación para otros, situación que los ubica en un lugar diferente, son niños diferentes al resto y son tratados a partir de la diferencia. Por ejemplo, se les excluye de ciertas actividades escolares por su inquietud. Al respecto Levin (1991) sostiene *“El síntoma psicomotor, entonces, se ubica de manera tal que está a la vista del Otro, y allí el Otro goza mirando y manipulando este cuerpo”* (p. 139)

De esta forma, según el autor, en el niño lo que se encuentra desorganizado, es la imagen corporal, que al no estar mediada por un tercero se encuentra sujeta al Otro; al niño se le presenta un cuerpo y se le otorga, pero continúa necesitando de otro para moverse, o el otro necesita de sí. Así, el síntoma psicomotor es la manera que tiene el niño de separarse, la perturbación psicomotriz no permite al niño apropiarse de su propio cuerpo, continuando unido a una relación que se establece a través de la mirada, en tanto cuerpo y movimiento dado a ver.

Levin (1991) señala:

Así el niño no termina de apropiarse de él, y al no poder delimitar claramente un espacio simbólico, de separación, queda unido al Otro (encarnado en la madre) por las actitudes, las posturas, los movimientos corporales, las producciones del cuerpo que son dados a ver en el campo del goce, de la ausencia de lo propio, de la unión gozosa con el Otro. (p. 140)

Comprendemos que lo que existe es una falla durante la operación del Fort-da, juego primordial, es decir una falla en poder delimitar un espacio simbólico.

Levin (1991) refiere:

Es el descubrimiento de la castración en la madre lo que introduce a otro personaje: el padre, con su posibilidad de nominar, de ordenar. Es esta introducción del padre, esta primacía del decir paterno lo que falla y delinea esta estructura que subyace y determina el síntoma psicomotor. (p. 140)

En palabras de Bergès (1990), podemos sostener que el síntoma del niño inestable psicomotor se manifiesta en el cuerpo y se da a ver a la mirada del otro, el síntoma busca el corte, pero lo evita a la vez, uniéndolo al otro por la mirada que insiste allí una y otra vez.

Lo que el movimiento, a los ojos del resto viene a constituir una molestia por parte del niño, no es otra cosa más que el intento por parte de él de poder establecer un espacio, su propio espacio, su cuerpo, mediante la inestabilidad corporal se intenta establecer un corte, sin embargo esto solo posibilita seguir cerrando la posibilidad de su constitución como sujeto.

Levin (1991) señala:

Estos rasgos, estos problemas tónicos, motrices, posturales, relativos al esquema y la imagen corporal en el niño inestable son dados a ver a la mirada del Otro. Su agresión, su discontinuidad y necesidad de movimiento son dados a ver al Otro (cuerpo materno) del cual no puede separarse, generándose en él una posición dada a ver, para que no aparezca su posición en tanto sujeto deseante, dependiendo así del Otro. (p. 143)

Esta dependencia que Levin (1991) señala, es claramente observada en la relación que el niño inestable establece con el Otro, será él quien anticipa los movimientos del niño, teniendo bajo su control lo que puede decir o hacer.

Levin (1991) sostiene:

Desde el Otro encarnado en la madre, este niño ocupa un lugar de “objeto”, con el cual se goza, objeto revoltoso y movedizo que hay que mirar constantemente. Así queda expresado en el decir de los padres: “mi hijo no puede estar solo porque siempre se está moviendo y se puede lastimar”, o “siempre tiene que estar con alguien”, “no tiene límites”, “no se queda nunca quietito”. (p. 143)

El niño, en esta situación se encuentra ligado al Otro a través de la mirada, se evita la diferencia, el niño es tomado por el Otro, se evita la apropiación del cuerpo, de esta forma no se da paso a que el niño pueda crear un espacio y un cuerpo diferente al resto. Es por eso que el niño en su intento, busca un lugar, siendo inestable, intentando marcar la diferencia a través del movimiento, defendiéndose a través del movimiento. En relación a esto Bergès (1990) señala “*La inestabilidad viene a constituir el síntoma, el compromiso entre este estado de tensión y la vida fantasmática.*” (p.16)

Las producciones del cuerpo, ya sea por su exceso o por la imposibilidad de organizar el movimiento, suponen un retorno de la mirada y del hacer del otro sobre su cuerpo. De esta manera se establece una dialéctica entre el niño y la madre, los movimientos y su inestabilidad lo ligan a su madre continuamente, poniendo en juego la separación, es decir, la no separación, la mirada de la madre y el hacer de su madre puestos en su cuerpo. Es así como el niño al no poder terminar de apropiarse de él y no poder delimitar un espacio simbólico, una separación, queda unido al Otro, a través de las posturas y los movimientos que son dados a ver.

Bergès (1990) señala:

El niño es tomado en el control remoto de la madre y si se le retira la mirada, el deseo inconsciente de la madre se realiza y el niño hace una tontería. No se puede retirar los ojos ¿Pero ustedes conocen algo que no pueda retirar los

ojos? Si no el deseo más duro. Si no son escuchados, es la motricidad la que viene para remplazar las palabras, que nunca ha escuchado: es lo que se llama el pasaje al acto. El pasaje al acto, no quiere decir que paso a la acción, quiere decir que paso del lenguaje que no puede utilizar a la acción (...) En esa palabra de pasaje, es preciso que ustedes escuchen, he pasado por ahí porque no podía pasar por otro lado. Es porque estoy privado de la palabra (porque no se me escucha) que paso al acto. (Pág.6)

Lo que tenemos en frente es un síntoma psicomotor que expresado en el cuerpo impide el proceso de subjetivación en el niño, impide el corte. Corte que delimite espacio, separe y marque una deferencia con la madre. Se produce un impedimento en la constitución de ese cuerpo, de esta forma, en sus actos el niño se muestra torpe. Una de las consecuencias que podemos observar a nivel psíquico en el niño, es su desmotivación, lo que comúnmente se denomina como déficit, déficit en el pensamiento, déficit en la atención.

Consideramos que lo que en el niño hiperkinético se presenta en desconocimiento se relaciona precisamente con el hecho de estar aún en el Otro y no en si mismo, situación que deriva en que el niño aún no sea capaz de pensamiento abstracto. Untoiglich refiere *“Aprender no es sólo incorporar conocimientos, sino que esta ligado al deseo de conocer, deseo que es introducido por un Otro que habilita a que la actividad del pensar sea lícita”*. (p.5)

Para Bergès (1990), el déficit en estos niños no radica en la falta de atención o en algún tipo de disfunción cerebral, sino más bien, el déficit lo podemos ubicar en el espacio del decir, son niños que no pueden hablar, no pueden decir y el adulto por su parte lo que hace es traducir lo que el niño hace perpetuando esta dinámica en que no es oído por los otros.

Bergès (1990) sostiene:

Entonces, ¿se puede concluir que hay un déficit de pensamiento? Si su anticipación se encuentra bloqueada en la relación con el ambiente, con la madre o aquella que la reemplaza, si esta anticipación se encuentra bloqueada, como interpretar la precipitación de los hiperkinéticos, su apresuramiento por terminar antes de haber comenzado, la necesidad de repetir las cosas sin detenerse, si no porque lo que está comprometido, es el último minuto, el último momento es decir la muerte. (p7)

Si es el adulto quien otorga sentido a los movimientos del niño, es el adulto quien atribuye una explicación a la causa de su hiperkinesia, es así como mientras el adulto explica los movimientos, el niño se encuentra más imposibilitado de hablar, siendo hablado por otros.

Es así mismo como podemos observar en el tratamiento del TDAH que esta misma escena se repite, del mismo modo en que los padres dan sentido a la acción de los niños, podemos ver que en el abordaje que se otorga a este trastorno también se da un sentido a las manifestaciones presentes en el niño por parte de los especialistas. Causas biológicas, neurológicas no observables, hereditarias, fallas en lo orgánico, explicaciones que dan cuenta del origen de la manifestación. En este sentido Bergès (1990) señala *“Cuando un medico da Ritalín, intenta dar el sentido del mismo modo que el Ritalín lo volvería inteligente.”* (p. 8)

Bergès y Balbo (1998) y su trabajo en torno al transitivismo de la madre hacia el hijo nos permite comprender de mejor manera lo anterior, según el autor en el transitivismo la madre demanda al niño que se identifique con el discurso que le dirige, pero este se funda en la negación del desconocimiento que le es propio sobre la vivencia del niño.

De esta forma, podemos observar durante la infancia situaciones en que niño y madre transitivan, por ejemplo una madre al ver a su hijo caer y este no dice nada, la madre no vacila en señalar su afecto de dolor, demostrado a través de la palabra. Lo que esa madre realiza ahí, es mostrar a ese hijo una certidumbre y porque su efecto se sostiene de un real, su hijo lo verifica a partir de lo que ella dice.

Observamos que según lo que Bergès y Balbo (1998) sostienen, el transativismo no es sólo lo que la madre experimenta y demuestra a su hijo, sino además se pone en juego por parte de la madre una hipótesis de saber en relación a él, hipótesis dirigida como demanda, en donde la madre espera que su hijo se identifique con el discurso que ella le dirige.

El transativismo se origina a partir de la hipótesis que la madre crea, sosteniendo que el niño requiere que sea ella quien lea el saber que en él se encuentra, saber con el cual él podrá identificarse a partir de esa lectura, permitiéndole tomar una posesión simbólica.

Al respecto Bergès y Balbo (1998) sostienen:

La actividad del niño es la puesta en acto de la hipótesis de un saber que su madre le supone, y está libidinizada en la medida en que se anuda al deseo de ella que la reactiva sin cesar. De modo que hay motivos para preguntarse si la hiperkinesia no puede aparecer como una reactivación imposible por el lado del niño ante la ausencia del deseo en la madre; ausencia que puede llegar incluso a un interdicto reiterado al que el niño responde entonces con una inestabilidad. (p. 28)

La riqueza de esta exposición, radica en poder comprender a partir de los aportes de Bergès y la psicomotricidad, de otra manera lo que hasta este momento se entiende por TDAH desde una mirada orgánica y del mismo modo incorporar una mirada crítica a partir de lo que desde este enfoque se plantea en relación a la situación actual del TDAH, haciendo desaparecer al sujeto que está detrás del síntoma.

## 4. MARCO METODOLÓGICO

### 4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

La metodología de investigación aplicada en esta tesis es de carácter cualitativa, una de las ventajas de este enfoque es que nos “*entrega profundidad a los datos, la dispersión, la riqueza interpretativa, la contextualización del ambiente o entorno, los detalles y las experiencias únicas*”. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.18).

Es así, como el enfoque cualitativo en la presente investigación nos permite acceder al punto de vista de determinados actores sociales que poseen un cierto saber en torno a la temática de la investigación, en este caso profesionales psicoanalistas y de esta manera acercarnos a la comprensión del TDAH que se efectúa desde esta disciplina.

A través de esta metodología se describe cuáles son los aportes que se realizan desde la teoría psicoanalítica a la comprensión del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, desde el análisis teórico y del discurso de terapeutas infantiles de dicha orientación. La metodología cualitativa, compatibiliza con el enfoque psicoanalítico, ya que en ambos casos se explora a partir de los significados, la subjetividad de los sujetos, en este caso, de que manera los terapeutas a partir de su

experiencia pueden dar cuenta de los aportes que desde este enfoque teórico se pueden efectuar a esta problemática.

#### 4.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo no experimental, ya que como señalan Hernández et al (2003) “*el objetivo es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos*”. (p.270). En este caso, el objetivo de la investigación era acercarnos a los aportes teóricos que el enfoque psicoanalítico nos proporciona para la comprensión del TDAH y del mismo modo los aportes que pueden entregar terapeutas de orientación psicoanalítica.

El diseño de investigación es Transeccional Descriptivo, para llevar a cabo este tipo de diseño, Hernández et al (2003) señalan “*se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado*”. (p.270). En esta investigación se utiliza este diseño, ya que la recopilación de información se realizó a través de entrevistas y revisión bibliográfica en un momento de tiempo determinado con el objetivo de posteriormente ser interpretados.

El motivo de elección de este tipo de investigación, tiene que ver con la relación que se establece con los objetivos de investigación, es decir, describir a partir del material recopilado cuales son los aportes que el psicoanálisis puede efectuar a la comprensión del TDAH.

### **4.3. DELIMITACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR**

El Universo o población se constituye por la totalidad de un grupo de elementos u objetos que se quiere estudiar, es el conjunto de todos los casos que concuerdan con lo que se pretende investigar.

A partir de las características de nuestra investigación, la que tiene como objetivo realizar una aproximación a los aportes del psicoanálisis a la comprensión del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad a partir de los discursos de terapeutas infantiles, consideramos que nuestro universo está constituido por terapeutas que intervienen con niños desde las perspectiva psicoanalítica en la Región Metropolitana.

La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población. (Hernández et al, 2003, p.207).

Una característica importante de la muestra cualitativa es la representatividad, de esta manera el énfasis no se encuentra en el tamaño de la muestra, sino en si cubre o no las posiciones o perspectivas de un grupo a estudiar.

La muestra está constituida por terapeutas infantiles que desarrollen su trabajo desde la perspectiva psicoanalítica de la escuela francesa que se desempeñen en la Región Metropolitana.

El tipo de muestreo utilizado en la investigación es de carácter no probabilístico, ya que según señala Hernández et al (2003):

Las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende la probabilidad, si no de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en formulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o grupo de personas. (p. 208).

La muestra es de carácter dirigida hacia Sujetos Tipo, ya que como señala Hernández et al (2003) “(...) *el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización*”. (p.328).

Por este motivo, la muestra escogida es no probabilística dirigida a Sujetos-Tipo, realizándose un total de cuatro entrevistas a partir de los criterios definidos previamente por los investigadores. Consideramos pertinente la elección de la muestra, ya que a partir de la experiencia de estos, es posible acceder a nuestros objetivos de investigación.

#### **4.3.1. Criterios de Selección**

Dentro de los criterios de selección de la muestra se encuentra:

- **Área de intervención clínica.**

Nuestros entrevistados desarrollan su trabajo en el área infantil, ya que es en esta área en que el tema del TDAH se presenta habitualmente.

- **Años de experiencia clínica.**

Consideramos que un criterio de selección es la cantidad de años que los terapeutas llevan desarrollando su trabajo en la clínica infantil, ya que la experiencia permite hacer más enriquecedora la recolección de información. Por este motivo el mínimo de experiencia clínica es 5 años.

- **Orientación clínica.**

Los terapeutas desarrollan su trabajo clínico bajo el enfoque psicoanalítico de la escuela francesa.

Los terapeutas entrevistados son los siguientes:

**D.M.:** Psicóloga, Magíster en psicología Clínica mención Psicoanálisis, docente, 10 años de experiencia clínica infantil, trabajo en hospitales, instituciones y clínica privada.

**M.M.:** Psicólogo, práctica en Ecole Experimentale de Bonneuil-sur-Marne, Francia, docente, trabajo en hospitales, instituciones y clínica privada.

**P.O.:** Psicóloga, Magíster en Psicología clínica mención Psicoanálisis, docente, 12 años de experiencia clínica infantil, trabajo en hospitales, instituciones y clínica privada.

**P.S.:** Psicóloga, Psicoanalista, Magíster en Psicología Infantil, docente, 21 años de experiencia clínica infantil, trabajo en instituciones y clínica privada.

#### **4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Las técnicas de recolección de información corresponden a los registros de sucesos que nos permiten conocer y analizar el tema que investigamos. Mediante la recolección, síntesis, organización y comprensión de los datos que se necesiten.

Es por esto que el instrumento de recolección de información que utilizamos, es la entrevista en profundidad, el motivo por el cual destacamos el uso de las entrevistas en profundidad por sobre otros métodos de recolección de información utilizados en Investigación Cualitativa, se basa principalmente por la gran riqueza informativa que esta nos pueden brindar.

Dentro de las entrevistas en profundidad consideramos que la más representativa para nuestra investigación sería la entrevista semi- estructurada.

Esta herramienta consiste básicamente en entrevistar de forma individual a una o varias personas, para de esta forma, obtener la información necesaria para nuestra investigación. Se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. (Duveger, 1972, p.110)

A nuestro parecer este tipo de entrevista, nos otorga la posibilidad de acceder a los objetivos de nuestra investigación y del mismo modo nos entrega la libertad de poder obtener datos que no se encuentran necesariamente en la pauta, dado que este puede ser modificado durante el desarrollo de la entrevista, permitiendo acceder a información importante al momento del análisis.

Para la realización de las entrevistas, es necesaria la utilización de un guión, el cual nos permite seguir un orden en relación a los objetivos, sin embargo ello no implica que se realice todas las preguntas, sino más bien que servirá de mapeo para la realización de las entrevistas. Consideramos además la posibilidad de surgimiento de nuevas preguntas a partir del material lingüístico de respuesta de los entrevistados, de esta manera el guión sólo nos orientara en el desarrollo de las entrevistas.

Del mismo modo dada su flexibilidad permite acercarnos a nuestros entrevistados adaptándonos a sus tiempos y lenguajes.

Por lo tanto los discursos obtenidos en las entrevistas a Terapeutas, son tomados en su subjetividad y desde ahí se realiza el análisis posterior.

La entrevista en profundidad semi estructurada nos entrega la posibilidad de acceder de manera más flexible al discurso de terapeutas infantiles de orientación psicoanalítica y desde ahí poder describir cuales son los aportes teóricos que desde esta teoría se realizan a la comprensión del TDAH. De la misma manera, nos permite

conocer la importancia que tiene el TDAH en la constitución subjetiva del niño, esto a partir de la información que nos puedan brindar a partir de su experiencia en la atención de niños que presentan este diagnóstico.

#### **4.5. PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

En la construcción del modelo de análisis de la información de esta investigación hemos optado por trabajar desde el Modelo de Categorías propuesto por Gil Flores (1994). El Modelo de Categorías se caracteriza por ser inductivo, a través de un procedimiento interpretativo.

En este sentido Gil Flores (1994) señala:

Una concepción de la investigación que parte del supuesto de que la realidad social es subjetiva, múltiple, cambiante, resultado de una construcción de los sujetos participantes mediante la interacción con otros miembros de la sociedad, y se interesan, en general, por comprender e interpretar la realidad tal y como es entendida por los propios participantes. (p. 65)

El Modelo de Categorías se encuentra diseñado a partir de etapas, en primer lugar la presentación sintética de las ideas expresadas por los entrevistados, a partir de citas textuales. Posteriormente se debe realizar la etapa de interpretación, labor que se resume en: Reproducción, Descripción e Interpretación.

De esta manera a partir del Modelo de Categorías, el investigador trabaja sobre los datos cualitativos, es decir, el material escrito, de esta forma constituye una técnica de análisis de los datos que se aplican a la información o datos generados por la propia investigación, que utilizan las categorías para organizar conceptualmente y presentar la información, más interesadas por el contenido de la categoría que por las frecuencias de los códigos (Gil, 1994, p. 66).

Es así, como para analizar la información que se obtiene a partir de las entrevistas a expertos, se realiza un análisis interpretativo de categorías, el cual contempla los siguientes pasos:

- Registro de la información (A partir de las entrevistas y su transcripción).
- Análisis de la información
- Resultados y conclusiones.

## 5. RESULTADOS Y ANALISIS

### 5.1. ESQUEMA DE CATEGORÍAS Y TÓPICOS

#### 5.1.1. Opinión acerca del diagnóstico de TDAH

- *Calidad del Diagnóstico (CDD)*
- *Visión de los terapeutas acerca del TDAH (VTT)*

#### 5.1.2. Características del niño

- *Presencia de angustia (CNA)*
- *Inquietud psicomotriz (CNI)*
- *Rendimiento Escolar (CNR)*
- *Pensamiento del niño (CNP)*
- *Conciencia del Cuerpo (CNU)*

#### 5.1.3. Relaciones Familiares

- *Tipo de relación (RFT)*
- *Características Familiares (RFC)*

**5.1.4. Visión de los terapeutas frente al discurso de los padres  
acerca del diagnóstico TDAH**

- *Padres que aceptan el diagnóstico (VPA)*
- *Padres que rechazan el diagnóstico (VPR)*

**5.1.5. Explicación al sobrediagnóstico**

- *Sistema escolar (ESE)*
- *Sistema salud (ESS)*
- *Situación laboral padres (ESL)*
- *Categorías diagnósticas (ESD)*

**5.1.6. Aportes del Psicoanálisis al TDAH**

## **5.2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS**

### **CATEGORÍA 1: OPINIÓN ACERCA DEL DIAGNÓSTICO**

En relación al diagnóstico de TDAH, los terapeutas señalan que actualmente se constituye en un tema problemático. Esto es observable a partir de dos distinciones que se obtienen en las entrevistas, por un lado los entrevistados tienen una mirada crítica en relación a la manera en que se realiza el diagnóstico, ya sea por mala práctica por parte de los profesionales (neurólogos, psiquiatras, psicólogos), que realizan el diagnóstico sólo a partir de ciertos elementos que dan cuenta de la conducta del niño, pero que no son exclusivos del trastorno. De esta manera, los entrevistados concuerdan en que se estaría efectuando un sobrediagnóstico del trastorno.

Por otro lado, los terapeutas a partir de su formación no utilizan la clasificación diagnóstica, sin embargo, no por ese motivo se abstraen de dar su opinión en relación a las manifestaciones presentes en el niño. De esta forma, explican que durante su experiencia han recibido niños diagnosticados con TDAH y en relación a esto, señalan la visión personal que tienen al respecto. En general, consideran el trastorno como una producción cultural, que a partir de un malestar se intenta dar respuesta a través de la categorización de las conductas del niño mediante un diagnóstico, es lo más fácil y a la mano. Consideran que es una sintomatología

aceptada socialmente y de eso da cuenta incluso las medidas que en salud se han tomado, por ejemplo al incluirlo en el plan AUGE.

Del mismo modo, sostienen que el síntoma presente en el niño diagnosticado con TDAH, a través de sus manifestaciones y dificultades, podría estar dando cuenta de problemáticas presentes en el niño y la relación con sus padres, siendo la manera en que el niño se muestra el modo que posee de poner en manifiesto esas problemáticas.

Es así como distinguimos a partir de la visión de los terapeutas los tópicos calidad del diagnóstico y visión acerca del TDAH, los que serán desarrollados a continuación.

- ***Calidad del Diagnóstico (CDD)***

Los terapeutas entrevistados sostienen que actualmente el diagnóstico de TDAH, constituye desde su punto de vista una problemática, situación observable en la manera en que el diagnóstico se realiza, patologizando conductas propias de la infancia, con un consecuente sobrediagnóstico del trastorno.

*“los neurólogos abusan del diagnóstico, yo te aseguro que todos los niños que van al neurólogo, todos deben tener déficit, los psiquiatras menos y los psicólogos menos, yo creo que los neurólogos abusan” (D.M.)*

*“existe una gran cantidad de niños que son diagnosticados por este Trastorno de Déficit Atencional... que hay un exceso en el diagnóstico... lo que yo recuerdo, es una de las cosas que permanecen en el abordaje profesional, es la facilidad con que los psiquiatras y los neurólogos realizaban el diagnóstico del Déficit Atencional, con la poca cantidad de elementos que los llevaban a hacer este tipo de clasificaciones en los niños y con la consiguiente medicación” (M.M.)*

*“es un mal diagnóstico, ya que si fuéramos estrictos, tendríamos que decir que el síndrome de Déficit Atencional tiene un origen neurológico y bueno que si bien puede ser difícilmente demostrable, es difícil pensar que un porcentaje tan alto de la población de niños, lo este desarrollando cada vez con más frecuencia” (P.O.)*

*“un diagnóstico express porque es como lo más a la mano, lo más fácil, porque se fija solamente en ciertos hitos de la conducta como el test de Conners, que es como con suerte una foto para un momento determinado” (P.O.)*

*“Se pone el mismo rotulo, el mismo diagnóstico, entonces se cae en una estandarización, en un anonimato, ni siquiera considerando que se tiene que dar en distintos ambientes o de cómo va a ser posible que la mitad de la población tenga el mismo diagnóstico” (P.O.)*

*“yo entiendo de lo que estamos hablando, que es un fenómeno donde el diagnóstico de Déficit Atencional es enorme, como numero y la cantidad de Ritalín que se consume es espasmosa, además de no ser un asunto que solo sucede en Chile” (P.S.)*

- ***Visión de los terapeutas acerca del TDAH (VTT)***

Algunos de los terapeutas sostienen que el TDAH, constituye actualmente un diagnóstico producido por la cultura, para dar respuesta a problemas que se presentan durante la infancia. Se observa, que los entrevistados coinciden en señalar que el TDAH es un diagnóstico aceptado socialmente y que no implica un mayor cuestionamiento por parte de quienes rodean al niño en relación a los problemas que el niño esta manifestando y que responsabilidad les cabe a ellos en esta situación.

*“Yo diría que es un comodín social, un comodín de los sistemas sociales, como de nuestro modo de pensar que es el niño el que se debe adaptar al mundo social, un poco cueste lo que cueste, que tiene que ver con la perdida, bueno aunque nunca ha habido mucho, del respeto de ese tiempo que es la infancia, constituyente de la subjetividad, basta ver cuanto se le paga a los profesores, entonces en eso, uno se da cuenta que se le asigna poca importancia, entonces me parece a mi que el diagnóstico solo es un comodín que ha venido a caer bien, a este malestar, circula esta mirada hacia el niño que es educacional, de salud, pero que finalmente tiene*

*que ver con la adaptación, la dificultad, la frustración al propio sistema en relación a como incorporar a los sujetos” (P.O.)*

*“es un diagnóstico que además está incluido en el AUGE, entonces sirve, por eso es una producción cultural, si está incluido ahí sirve, entonces todos tenemos Déficit Atencional pero en el sistema privado también, es una especie de muletilla, si yo no sé lo que le pasa al otro, entonces esto me asegura algo de donde afirmarme” (D.M.)*

*“esa dificultad puede expresar muchas cosas, sobre todo si nosotros atendemos a que esto es un síndrome y como síntoma puede depender de muchas cosas” (D.M.)*

*“En el fondo este nombre, este diagnóstico da sentido a un discurso que tal vez sin este diagnóstico, porque al final es como algo que liga, sin ese diagnóstico no tendría sentido” (D.M.)*

*“te permiten a ti circular de una manera en lo social que de otra manera no podrías haberlo hecho, entonces para los padres pasa por ahí, es como ortopédico, este diagnóstico les sirve, como una especie de ortopedia para una relación o para sostener algo en el hijo” (D.M.)*

*“creo que como diagnóstico reúne ciertas condiciones de la vida actual, es un diagnóstico que no es muy paranoisante, un diagnóstico que asuste, es un diagnóstico socialmente aceptado, es una demostración de poder, de control” (D.M.)*

*“más allá de la discordancia de normas y límites que se da por diferencias entre los padres, uno se va encontrando que las diferencias de pareja, el amor, su propia sexualidad, su propia historia se esta poniendo en juego ahora por el niño y eso es lo que los padres no toleran, por eso el Déficit Atencional como diagnóstico viene a resolver un problema que para los padres puede ser aún mas amenazante, que es cuestionar su relación de pareja, por qué siguen casados, por qué viven juntos, su matrimonio, entonces el sufrimiento de los padres efectivamente puedes ser así, un niño con su conducta esta expresando un conflicto que se da a otro nivel” (M.M.)*

*“son niños que están quizás en busca de ciertos límites, en búsqueda de ciertos organizadores de su conducta” (M.M.)*

*“Este diagnóstico entonces soluciona una duda o un conflicto que podrían tener los padres al sentirse responsables de todo lo que hacía, entonces se externaliza el problema hacia una biología y tiene una solución más o menos sencilla que es la medicamentación y eso muestra la falta de compromiso de los padres por el problema de los niños” (M.M.)*

*“me parece que es un problema político, o sea, darles Ritalín a los niños inquietos, me parece un problema político, es un ejercicio de poder, es instalar, forzar a la aparición de lo que quieren que allí aparezca” (P.S.)*

Finalmente podemos sostener que para los terapeutas de orientación psicoanalítica, la visión respecto al TDAH es un tema que resulta criticable, ya sea por el modo en que se realiza el diagnóstico, incluyendo como patología conductas propias de los niños, podemos concluir que la utilización del diagnóstico da cuenta de un malestar que se sostiene en el niño, sin pensar en otro tipo de factores que pudiesen estar influyendo en el malestar en ese niño. De esta forma, se aísla al niño y su sintomatología.

## **CATEGORIA 2: CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO**

En relación a las características del niño, los terapeutas entrevistados coinciden en que no se puede caracterizar de una manera determinada a los niños diagnosticados con TDAH, ya que desde la orientación psicoanalítica, que es desde donde ellos realizan el abordaje terapéutico, no se utiliza este tipo de categorizaciones. Sin embargo, los terapeutas destacan que a partir de la experiencia que ellos tienen en el trabajo con niños, se pueden observar algunas características, que con frecuencia se repiten en niños que presentan el diagnóstico de TDAH.

Es posible observar que dentro de las características que se repiten en los niños con TDAH, podemos agruparlas y distinguir entre ellas presencia de angustia, inquietud psicomotriz, rendimiento escolar, pensamiento del niño y conciencia de su cuerpo, las que son descritas a continuación.

- ***Presencia de angustia (CNA)***

De nuestros entrevistados, solo una terapeuta destaca la presencia de angustia como una característica de los niños diagnosticados con TDAH, desde su experiencia los niños presentan cuotas elevadas de angustia, que sería consecuencia de procesos internos que están viviendo.

*“yo podría decir que se asocian con mucha frecuencia y con un nivel de angustia bastante alto en general” (P.O.)*

*“Por eso yo diría que son niños con una dosis de angustia importante” (P.O.)*

*“entonces para mi son niños que están bien angustiados, están en un proceso interno importante” (P.O.)*

- ***Inquietud psicomotriz (CNI)***

A esto podemos sumar otra característica que suele ser frecuente en lo niños diagnosticados con TDAH que es la inquietud psicomotriz, esta es vista por los terapeutas como una sintomatología que puede responder a diferentes causas y que van a depender de la subjetividad de cada niño.

*“la inquietud puede ser una sintomatología un poco como la fiebre, es decir, muy inespecífica” (P.O.)*

*“los niños que se mueven, no porque tengan, entre comillas, Déficit Atencional, o esta falta de modulación, sino que por ejemplo, tienen una relación a la muerte, tan particular que necesitan moverse para sentirse vivos” (D.M.)*

- ***Rendimiento Escolar (CNR)***

Otra característica que se destaca en el discurso de los terapeutas, es que los niños diagnosticados con TDAH en ocasiones pueden presentar mal rendimiento escolar, esto puede ser consecuencia de la falta de concentración que presenta el niño y en muchas ocasiones ya que es sacado de la sala de clases por los profesores, argumentando un comportamiento disruptivo.

*“bueno y por supuesto también otra de las características es que les esta costando rendir en el colegio” (P.O.)*

- ***Pensamiento del niño (CNP)***

Esta subcategoría se desprende del discurso de uno de los entrevistados quien señala que son niños que no logran poner atención en la sala de clases ya que su pensamiento esta en otro lugar, es decir, son niños que no están atendiendo a lo que la profesora dice porque están atendiendo a otra cosa que es de carácter más interno.

Según lo que señala uno de los terapeutas, es común observar que estos niños tienen pensamientos prolongados en relación a temáticas sobre la muerte, están gran parte del tiempo tratando de responderse, por ejemplo, cuestiones acerca de cómo nacen y mueren los seres vivos.

*“el niño está más bien pensando o atendiendo a otras cosas que son más bien de carácter interno o psíquico” (P.O.)*

*“que hay niños que se están preocupando durante un tiempo bastante largo de saber qué pasa cuando la gente, las personas, los vegetales o los animales se mueren, si se van al cielo o no se van al cielo, cómo nacen las plantas o los seres vivos, que tiene que ver con las teorías sexuales” (P.O.)*

- **Conciencia del Cuerpo (CNU)**

Uno de los terapeutas sostiene que dentro de las características observables en niños diagnosticados con TDAH, se aprecia que los niños establecen una relación particular con su propio cuerpo, es decir, existiría una dificultad en diferenciar su propio cuerpo del resto.

*“les costaría leer desde estímulos perceptivos hasta estímulos emocionales, son niños que no saben decir, es como que la conciencia, no es la forma exacta de decir tampoco, pero la conciencia del propio cuerpo, con respecto de las propias*

*sensaciones es escasa, así como no pueden diferenciar afuera, tampoco pueden diferenciarse en ellos, en ese sentido, todos los límites se corren un poco” (D.M.)*

Para concluir, se puede observar que si bien, no es posible desde los terapeutas lograr caracterizar de una determinada manera a los niños diagnosticados con TDAH, se pueden distinguir algunas características que con frecuencia se repiten y que se pueden observar a partir de la experiencia en el trabajo con niños.

### **CATEGORIA 3: RELACIONES FAMILIARES**

Al ser consultados sobre las relaciones familiares de niños diagnosticados con TDAH, los terapeutas infantiles sostienen que desde su punto de vista no es posible efectuar una generalización acerca de las relaciones familiares de estos niños y sus padres. Sin embargo sostienen que desde su experiencia existen ciertos elementos que dan cuenta de la manera en que el niño se relaciona con sus padres, así como de ciertas características presentes en las familias.

En ningún caso la intención es generalizar estas características a todos los niños diagnosticados con TDAH, sino más bien, dar cuenta de lo observado por los terapeutas a partir de su experiencia clínica.

De esta forma, podemos distinguir el tipo de relación observado, haciendo alusión por parte de los entrevistados a la manera en que estos niños y sus padres se

vinculan y a las características familiares de niños diagnosticados con TDAH, sosteniéndose que una característica observada al interior de estas familias es la falta de un ordenamiento o límite hacia estos niños.

- ***Tipo de relación (RFT)***

Desde el discurso de los terapeutas infantiles, es posible señalar que los niños diagnosticados con TDAH presentan una relación con sus padres que no les permite asumir su independencia en el mundo.

*“hay una dificultad del niño de pasar como de una relación con la espacialidad que tiene que ver con una presencia, una marca del cuerpo materno, porque no son solo niños que están apegados concretamente a la madre, si no que hay dificultades para establecer sus propias hipótesis, sus propias reflexiones”(P.O.)*

*“hay niños que se puede decir desde el sentido común, o del lenguaje común, han sido sobreprotegidos, en el sentido que hay una mirada más permanente de la madre o de los padres hacia él y que en algún momento dado se han sentido sin esa mirada” (P.O.)*

*“yo pienso que hay momentos en los cuales no ha habido suficiente simbolización, palabra o acompañamiento de los padres tal vez en relación a este nuevo replanteamiento de ser independiente en el mundo, una consciencia de ser un sujeto,*

*de pedir ciertas cosas que le competen a él, como la individualización, pero no diría que hay hitos muy marcados”(P.O.)*

*“entonces necesita ciertos límites, porque tal vez la madre no pudo hacer de límite”  
(D.M.)*

*“si pensamos en el tema de la maduración, tal vez haya algo de lo materno ahí o a esas primeras personas como de contención que tal vez no están, tal vez en la simbolización tal vez no se ha logrado completamente, porque también hay un punto en la simbolización” (D.M.)*

*“una de las características generales de los niños que son catalogados con este diagnóstico, son niños que tienen dificultades en el establecimiento de lazos con los padres, porque no tienen tiempo” (M.M)*

- ***Características Familiares (RFC)***

Los entrevistados sostienen que a nivel familiar una característica observada es la falta de ordenamiento, desde asuntos que tienen que ver con el funcionamiento del hogar hasta situaciones como normas y límites en relación al niño poco claras.

*“hay familias o un ordenamiento al interior de la familia o de lo doméstico de la casa como caótico, como falta de los límites que tiene que ver con el referente a la*

*contención, hay una falta de orden, me ha tocado ver niños que, como que ellos tienen que recordar a la mamá muchas cosas, entonces, se empieza a producir una cierta pérdida de la jerarquización” (P.O.)*

*“están permanentemente en un ambiente en que finalmente no se tiene muy claro el límite, la norma, que tiene que ver con un cierto apaciguamiento, una protección” (P.O.)*

*“hay en ellos dificultades para el clásico manejo de normas y límites, habría que llamarlo de otra manera por cierto, pero tienen dificultad para transmitir la autoridad, la ley, un cierto orden, ciertas estructuras que permitan al niño comprender que hay momentos para hacer y momentos para detenerse, etc. yo diría entonces que son niños que en general están pidiendo a gritos una autoridad paterna que los escuche, que se haga cargo de esas inquietudes que posiblemente tengan a propósito de temas transversales de la infancia del ser humano como son la muerte” (M.M.)*

Podemos señalar que dentro de las características observadas por los terapeutas de orientación psicoanalítica al interior de las familias de niños diagnosticados con TDAH, se distinguen características que dan cuenta del tipo de relación que el niño y sus padres establecen, siendo de manera general una relación que no permite en algunos casos por sobreprotección de parte de los padres la independencia por parte del niño. Del mismo modo, los terapeutas consideran que al

interior de estas familias se observa un cierto desorden, del mismo modo que el niño presenta movimientos desorganizados, la familia se encuentra en una desorganización que se observa en actividades cotidianas del hogar, así como en las normas y límites difusos hacia el niño.

#### **CATEGORÍA 4: VISIÓN DE LOS TERAPEUTAS FRENTE AL DISCURSO DE LOS PADRES ACERCA DEL DIAGNÓSTICO TDAH**

En cuanto al discurso que tienen los padres en relación al diagnóstico del TDAH, los terapeutas infantiles pueden distinguir que existen dos tipos de posiciones de los padres frente al diagnóstico de sus hijos.

Se puede observar que hay padres que asumen el diagnóstico de TDAH y se ubican en una posición en la cual ellos no tienen nada que ver y por lo tanto no es mucho lo que ellos pueden hacer, pues el hijo tiene TDAH y todas las conductas que este tiene las explican desde ahí. Por el contrario existen padres que se oponen frente a la idea del diagnóstico, esto en muchas ocasiones ya que la conducta que les describen los profesores que los niños tienen en la sala de clases, les es ajena al comportamiento que el niño tiene en su casa. Según plantea uno de los entrevistados, otra forma de resistirse frente al diagnóstico de TDAH, puede observarse en los padres que se oponen a la utilización de medicamentos en el tratamiento.

- ***Padres que aceptan el diagnóstico (VPA)***

Los terapeutas refieren que hay padres que asumen el diagnóstico sin ningún tipo de resistencia, en este sentido, los padres se instalan en una posición desde la cual no les compete a ellos lo que le sucede a sus hijos. Hay terapeutas que consideran que en ocasiones, para los padres el diagnóstico tiene algunas ganancias secundarias, ya que explican todas las conductas de su hijos como consecuencia del diagnóstico, por lo tanto no es mucho lo que ellos pueden hacer frente a estas conductas de su hijo.

*“Ahora por ser desde este supuesto neurológico, no es mucho lo que ellos pueden hacer, en el sentido de que se instalan desde la posición de que no pueden opinar mucho, porque es algo que es así no más, entonces desde ese lado es difícil pensar o que ellos piensen, que tienen algo que ver al respecto, es casi algo así como mala suerte” (P.O.)*

*“yo creo que este es un diagnóstico socialmente aceptado, por lo tanto puedes tener Déficit Atencional y no es tan grave, incluso tienes ciertas ganancias secundarias, “ah, es que no se tomó la pastilla”, “ah, es que tiene Déficit Atencional”, entonces tiene ciertas ganancias secundarias, entonces es un diagnóstico socialmente aceptado y en tanto tal, tú puedes tenerlo y ser parte de la sociedad” (D.M.)*

*“este niño es un Déficit Atencional y todo él, todo su funcionamiento es por el Déficit Atencional. Entonces es como, “mira parece que le cuesta tal cosa, si, es por el Déficit Atencional” (D.M.)*

*“padres que vienen a confirmar un diagnóstico realizado por psiquiatras y neurólogos y vienen porque son derivados, no hay una motivación interna, no hay una motivación por comprender mas allá lo que esta pasando con su hijo, vienen tan solo a pedir algunas recomendaciones muy prácticas, muy concretas para que eso cambie” (M.M.)*

- ***Padres que rechazan el diagnóstico (VPR)***

Los terapeutas visualizan a padres que no aceptan el diagnóstico de TDAH en sus hijos. En este caso los padres no han visto en el hogar las conductas que los profesores le manifiestan que tiene en el colegio, por lo tanto los padres ponen en duda lo que los profesores les dicen. Además se observa a padres que se oponen a la utilización de medicamentos en el tratamiento.

*“el otro social, el colegio es el que los envía, ellos hasta ese momento no han podido ver nada que les hiciera pensar algo así, incluso muchos de ellos, bueno, plantean que para ellos el niño no tiene ningún problema porque, por ejemplo, se queda viendo televisión sin problema, o sea, en ese sentido hasta incluso están en una oposición a lo que pude plantearles el colegio” (P.O.)*

*“los padres vienen muy molestos, narcisistamente, porque en el colegio los mandan obligados y además les pusieron un rotulo que le es completamente ajeno” (P.O.)*

*“Es como “bueno, del colegio me lo mandan porque tiene Déficit Atencional”, y que ellos encuentran que el niño es igual al papá por ejemplo, eso es una parte, de allá lo mandan y yo no veo problema” (D.M.)*

*“los que lo rechazan uno es porque simplemente no son capaces de ver las dificultades de sus hijos y otros porque rechazan la idea de la medicamentación como alternativa para trabajar y para solucionar los problemas que tienen sus hijos en el colegio” (M.M.)*

Desde la opinión de los terapeutas infantiles, es posible distinguir dos posiciones de los padres, frente al diagnóstico de TDAH de sus hijos. Por una parte, hay padres que aceptan el diagnóstico en sus hijos y otros padres que se oponen tanto al diagnóstico como a la medicación en el abordaje terapéutico.

## **CATEGORIA 5: EXPLICACION AL SOBREDIAGNÓSTICO**

Los terapeutas infantiles en su mayoría coinciden en que actualmente en nuestro país existe un exceso de diagnóstico de TDAH. Al intentar comprender las causas del sobrediagnóstico los entrevistados señalan cuatro situaciones que estarían dando cuenta de este fenómeno, es así como el sistema escolar constituiría para todos

los entrevistados uno de los principales responsables de esta situación. Por otro lado se distingue a partir del discurso de los terapeutas, el sistema de salud, la situación laboral actual de los padres, así como las categorías diagnósticas. Estas subcategorías serán explicadas a continuación.

- ***Sistema escolar (ESE)***

Todos los entrevistados concuerdan en que el sistema escolar es un agente altamente implicado en el exceso de diagnóstico de TDAH, ya que desde su punto de vista la manera en que la infancia es comprendida y tratada, da cuenta de un malestar al interior del sistema educacional, siendo los niños quienes terminan siendo los portadores de un malestar, por ejemplo por parte de los educadores con las políticas educacionales, inconformidad con los cambios a partir de la reforma, jornada escolar completa, situación laboral de los profesores, cantidad de niños por sala. Se observa que el diagnóstico de TDAH, viene a servir a este malestar a los profesores, siendo un diagnóstico que en su origen se encuentra en la sala de clases.

*“Es que para mi tiene que ver con un malestar del sistema escolar, en general, porque eso viene desde lo escolar, o sea, uno de los puntos en los cuales lo escolar y el sistema de salud público se toman que tiene que ver con el desarrollo del niño en general, yo creo que tiene que ver con las presiones, es un malestar que muchas veces tiene que ver con la dificultad de un sistema de poder adaptarse de una mejor manera a lo que podría ser una educación de mejor calidad, por ejemplo, disminuir*

*los niños por sala, porque por supuesto que esto va a tener costos económicos, entonces a los profesores, para mi gusto, se los esclaviza, por cierto que hay algo de una mínima aceptación de parte de los profesores, que tampoco tienen muchas capacidades de poder decidir, porque hoy en día, con la jornada escolar completa, si antes los profesores iban a dos colegios, bueno por ultimo, pero ahora ya tienen que optar entonces hay una serie de decisiones que tienen que ver con las políticas sociales, de cada colegio, bueno del valor que se le da a la educación, cosa de que al final hay que sacar el mayor rendimiento, entonces a mi me parece que los profesores no tienen mucha opción, pero ellos caen en marcar este malestar que es el niño el que tiene el problema, cuando el problema lo tiene el sistema, o sea, si ese mismo profesor tuviera otras oportunidades de trabajo, veinte niños por sala, a lo mejor el diagnóstico de Déficit Atencional bajaría mucho” (P.O.)*

*“ como los profesores, sin querer han encontrado una alianza estratégica que tiene que ver con los neurólogos, con muchos psicólogos también de cómo hacer que estos niños no estén en la sala, o sea, que vayan a la psicopedagoga, que vayan al neurólogo para tratar de tranquilizar esta excesiva carga de trabajo que tienen” (P.O.)*

*“este diagnóstico ya viene prefabricado desde la sala de clases, entonces, hoy en día la experiencia es que los colegios mandan, como dicen los papás “me mandaron” para ver si el niño tiene o no tiene, o sea, a uno como especialista lo único que le queda es corroborar o no” (P.O.)*

*“pero siempre esta esto “del colegio, me mandaron”, porque ahí es donde perturba más el niño que se mueve o que no atienden entre comillas a lo que debería atender”*  
(D.M.)

*“el factor más macro, es la presión de los profesores, la presión que los padres someten a los hijos en el sistema educativo, tiene que tener éxito en el aprendizaje y recepción de información lo que lleva a tener mayores posibilidades de que los niños estén cada vez mas pasivos para cumplir con las expectativas que tiene el mundo adulto”* (M.M.)

*“el sobrediagnóstico se debe a una enorme presión que tienen los colegios por asegurar el rendimiento de los alumnos dentro de la sala de clases, los profesores están sometidos a enormes presiones que requiere que los niños sean receptores de una gran cantidad de información y que para eso requieren que los niños estén más o menos tranquilos en la sala, que no perturben demasiado, que no estén “inquietos”*  
(M.M.)

*“niños que simplemente no están quietos, o sea hay una gama enorme yo creo que se pone en manifiesto todas las carencias que hay en el sistema escolar, pero eso es culpa de los profesores, eso es algo del terreno político”* (P.S.)

*“a veces llegan los padres y te dicen que el colegio dice “que” y el colegio pasa a ser un ente bastante impersonal, porque a veces hay un profesor que dice “que*

*molesta mucho” “¿Qué pasa con el niño?”, entonces interpreta un Déficit Atencional y lo manda al psicólogo” (P.S.)*

*“Yo creo que toda la problemática del sistema escolar, todos los líos de los colegios municipalizados, digamos la ausencia de una escolaridad que contempla a un niño como, bueno al que se le de más espacio para mostrarse y para ser tan distinto de como es el niño del lado, los profesores que tengan tiempo para poder capturar todo eso y recorrer con ellos algún camino de aprendizaje en conjunto” (P.S.)*

*“Un sistema escolar que realmente considere como un derecho el aprender, el adueñarse de los bienes de la cultura, yo no creo que eso sea así en este momento, por eso te digo que es un problema político directamente, un ejercicio de poder y de violencia, de un poder ejercido violentamente” (P.S.)*

- ***Sistema salud (ESS)***

Una de las terapeutas sostiene que el exceso de diagnóstico podría por otro lado tener su origen en las políticas de salud. De esta manera la terapeuta sostiene que dentro del Plan AUGE, el TDAH, es el único diagnóstico dirigido a la infancia en el ámbito de la salud mental. Situación que podría estar influyendo que el diagnóstico se realice cada vez más.

*“te lo digo, partiendo de que aparece en el AUGE, que es lo único que aparece del niño, el único diagnóstico, es como que en Chile hoy día, la única posibilidad es que tú para ser niño, e incluirte en el sistema de salud, es que seas un Déficit Atencional y con Hiperactividad, entonces evidentemente van a haber millones” (D.M.)*

- ***Situación laboral padres (ESL)***

Los entrevistados coinciden en señalar que las condiciones de vida actuales, son también parte responsable en la aparición del trastorno y su consiguiente sobrediagnóstico. Sostienen que dentro de las condiciones de vida, encontramos la situación laboral parental, caracterizadas por largas jornadas y poco tiempo para la familia. De esta forma los terapeutas señalan que no existe tiempo por parte de los padres para poder hacerse cargo de inquietudes y problemáticas de sus hijos.

*“muchas características contemporáneas, en el sentido que hay muchos padres que no están, que los papás varones no ven al niño hasta el sábado y muchas mamás que trabajan mucho, entonces ahora hay niños que están muy solos” (P.O.)*

*“tiene relación con la calidad de trabajo de los chilenos, de los adultos, los trabajos exigen a los padres muchas horas fuera de las casas, tienen una exigencia no solo horaria, sobre todo la gente de clase media, media baja que hace que la educación de los hijos esta completamente delegada a la persona que los cuida durante la tarde, los padres no tienen tiempo para hacerse cargo de las preocupaciones e inquietudes*

*que tienen los niños. Esto tiene que ver con una cierta política de estado, de aceptar que en Chile los trabajadores trabajen una cantidad de horas excesivas que les impiden volcar su tiempo, su interés a lo que le está pasando a sus hijos y este es un punto muy relevante” (M.M.)*

*“padres agobiados por jornadas laborales muy extensas, muchas horas de trabajo, que llegaban a casa completamente agotados que llegaban a sus casas y se encontraban con problemas escolares de sus hijos y ni siquiera tienen el tiempo, o sea más allá de si tienen o no la capacidad o no para saber comprender, entender e interrogar que es lo que está pasando con sus hijos” (M.M.)*

- ***Categorías diagnósticas (ESD)***

Uno de los terapeutas sostiene que otra causal al exceso de diagnóstico, está representada en las categorías diagnósticas de los manuales de psiquiatría (DSM IV y CIE10), pues a su juicio las descripciones que existen sobre el TDAH y que se utilizan como criterios diagnósticos del trastorno son amplias, y pueden ser entendidas como comportamientos propios de la infancia, así como de cualquier otra patología.

*“la descripción, las descripciones del Déficit Atencional en los manuales diagnósticos como el DSM IV son tan amplias y caen en niños normales entre comillas, como en niños con cualquier patología de cualquier otro orden” (M.M.)*

Podemos concluir que para los terapeutas infantiles el exceso de diagnóstico de TDAH, representa la manera en que socialmente se trata a la infancia. De esta manera para ellos en su mayoría, el exceso de diagnóstico tiene su origen en diversos sistemas sociales tales como la educación y salud, así como la situación laboral de los padres y las clasificaciones diagnósticas.

## **CATEGORIA 6: APORTES DEL PSICOANÁLISIS AL TDAH**

En relación a las contribuciones que el psicoanálisis puede entregar a la comprensión del TDAH, los terapeutas infantiles, en su mayoría coinciden en que uno de los aportes más importante, es aportar al niño una escucha neutral, donde se considera a un sujeto único, en un momento determinado y que presenta una determinada sintomatología. A través de esto, recién se puede intentar una lectura de la sintomatología que presenta este sujeto.

Otro aporte que en su mayoría destacan los terapeutas entrevistados, tiene que ver con aportar una visión más amplia y crítica para llegar a la comprensión del fenómeno clínico que se presenta, considerando los distintos discursos y actores que rodean la problemática del niño. Lo principal es considerar al niño como un sujeto activo con lo que le está pasando y por esto debe ser el primero en ser escuchado. Además se deben escuchar los diferentes discursos implicados en el tema, es decir, el discurso escolar, el discurso de los padres, el discurso de la cultura.

Otro punto destacado por los terapeutas, tiene que ver con rescatar la posibilidad de escuchar la singularidad en el sujeto, es decir, rescatar la singularidad que existe en el niño y en su historia, ya que en la actualidad se produce una construcción de generalizaciones que terminan por llamarse Déficit Atencional y que considera un sujeto homogéneo.

Finalmente, los terapeutas destacan que desde el psicoanálisis cuando existe un niño con un determinado síntoma, se debe indagar a quien corresponde efectivamente el conflicto de base que hace aparecer este síntoma que se está manifestando a través de este niño, esto es importante ya que el niño en muchas ocasiones puede estar manifestando un conflicto que está en otro lugar del núcleo familiar y que no pertenece precisamente a él.

*“una escucha neutral justamente de la tradición medica en la que ya se encuentra excesivamente lleno de sentido este síndrome, convirtiéndolo en un nombre anónimo, estandarizado que se utiliza igual para muchos sujetos, el psicoanálisis puede proponer una escucha del sujeto único que hay siempre en esa forma sintomática, del conflicto o formación de compromiso inconsciente e intentar una lectura de la elección de ese síntoma en la historia vital y momento actual de ese sujeto” (P.O.)*

*“se trata el Déficit Atencional, y no a la persona que tiene tal o cual síntoma, es una ilusión, porque finalmente tú tratas síntomas y si desde el punto psicoanalítico uno*

*sabe lo que es un síntoma uno sabe que esto va a aparecer nuevamente en otro lugar, porque no se trata solo de la conducta” (D.M.)*

*“terapeutas formados psicoanalíticamente, pueden hacer un trabajo mucho más interesante, porque ahí pueden mirar este niño cuerpo, pero cuerpo también subjetivizado, yo creo que hay algunos terapeutas ocupacionales y psicólogos que están trabajando mas la línea corporal, que no es, “siente tu cuerpo”, no, no, es la relación con el cuerpo” (D.M.)*

*“El psicoanálisis de niños nos enseña que cuando hay un síntoma, en un niño, lo primero que tenemos que pensar es a quién corresponde efectivamente el conflicto subyacente que hace aparecer el síntoma, posiblemente el niño, tan solo sea la expresión de un conflicto que se da en otro lugar de la familia, que no es el niño, que no es su individualidad, no es el individuo el que esta aportando el conflicto, es posible que el conflicto se encuentre aparejado en uno de los padres o en la relación de pareja” (M.M.)*

*“tiene la virtud de considerar en el abordaje de los problemas, la virtud de incorporar distintas lecturas, incorporar distintos discursos. Esta el discurso escolar, esta el discurso del niño, esta el discurso de los padres, esta el discurso de la cultura” (M.M.)*

*“el psicoanálisis debe o puede hacer una interrogación o hacer una reflexión desde una óptica antropológica, sociológica, para comprender mejor el fenómeno clínico que tiene en frente, recibir a los padres, acompañarlos, buscar la manera en que ellos puedan acercarse al sufrimiento de su hijo, me parece muy valioso, considerar al niño como un sujeto activo frente a las dificultades que se les están siendo señaladas, interrogar a los profesores sobre su relación que tienen con el niño, también es algo valioso y que en resumen el psicoanálisis puede aportar una cierta aproximación que uno podría llamar ética, pero bajo la óptica de la responsabilidad, no como solamente como deber, sino una búsqueda de comprender las preguntas implícitas que tienen aquellas preguntas presentadas por el niño” (M.M.)*

*“El aporte del psicoanálisis es pensar que todos estamos de la misma manera involucrados en este conflicto y que existe una óptica que va más allá de la tecnología y la política” (M.M.)*

*“todo el rescate a una escucha en relación a ese niño, a sus circunstancia de todo tipo, por supuesto a su historia, a ver que es lo que dice el niño con ese tipo de signos o síntomas que presenta, tratar que ese niño lo pueda decir de otro modo que le permita sufrir menos, modificar más su entorno y no quedar tan sometido” (P.S.)*

*“El aporte en la clínica, es la escucha a esa singularidad, el rescate a esa singularidad en esta construcción de generalizaciones, que terminan en esa generalización que se nombra como Déficit Atencional y que habla de un individuo*

*homogéneo, como la idea de que todos los niños tendrían que ser así y si no es así y es tal cosa. Es importante rescatar la posibilidad de esa singularidad en esa historia” (P.S.)*

Finalmente podemos concluir que para los terapeutas infantiles de orientación psicoanalítica, los aportes que se pueden hacer a la comprensión del TDAH están orientados a brindar una escucha neutral al niño, siendo considerado como un sujeto único. Otro aporte que se puede hacer desde la teoría psicoanalítica, tiene que ver comprender el fenómeno clínico que está presente en el niño, a través de la aproximación a los diferentes actores y discursos implicados en relación a este, cobrando real importancia el discurso del niño a la hora de determinar lo que sucede. Otro aporte tiene que ver con la posibilidad de rescatar la singularidad del sujeto y su historia de vida y finalmente indagar en relación a las situaciones que subyacen a la sintomatología que presenta el niño, ya que esta puede ser la manifestación de dificultades que son de orden familiar y que no pertenecen necesariamente al niño.

## 6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A través de esta investigación hemos explorado los aportes que se pueden obtener a partir de la teoría psicoanalítica a la comprensión del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, revisando los aportes que desde los profesionales y la teoría se pueden desprender.

Es así como a partir del análisis de la información, nuestro objetivo se ha centrado en reconocer a partir de los discursos de los terapeutas infantiles de orientación psicoanalítica, cuál es la visión que tienen respecto al TDAH, la explicación que dan al exceso de diagnóstico actual, identificar elementos teóricos, así como poder rescatar los aportes que desde este enfoque se pueden obtener hacia la comprensión del trastorno.

De esta manera, recopilando los diferentes relatos de los terapeutas podemos acceder a ciertos elementos comunes, que posibilitan una aproximación a nuestro objetivo de investigación.

El Trastorno por Déficit Atencional con hiperactividad constituye actualmente uno de los diagnósticos más frecuentes en la población infantil. El diagnóstico ya se torna familiar y cotidiano en cada sala de clases y para los padres es un nombre común. Sin embargo, a nuestro parecer el asunto no es tan fácil, si pensamos que la

mayoría de estos niños esta siendo medicado y además se rotula bajo un diagnóstico que involucra su subjetividad a partir de sus comportamientos, como algo patológico.

A nivel comunicacional, el TDAH se trata en distintos niveles, de esta manera son de dominio público sus características, modos de detección y tratamientos. Así tanto el diagnóstico como el tratamiento con medicamentación se ha trivializado, es así como el TDAH se encuentra en el límite de las características que le competen a un niño, simplemente por ser niño y dado que el tema del TDAH es de dominio público, cualquier niño inquieto, es sospechoso de padecer un Déficit de Atención.

De esta manera se categoriza al niño, visualizando desde un paradigma simplificador la complejidad de la vida psíquica infantil. En lugar de comprender el psiquismo del niño, como un psiquismo en estructuración en el que el conflicto es fundante, se presume y asume una certeza en torno a un déficit en ese niño.

A partir de los resultados obtenidos podemos observar que surge en los terapeutas la idea en torno al tipo de relación que desde su experiencia han podido observar entre niños diagnosticados con TDAH y sus padres, lo señalado por los terapeutas concuerda con el material que desde el psicoanálisis se obtiene en torno a la inestabilidad psicomotriz, es decir, niños que presentan dificultades en pasar de una relación con el cuerpo materno a poder establecer una relación fuera del cuerpo materno, lo que implica un corte a nivel imaginario, adquiriendo así una cierta

individuación. Sin embargo, estas no son solo dificultades del niño, sino además de la madre quien no permite este pasaje.

El TDAH se ubica en el niño, se rotula al niño, a pesar de que las características también son aplicables al entorno familiar, es decir, es un niño que en palabras de los padres no tiene límites, pero además existen padres que al interior del hogar no son capaces de sostener un cierto ordenamiento, de esta forma, la autoridad no emerge y no se hace cargo de las inquietudes que pueden presentar estos niños.

Esta situación conlleva a que las manifestaciones motrices en un niño sean encasilladas dentro de una categoría diagnóstica, sin cuestionar respecto a la dirección de ese movimiento, es decir, cuestionar para qué un niño necesita ser visto de esa forma, ya que como vemos desde el psicoanálisis es esta la única salida que tiene el niño frente a una relación que hasta ese momento se ha establecido sin un corte, es decir, el niño aún esta en el cuerpo materno.

El psicoanálisis nos permite pensar en estas manifestaciones como una sintomatología que obedece a cuestiones más internas en el niño, es decir, la manera en que ese niño ha tramitado su pasaje desde la relación alienante y fusional con su madre hasta la adquisición de su propio cuerpo y por consiguiente, sus movimientos.

Dado que el diagnóstico de TDAH se ha tornado recurrente y conocido comúnmente dentro del ámbito escolar y social, observamos que frente al diagnóstico las reacciones que desde los padres se presentan, podemos distinguir a aquellos que simplemente aceptan el diagnóstico sin mayor cuestionamiento y a aquellos que rechazan el diagnóstico hacia sus hijos.

Si pensamos en que la base de este diagnóstico tiene un origen orgánico, para los padres no existe mucha posibilidad, pues el trastorno está ahí, es visible, aún cuando no haya más pruebas que la conducta del niño, la cual puede obedecer a otro tipo de diagnóstico o la conducta común a un niño de esa edad. Sin embargo los diagnósticos se realizan, existiendo padres que aceptan el diagnóstico y desde ahí explican cada conducta de su hijo, casi a modo de justificación y por otro lado los padres que cuestionan el diagnóstico ya sea porque no ven las dificultades presentes en su hijo o porque son enviados y no les compete el diagnóstico. Observamos aquí, que narcisíticamente este diagnóstico tiene sus consecuencias.

Anteriormente señalamos que el diagnóstico de TDAH es uno de los con mayor prevalencia en nuestro país, dentro de las prácticas médicas se destaca la facilidad con que a partir de ciertos elementos se concluye en esta clasificación diagnóstica, sin un mayor cuestionamiento por el sujeto que ahí se encuentra, da la impresión que TDAH, se ha transformado en el comodín social para dar respuesta al malestar que circula en el ambiente escolar, familiar, social teniendo como resultado el niño y su patología, patología que en su origen genera cuestionamiento, pues el origen orgánico

que supone no siempre es comprobable, sin embargo se supone existe y de ahí el diagnóstico. Del mismo modo al interior de la familia, este diagnóstico soluciona un conflicto que pudiese estar en otro lugar, pero que finalmente se externaliza en el niño, en su trastorno, que es abordado desde la medicamentación.

Esta situación ha llevado al consiguiente sobrediagnóstico de este trastorno y la aceptación social de él, es decir, no existe un mayor cuestionamiento desde las familias ni las escuelas a este sobrediagnóstico, sino más bien da cuenta de la manera en que socialmente la infancia es pensada, la infancia es incorporada a partir de la patología. Desde el sistema de salud, la incorporación del TDAH al plan AUGE, como Trastorno Hiperactivo de la Atención, siendo la única patología de salud mental destinada a la infancia, da cuenta del modo en que las políticas de salud abordan el problema. El TDAH se convierte en una patología de moda y desde ahí se diagnostica, siendo esta la única posibilidad de ser dentro de la salud para la infancia.

Como antes dijimos, los actores involucrados en la ploriferación de este diagnóstico son varios, por lo tanto al pensar en explicaciones que nos entreguen una aproximación a esta situación, necesariamente se sostiene el ámbito escolar como una de las posibilidades. Las relaciones que se establecen dentro del sistema educacional y el niño, rememoran la idea del preceptor, esta vez llevada a la relación pedagogo y padre, ya que el diagnóstico del TDAH, es un diagnóstico que nace en la sala de clases. Desde ahí se pesquisan las dificultades del niño y estas son transmitidas a los padres, ligado a un posible trastorno. La escuela es quien cuestiona a los padres

respecto a un déficit en la atención y finalmente los padres recurren a los profesionales con la intención de confirmar un diagnóstico que ya fue realizado en la escuela, la escuela se pregunta ¿Qué pasa con este niño?, así la escuela interpreta un trastorno.

En la actualidad, al interior de las escuelas, es abismante la cantidad de niños que están diagnosticados con TDAH y que como tratamiento se contempla la medicamentación, esto por el simple hecho de ser inquieto, sin que en ningún momento se cuestionen las dificultades que desde la escuela y los profesores puedan existir para contener, educar y estimular al niño. De esta manera, se entiende que el niño, es el único actor responsable en el proceso de aprendizaje.

Desde nuestro punto de vista, pensamos en un niño que sufre, que se ve enfrentado a dificultades y que son esas dificultades las que están obturando el aprendizaje y su desarrollo como sujeto y que por lo tanto, es ahí donde debemos escuchar.

Un aspecto significativo se relaciona con la manera en que dentro de la escuela se concibe la incorporación de aprendizaje, a partir de un modelo estático, en que el profesor es quien revela los conocimientos al niño. Entiende al grupo escolar homogéneamente, desconociendo así los diferentes tiempos y procesos que cada niño puede experimentar en este proceso, se impide así la posibilidad que tiene un niño de mostrarse y ser diferente, es la diferencia la que es patologizada, es esta diferencia la

que desde la pedagogía se explica a partir de un déficit, déficit en la atención, sin embargo en ocasiones ese déficit solo se manifiesta en ese contexto, diferencia considerable a la hora de realizar un diagnóstico de TDAH, pero que muchas veces no es mirado. Del mismo modo las clasificaciones diagnósticas como el DSM-IV y CIE 10, a partir de sus criterios diagnósticos en ciertas ocasiones tienen un límite muy difuso entre lo que puede ser catalogado como trastorno y lo que obedece a conductas propias a una infancia común. O es que acaso ¿un niño de 7 años sin TDAH no corre y salta y se distrae fácilmente, sin que esto implique una patología?

Del mismo modo, una vez que el diagnóstico se realiza, la mayor parte de las veces el tratamiento va unido a la utilización de medicamentos, con el objetivo de silenciar el síntoma que el niño presenta. Observamos aquí dos puntos que cabe destacar en relación a la utilización de estas drogas, dentro de las que destaca como más utilizada el Ritalín. En primer lugar, llama la atención la manera en que el consumo de los fármacos se promueve como la solución a un “malestar”, que sin embargo no ha sido capaz de erradicarlo, más aún, su consumo en los últimos años se ha incrementado, resultado contradictorio frente a quienes promueven en esta pastilla la solución al TDAH.

Por otro lado, esta situación actualmente genera un alto beneficio a las empresas farmacológicas, ya que a raíz de que el consumo del fármaco se incrementa, mayores son las ganancias para ellos, y ganancia además para una sociedad que promueve las soluciones rápidas y eficaces frente a situaciones cotidianas.

Dada las condiciones de vida actual, una cultura ligada a la inmediatez, sin un mayor involucramiento por parte de los padres a lo que sucede con sus hijos; niños que viven solos durante gran parte del día, padres con jornadas laborales extensas que hacen delegar los cuidados del niño en otros, dan cuenta de la manera en que estos niños son sostenidos. No existe tiempo para detenerse a pensar ¿Qué sucede con las dificultades que ese niño está teniendo?, ¿Qué quiere expresar con sus conductas?, así, se abre una posibilidad a entrar en el círculo que implica encontrar en el niño una causa y desde ahí explicar todo lo que sucede con él, es decir un trastorno.

El poder incorporar una escucha a ese sujeto que hasta ese momento ha sido tratado como un TDAH, tachando su identidad y funcionando a partir de ese diagnóstico, es lo que el psicoanálisis propone, más allá del origen que pueda tener, el poder ofrecer una escucha a esa subjetividad que ahí está en juego, reconociendo al niño como un sujeto activo frente a las dificultades que se le señalan, es una gran diferencia.

De esta forma, se propone una escucha que involucra a los diferentes discursos involucrados, sin perder de vista lo que ese niño pueda decir en torno a su malestar, así se incorpora el discurso familiar, escolar y aquello que el niño puede aportar respecto a sus síntomas, intentar que lo pueda decir de otro modo. Observamos un cambio que va desde encontrar en el niño las causas a un problema a poder pensar que todos nos encontramos involucrados en el conflicto. Pues como vemos las causas

por las que un niño pueda manifestarse a través de la inestabilidad motriz no necesariamente se encuentran en él.

Destacamos este reconocimiento que desde el enfoque psicoanalítico se puede efectuar hacia la infancia, en tanto sujetos, sin un desconocimiento de los aspectos neurobiológicos, ya que la idea no es disputar un origen, sino más bien aportar desde el psicoanálisis a la comprensión de las manifestaciones que necesariamente debemos pensar en un contexto dinámico.

Este estudio tuvo como objetivo efectuar un acercamiento a los aportes que desde el psicoanálisis se pueden entregar a la comprensión del Trastornos por Déficit Atencional, consideramos que una de las áreas en que a través del desarrollo de esta investigación hubiese sido aún más enriquecedora para cumplir los objetivos, tiene relación con los aportes que desde la Psicomotricidad se pueden efectuar. En nuestro país esta forma de abordaje se está instalando, a diferencia de países como Argentina lugar donde la psicomotricidad se encuentra ampliamente desarrollada, y sus aportes han permitido incorporar otra mirada a esta problemática. Desde ahí, consideramos que esta investigación abre la posibilidad a futuras investigaciones que centren su objetivo en los aportes que a nivel teórico y práctico se puede otorgar en la comprensión y tratamiento del TDAH.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J. (1974) *Manual de psiquiatría infantil*. Paris: Masson.
- American Psychiatric Association (1994/1995) *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM IV. (3º ed.). Barcelona: Masson.
- Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. (3ª edición) Madrid: Taurus.
- Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y salud Mental (2004) *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Adolescent* CFTMEA- R- 2000 Clasificación Francesa de los Trastornos mentales del niño y del Adolescente. Buenos Aires: Polemos.
- Barkley, R. (1995). *Niños hiperactivos*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales: guía completa del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH*. Barcelona: Paidós.
- Bauermeister, J. (s.f.) *El Déficit de Atención y las Funciones Ejecutivas*. Extraído el día 15 de Enero 2007 desde <http://www.deficitdeatencion.org/deficita.htm>

- Bergès, J. (1974). *Cuadernos de terapia psicomotriz*, N° 1. Buenos Aires. Numero especial de la Sociedad de Terapia Psicomotriz.
- Bergès, J. (1990). *Los niños hiperkinéticos*. Conferencia presentada en las primeras jornadas franco-chilenas de psiquiatría y psicoanálisis, Santiago.
- Bergès, J. (1990). Los trastornos psicomotores del niño. En S. Lebovici, *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, tomo IV (P. 63-88). Madrid: Biblioteca nueva.
- Bergès, J., Balbo, G. (1998). *Sobre el transitivity. El juego de los lugares de la madre y el niño*. (1999). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bergès, J. (2005). Cognoscitivo y teorías sexuales infantiles. La cultura de los superdotados. *Periódico francés de Psiquiatría n° 18,3*.
- Calderón, C. (2003) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: programa de tratamiento cognitivo-conductual*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología.

- Chemama, R. (1995). *Diccionario del Psicoanálisis*. Diccionario actual de los significantes, conceptos y temas actuales del psicoanálisis. (2ª Edición) Buenos Aires: Amorrortu
- Chokler, M. (2002) Atención temprana en la prevención del síndrome de hiperactividad y de los trastornos atencionales. *Revista La Hamaca, Cuerpo, espacio, identidad*. N° 12. Pág. 27-37.
- De la Barra, F. Toledo, V y Rodríguez, J. (2004). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Revista Chilena neuro- psiquiatría*, 42, 259-272.
- De Mause, L. (1991). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Universidad.
- Demetrio, N. (2005). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): programa educativo para profesorado de educación infantil y primaria*. Tesis de maestría. Datos no publicados
- Dolto, F. (1984). *La imagen Inconsciente del Cuerpo*. (2ª Edición) Barcelona: Paidós.
- Dolto, F. (1986). *La Causa de lo Niños*. (4ª edición). Barcelona: Paidós.

- Duveger, M (1972). *Método de las Ciencias Sociales*. Barcelona: Aiel.
- Freud, S. (1901-1905). *Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. VII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer. Obras Completas*. Biblioteca Nueva.
- Gil, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos. Aplicación a la investigación educativa*. Barcelona: PPU
- González, M. (s.f.). *Abordajes institucionales: ¿Qué lugar para el sujeto niño?*  
Extraído el 01 de Noviembre de 2006 desde  
<http://www.facso.uchile.cl/psicologia/analitico/secciones/ponenciaina.htm>.
- Green, C. (1994). *El niño muy movido o despistado*. Australia: Medici.
- Guillerault, G. (2005) *Dolto, Lacan y el estadio del espejo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3ª edición). México: Mc Graw Hill.

- Illanes, M. (1991). *Ausente, Señorita. El Niño Chileno, la Escuela para Pobres y el Auxilio (1890-1990).* (1ª edición). Chile: JUNAEB.
- Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.* (2ª Edición) Novedades Educativas.
- Jerusalinsky, A. y cols. (2000). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil. Una clínica transdisciplinaria.* (2ª Edición). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lacan, J. (1957-1958). *Seminario 5. Las formaciones del inconciente.* (5ª Edición). Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis.* (2ª Edición). Barcelona: Paidós.
- Levín, E. (1991). *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levín, E. (1995). *La infancia en escena. Constitución del sujeto y desarrollo psicomotor.* Buenos Aires: Nueva Visión.

- Levín, E. (2006). *¿Hacia una infancia virtual? La imagen corporal sin cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Menéndez, I. (2001) Trastorno por déficit atencional con hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y el adolescente*.
- MINSAL, (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Extraído el 27 de Junio de 2006 desde <http://www.misal.cl>
- Pernicone, A. (2005). Revista de Psicoanálisis con niños Fort-da. *Acerca del movimiento corporal en los niños. Vicisitudes de la excitación motriz: su estructuración subjetiva, fallas y síntomas asociados*. Extraído el día 10 marzo de 2007 desde <http://www.fort-da.org.com>
- Pizarro, A. (2003). *Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitivo-conductual en un contexto educativo para el tratamiento de niños chiles diagnosticados con el trastorno por déficit atencional / hiperactividad*. Tesis para optar al grado de magíster en psicología, Universidad de Chile.
- Quevedo, M. (2001). *El Niño en el Discurso Psicoanalítico: Una Contribución para la Comprensión de la Clínica Psicoanalítica con Niños en el Marco de la*

*Neurosis, Psicosis y Autismo Infantil*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica, Universidad Diego Portales. Santiago.

- Quivy, C. (2004). *Manual de Investigación en Ciencias Sociales*. México: Limusa.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. (2ª edición). España: Aljibe.
- Rodulfo, M. (s.f.). El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia.
- Rodulfo, R. (1989). *El niño y el significante*. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana (6ª edición). Buenos Aires: Paidós.
- Rothhammer, P. (2006). *Dimensión del Síndrome Déficit Atencional con Hiperactividad y actividad eléctrica cortical*. Tesis para Optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile.
- Sami-Ali, M. (1990). *El cuerpo, el espacio y el tiempo*. (2ª Edición). Buenos Aires: Amorroto.

- Tapia, S. (2006). Reflexiones de una experiencia grupal con niños “hiperactivos” a partir del programa Habilidades para la vida, JUNAEB. *Castalia, Revista de psicología de la Academia, n° 11, año octavo*. Pág. 83-90.
- Taylor, E. (1994). *Síndrome de déficit atencional e hiperactividad Psicología infantil y adolescente. Aproximaciones modernas*. Oxford.
- Untoiglich, G. (2005). *Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida. Inteligencia, un debate sobre la complejidad. Documento sobre ADD/ADHA*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Untoiglich, G. (s.f.). *Lectura crítica del déficit atencional en los niños inquietos, desatentos, movedizos*. Extraído el 12 de Octubre de 2006 desde [www.pagina12.com.ar](http://www.pagina12.com.ar)

## **6. ANEXOS**

### **A.- Guión de entrevista**

- Desde la experiencia Clínica, que visión tiene acerca del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.
- De que forma a partir de su experiencia se puede caracterizar el TDAH.
- Características psíquicas de los niños diagnosticados con TDAH.
- Cuales son las características familiares de niños con TDAH que han sido sus pacientes.
- Constitución Temprana del niño y la relación con la madre.
- Desde el discurso de los padres en relación a un niño con TDAH, que nos puede señalar.
- Motivo de consulta de los padres.
- Demanda de los padres y el niño.
- Opinión acerca del diagnóstico y tratamientos terapéuticos y farmacológicos actuales para el TDAH.
- Aportes del Psicoanálisis al TDAH.

## **B.- Entrevistas Semiestructuradas**

### **Entrevista N° 1**

**Terapeuta M. M.**

**E: Me gustaría que me pudiera contar, ¿Cuál es su experiencia en el trabajo con niños?**

**M.M:** trabajo en clínica con niños desde siempre, desde que terminé mi formación he desarrollado prácticas con niños psicóticos en Francia en Bonneuil, en ese período desarrolle mi práctica. En contexto hospitalario, en el Hospital Exequiel González Cortés, he participado de seminarios al interior de ese mismo hospital y me he dedicado últimamente a todo lo que tiene que ver con la primera infancia, sobre todo entre los 0 y 6 años. He trabajado también en contextos hospitalarios con prematuros y en clínica privada.

Puedo decir que mi perfil y mi clínica hasta el momento han estado centrados en el trabajo con niños, muy pocos adultos o los adultos que yo recibo, se reciben con los niños que son traídos a la consulta.

**E: ¿Qué visión tiene acerca del TDAH?**

**M.M:** El primer encuentro que tengo con el TDAH, aparte de la teoría, se da en el Hospital Exequiel González Cortés, en mi práctica, (...)existe una gran cantidad de niños que son diagnosticados por este Trastorno de Déficit Atencional, mi impresión

fue que hay un exceso en el diagnóstico, lo que yo recuerdo, es una de las cosas que permanecen en el abordaje profesional, la facilidad con que los psiquiatras y los neurólogos realizaban el diagnóstico del Déficit Atencional, con la poca cantidad de elementos que los llevaban a hacer este tipo de clasificaciones en los niños y con la consiguiente medicación y hasta la fecha yo podría decir que existen en mi consulta y en mi práctica clínica. Yo recibo habitualmente niños que han sido diagnosticados con Déficit Atencional y tengo la impresión de que el Déficit Atencional es tan solo la manera de describir algunos hechos, algún conflicto, algún sufrimiento, sobre todo eso, que no le pertenecen al niño.

**E: ¿A que obedece este exceso de diagnóstico?**

**M.M:** Los problemas del diagnóstico en el Déficit Atencional, yo creo que se pueden desglosar en varias partes. Un primer punto, la descripción, las descripciones del Déficit Atencional en los manuales diagnósticos como el DSM IV son tan amplias y caen en niños normales entre comillas, como en niños con cualquier patología de cualquier otro orden. En segundo lugar es un diagnóstico que en general no hace daño o no genera demasiadas resistencias, ni en el ámbito de la psiquiatría, neurología y psicología, ni en el ámbito de los padres, porque de alguna manera al tener asociado el Déficit Atencional a un problema neurológico, como un problema que tiene que ver con aspectos internos del niño, que no son identificables, que no tienen relación con el ambiente con las pautas de crianza, con la relación con los padres, con las primeras relaciones tempranas, etc. Este diagnóstico entonces soluciona una duda o un conflicto que podrían tener los padres al sentirse responsables de todo lo que hace,

entonces se externaliza el problema hacia una biología y tiene una solución más o menos sencilla que es la medicamentación y eso muestra la falta de compromiso de los padres por el problema de los niños. Otro problema puede ser que el sobrediagnóstico se debe a una enorme presión que tienen los colegios por asegurar el rendimiento de los alumnos dentro de la sala de clases, los profesores están sometidos a enormes presiones que requieren que los niños sean receptores de una gran cantidad de información y que para eso requieren que los niños estén más o menos tranquilos en la sala, que no perturben demasiado, que no estén “inquietos”, que es una palabra interesante, porque decir que no estén inquietos los niños quiere decir, de alguna manera, que se mantenga sentado en su silla, en su banco, pero también quiere decir que no haga preguntas, que no se muestren activos frente a la recepción de conocimientos.

Yo diría que hay un factor cultural, el factor más macro, es la presión de los profesores, la presión que los padres someten a los hijos en el sistema educativo, tiene que tener éxito en el aprendizaje y recepción de información lo que lleva a tener mayores posibilidades de que los niños estén cada vez más pasivos para cumplir con las expectativas que tiene el mundo adulto.

**E: Algo que posteriormente se les crítica**

**M. M:** Claro, es como una especie de doble estándar, por un lado se exige pasividad, se pide que los niños sean muy pasivos, pero por otro lado se pide que tengan iniciativa, pero todo dentro del marco de lo correcto, de lo aceptable, una cosa es

protestar por el mejoramiento de la educación y otra cosa es ser delincuente y a veces la diferencia no es tanta, no es tan clara.

**E: Hablaba de su experiencia en el Exequiel González Cortés, podría caracterizar a estos niños que llegan diagnosticados con TDAH.**

**M.M:** Espera, respecto a las otras causas, una otra causa del Déficit Atencional es el contexto cultural, otra causa que habría que añadir, que tiene relación con la calidad de trabajo de los chilenos de los adultos. Los trabajos exigen a los padres muchas horas fuera de las casas, tienen una exigencia no solo horaria, sobre todo la gente de clase media, media baja, que hace que la educación de los hijos esta completamente delegada a la persona que los cuida durante la tarde, los padres no tienen tiempo para hacerse cargo de las preocupaciones e inquietudes que tienen los niños. Esto tiene que ver con una cierta política de Estado, de aceptar que en Chile los trabajadores, trabajen una cantidad de horas excesivas que les impide volcar su tiempo, su interés a lo que les esta pasando a sus hijos y este es un punto muy relevante.

Me habías pedido que caracterizara a los niños tratados con TDAH, una de las cosas importantes que yo he percibido, sobre todo cuando trabajé en Integramédica en La Florida, atendí mucha gente de ese sector que tenía, justamente ese perfil, padres agobiados por jornadas laborales muy extensas, muchas horas de trabajo, que llegaban a casa completamente agotados y se encontraban con problemas escolares de sus hijos y ni siquiera tienen el tiempo, o sea más allá de si tienen o no la capacidad o no para saber comprender, entender e interrogar qué es lo que está

pasando con sus hijos. Yo diría que una de las características generales de los niños que son catalogados con este diagnóstico, son niños que tienen dificultades en el establecimiento de lazos con los padres, porque no tienen tiempo o bien, porque a pesar de tener tiempo hay en ellos dificultades para el clásico manejo de normas y límites, habría que llamarlo de otra manera por cierto, pero tienen dificultad para transmitir la autoridad, la ley, un cierto orden, ciertas estructuras que permitan al niño comprender que hay momentos para hacer y momentos para detenerse, etc. Diría entonces que son niños que en general están pidiendo a gritos una autoridad paterna que los escuche, que se haga cargo de esas inquietudes que posiblemente tengan a propósito de temas transversales de la infancia del ser humano como son la muerte. También creo que en general, uno podría decir que son niños que de alguna manera, están cuestionando la forma en como los profesores hacen uso de la autoridad, la manera en que los profesores buscan que el niño entienda. Me ha tocado ver niños, que uno diría son Déficit Atencional puro, de esos que dicen los psiquiatras que no hay ninguna explicación y es cierto que a veces se hace más difícil en una entrevista mantener al niño para poder conocerlo y comprenderlo un poquito más. Pero yo diría que son niños que no es que desconozcan la ley, no es que tengan conflicto con la autoridad, son niños que están quizás en busca de ciertos límites, en búsqueda de ciertos organizadores de su conducta.

**E: ¿Qué sucede en relación a los padres que llegan a la consulta con este niño?**

**M.M:** Yo creo que al menos en este momento, se pueden distinguir dos clases de padres. Los que rechazan la idea del diagnóstico de Déficit Atencional en sus hijos y

otros que lo aceptan. Dentro de los que lo rechazan, uno es porque simplemente no son capaces de ver las dificultades de sus hijos y otros porque rechazan la idea de la medicamentación como alternativa para trabajar y para solucionar los problemas que tienen sus hijos en el colegio. En ese caso, ese podría ser el grupo de padres más motivados a intentar hacer un cambio ambiental que permita mejorar los problemas que presentan sus hijos, esos cambios pueden ser en la familia, en el manejo que pueda tener la mamá, el papá, de la conducta de su hijo, pero también puede implicar otros cambios ambientales que pueden ser buscar un mejor colegio para el niño donde sean mejor aceptadas las cualidades personales y sea mejor tolerado.

Hay otro grupo de padres que vienen a confirmar un diagnóstico realizado por psiquiatras y neurólogos, vienen porque son derivados, no hay una motivación interna, no hay una motivación por comprender más allá lo que está pasando con su hijo, vienen tan solo a pedir algunas recomendaciones muy prácticas, muy concretas para que eso cambie y ahí la psicología, el psicoanálisis o la mirada un poco más de la conducta pueden ofrecer cosas muy distintas, porque para padres que vienen en busca de respuestas más concretas, lo mejor sería entonces pensar en una clase a los padres sobre manejo de normas y límites, súper recurrido y a veces cuando algunos padres van, buscan eso. El psicoanálisis por cierto que no, hace un análisis, una interrogación que va un poquito más allá.

**E: ¿Algo así como la psicoeducación?**

**M.M:** Es totalmente incomprensible, pero ese concepto no es de los padres, yo nunca he visto a un padre pidiendo psicoeducación, las frases típicas que dicen los padres cuando tienen un niño con problemas en el colegio es “nadie nos enseñó a ser padres”, “cuando era chico, yo tenía los mismos problemas que mi hijo y nadie hizo nada”, “yo pase los problemas sin más ayuda”, “antes los castigos físicos ayudaban a resolver los problemas”, “no tengo herramientas y no sé cómo manejar a mi hijo porque ahora el castigo no se estila”, “no sé que decirle, las recompensas no funcionan”.

Eso de la psicoeducación es un invento de los Psicólogos, encuentro aberrante este tipo de psicología, pensar que con clases de psicología abreviada uno va a poder resolver problemas de las personas en todo ámbito de cosas, si fuera por la psicoeducación todos los psicólogos seríamos sanos, yo pienso que es completamente aberrante poner escuelas para padres, escuelas para la vida o psicoeducación.

**E: ¿Qué sucede con el niño en términos de la demanda?**

**M.M:** El psicoanálisis de niños nos enseña que cuando hay un síntoma en un niño, lo primero que tenemos que pensar es a quién corresponde efectivamente el conflicto subyacente que hace aparecer el síntoma, posiblemente el niño, tan solo sea la expresión de un conflicto que se da en otro lugar de la familia, que no es el niño, que no es su individualidad, no es el individuo el que esta aportando el conflicto, es posible que el conflicto se encuentre aparejado en uno de los padres o en la relación

de pareja. Entonces, desde un punto de vista psicoanalítico, uno puede pensar que las dificultades que tiene un niño, perfectamente pueden ser una manera de expresar, una manera que tiene el niño de poner en manifiesto los problemas que tienen los padres. Ahí está entonces el manejo de normas y límites, uno le puede enseñar a la madre a tener un mejor manejo de normas y límites, pero la configuración clásica considera que es el papá, considera que la mamá sobreprotege al niño, la mamá cree que el papá es muy estricto y si uno va ahondando un poquito más profundamente, más allá de la discordancia de normas y límites que se da por diferencias entre los padres, uno se va encontrando que las diferencias de pareja, el amor, su propia sexualidad, su propia historia se está poniéndose en juego ahora por el niño y eso es lo que los padres no toleran, por eso el Déficit Atencional como diagnóstico viene a resolver un problema que para los padres puede ser aún más amenazante, que es cuestionar su relación de pareja, por qué siguen casados, por qué viven juntos, su matrimonio, entonces el sufrimiento de los padres efectivamente puede ser así, un niño con su conducta está expresando un conflicto que se da a otro nivel.

**E: ¿Existiría un sufrimiento en el niño?**

**M.M:** La clínica psicoanalítica o la escucha psicoanalítica, hace que uno interroge a ese niño para poder resolver el tema, si es él quien tiene una demanda de tratamiento, si él tiene la necesidad de buscar una nueva manera de afrontar las dificultades que son señaladas por él, el psicoanálisis pregunta al sujeto, si su deseo es cambiar y asumir el riesgo que implica, porque cambiar podría llevar a transformar la modalidad

de relación con sus padres, quizás sea algo muy difícil de superar, por algo el síntoma se ha mantenido.

**E: Hablaba de la relación con el padre y la madre, ¿Cree ud. que se puede caracterizar la relación con la madre?**

**M.M:** Si es posible decir que los niños que son diagnosticados con esto tienen una relación particular con la madre, la diversidad es tan amplia, que me costaría decir una categoría. Están entre las madres que sienten que ya no pueden más, como dicen, “yo les he dado todo”, “lo hice todo por él”, “no quiero que pase por los mismos problemas que yo en mi infancia”, me cuesta hacer una categoría, decir madres de los niños con Déficit Atencional, tienen las siguientes características, quizás esta gran división, los que aceptan pautas que uno les y quieren cambiar sus modos de relacionarse y los que no lo aceptan porque no lo ven.

**E: ¿Qué opinión tiene acerca de la visión de causa neurológica que se le ha dado al TDAH?**

**M.M:** Yo tengo la impresión que las nuevas teorías de las causas del Déficit Atencional, no aluden estrictamente a un daño. Cuando se postulaba la disfunción cerebral mínima, yo diría que era un argumento lo más cercano a un delirio paranoico, alguien que dice que existe un daño cerebral mínimo, que por ser mínimo no se puede ver, pero que debe suponerse por las alteraciones del niño, uno podría decir que es un argumento extremadamente delirante, porque no permite comprobación empírica alguna y eso da para pensar bastante.

Yo creo que hay que ser cuidadoso con el tema de la etiología, la etiología por un lado es cultural, no es posible que antes no hubiera Déficit Atencional y ahora los hay en una cantidad excesiva, entonces tienen que haber necesariamente factores culturales que están influyendo. Existe una influencia desde lo cultural, posiblemente hay niños que tengan una mayor necesidad de moverse, de realizar una actividad física, quizás sea algo dado por la biología, yo no lo sé, no lo puedo afirmar ni lo puedo negar, es tan delirante afirmarlo como negarlo, mientras no exista un avance, documentos, investigaciones que uno pueda leer, es difícil afirmar sobre la etiología del Déficit Atencional. Al igual que la mayoría de las enfermedades mentales, el hecho que exista una base biológica, no implica sustraerse de la responsabilidad de la escucha que uno debe poner cuando existe un conflicto, porque cuando hay un conflicto, se presume que hay un sufrimiento. El conflicto radica en el niño diciendo que simplemente él tiene el problema, eso genera una cierta cuota de sufrimiento, por lo tanto si hay o no hay una base biológica, debemos de todas maneras, desde el punto de vista de la salud mental, pensar en el conflicto que está a la base, en el sufrimiento que está implicado y empezar a abordarlo, bajo la óptica de la responsabilidad, de la clínica, de la terapéutica.

**E: Desde su experiencia, ¿Cuáles son los aportes que se pueden hacer desde el psicoanálisis al TDAH?**

**M.M:** El psicoanálisis tal como yo lo entiendo, el psicoanálisis más desde una óptica Francesa, tiene la virtud de considerar en el abordaje de los problemas, la virtud de incorporar distintas lecturas, incorporar distintos discursos. Está el discurso escolar,

esta el discurso del niño, esta el discurso de los padres, esta el discurso de la cultura. El psicoanálisis creo que muchos pueden pensar erradamente que consiste en es el abordaje de los problemas que se dan al interior del individuo, mucha gente cree que el psicoanálisis es para gente con muchos recursos, con todas sus necesidades resueltas, etc. Pero yo diría que el psicoanálisis tal como yo lo entiendo, lo que puede aportar la escucha psicoanalítica, es incorporar los distintos discursos implicados.

En particular el psicoanálisis debe o puede hacer una interrogación o hacer una reflexión desde una óptica antropológica, sociológica, para comprender mejor el fenómeno clínico que tiene en frente, recibir a los padres, acompañarlos, buscar la manera en que ellos puedan acercarse al sufrimiento de su hijo, me parece muy valioso, considerar al niño como un sujeto activo frente a las dificultades que se les están siendo señaladas, interrogar a los profesores sobre su relación que tienen con el niño, también es algo valioso y que en resumen el psicoanálisis puede aportar una cierta aproximación que uno podría llamar ética, pero bajo la óptica de la responsabilidad, no solamente como deber, sino una búsqueda de comprender las preguntas implícitas que tienen aquellas preguntas presentadas por el niño. El aporte del psicoanálisis es pensar que todos estamos de la misma manera involucrados en este conflicto y que existe una óptica que va más allá de la tecnología y la política.

## **Entrevista N° 2**

**Terapeuta D. M.**

**E: ¿Cuál es su experiencia en clínica infantil?**

**D.M:** Yo salí hace como 10 años, primero trabajé en un hospital, después en otro, entonces mi experiencia parte por trabajo en hospital. Trabajé con niños y de ahí empiezo a trabajar en distintas instituciones y luego en clínica privada. Hace como diez años que trabajo con niños, adolescentes y adultos también y desde el psicoanálisis porque mi formación siempre ha ido por esa línea

**E: ¿Cuál es la visión que tiene del TDAH?**

**D.M:** Que es un trastorno, es una producción cultural, primero que nada. Uno lo que ve son niños hiperactivos, son niños que puede que no atiendan o son niños que tienen alguna dificultad más específica que se reúne en lo que se llama Síndrome de Déficit Atencional. Es un síndrome, por lo tanto reúne una determinada cantidad de augurios, pero la experiencia muestra que justamente muchos de esos síntomas pueden estar asociados a distintos trastornos de base, que no necesariamente aluden a lo que clásicamente se conceptualizó como Déficit Atencional, en esta cosa como de la disfunción cerebral mínima, entonces es complicado porque se hace un uso abusivo de este diagnóstico que ha ido cambiando en el tiempo, empezó siendo una disfunción cerebral, pero ahora terminó siendo un Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad y se hace un uso abusivo en el sentido de que no todo niño hiperactivo, tiene un TDAH. Además que hoy día aparecen unas categorías de

TDAH sin hiperactividad, que son posteriores, entonces también hay niños que no se mueven, pero que también tienen el mismo trastorno, entonces es un problema. En términos diagnósticos yo creo que responde un poco a las necesidades diagnósticas de los colegios, medios, psicólogos, neurólogos, los que sean.

**E: ¿Cómo podría caracterizar el TDAH?**

**D.M:** Una dificultad. Fíjate que este último tiempo, sobre todo trabajando con algunos psiquiatras infantiles de repente me he encontrado también con ciertos diagnósticos que podrían ser muy acertados con respecto al TDAH y cuando se habla de este trastorno, en general tiene una base, entre comillas, orgánica que se alude como una especie de inmadurez. Es súper difícil evaluar la inmadurez, es una inmadurez que tampoco estoy completamente de acuerdo, pero que sin embargo, tal vez habría que tratar de considerarla, que alude a un modo de funcionamiento con el mundo distinto, un modo de funcionamiento que no permite colar todos los estímulos, que no permite discriminar, que no permite diferenciar y eso como consecuencia tendría una falta de atención y un movimiento excesivo, no saber de los límites, no ver el riesgo propio. Ahora, en general no lo diagnóstico mucho, pero cuando se diagnostica y me ha tocado en este último tiempo, al trabajar con psiquiatras, que tal vez es interesante pensar, sobre todo en la línea como más de aprendizaje, que tal vez en la relación con los otros hay un trastorno mucho más específico, tiene que ver con algo del orden, entre comillas, madurativo, ahora de ser así, esto pasaría en algún tiempo, que podría estar asociado a estas conductas, por eso

cuando se hace este diagnóstico, yo creo que se hace en este sentido, a mi no me hace mucho sentido hacer un diagnóstico de Déficit Atencional con Hiperactividad.

**E: ¿El diagnóstico se haría más en el sector público que privado?**

**D.M:** También se hace en la clínica privada, los neurólogos abusan del diagnóstico, te aseguro que todos los niños que van al neurólogo, todos deben tener déficit, los psiquiatras y psicólogos menos, yo creo que los neurólogos abusan.

En el sector público si, todo el mundo y es un diagnóstico que además esta incluido en el AUGE, entonces sirve, por eso es una producción cultural, si esta incluido ahí sirve, entonces todos tenemos Déficit Atencional, pero en el sistema privado también, es una especie de muletilla, si yo no sé lo que le pasa al otro, entonces esto me asegura algo de donde afirmarme, pero en el trabajo, a más darle una pastilla que efectivamente en alguno de los casos puede funcionar, lo interesante no es si tiene o no tiene, es qué hace el niño con esa dificultad que porta y ahí se pierde esa intervención, en general los niños son diagnosticados así.

**E: ¿Cuáles serían las características psíquicas de los niños con TDAH?**

**D.M:** Yo no reconozco muchas diferencias porque no uso el diagnóstico, pero podrían ser niños que les cuesta modular los estímulos y eso no es solo sensorial, no es porque tengan un problema sensorial, sino hay algo del orden de la integración sensorial que todavía no funciona completamente, es así como la línea madurativa, por ejemplo, les costaría leer desde estímulos perceptivos hasta estímulos

emocionales, son niños que no saben decir, es como que la conciencia, no es la forma exacta de decir, pero la conciencia del propio cuerpo, con respecto de las propias sensaciones es escasa, así como no pueden diferenciar afuera, tampoco pueden diferenciarse en ellos, en ese sentido, todos los límites se corren un poco. Hay unas hipótesis por ejemplo de unas teorizaciones relacionadas, que trabajan los terapeutas sensoriales, que tienen que ver con ciertas modalidades sensoriales, entonces hay niños que tienen una modalidad y que necesitan estimularse o autoestimularse, por ejemplo corriendo mucho, moviéndose mucho o haciendo muchas actividades, para entonces tener un funcionamiento más acorde a lo que ellos necesitan, que sería como compensatorio, entonces eso es interesante.

Características generales no se me ocurren, bueno que no ponen atención, pero un niño con Déficit Atencional, hay instancias en las que no pone atención pero hay otras en las que si puede poner, entonces es como un diagnóstico de ciertos momentos, siempre más funcional en los colegios. No se me ocurren más categorías, aparte que no las uso y no me gusta tampoco incluir a todos los niños en una categorización que va a ser arbitraria o que esa dificultad puede expresar muchas cosas, sobre todo si nosotros atendemos a que esto es un síndrome y como síntoma puede depender de muchas cosas.

**E: ¿Cómo operaría la constitución psíquica temprana de un niño con TDAH?**

**D.M:** La verdad es que no tengo una teoría específica, porque como es un diagnóstico que eventualmente tomo, más lo uso en el sentido de por qué será necesario que este

niño tenga este diagnóstico, claro que le cuesta atender, entonces no podría decir a todos los niños con Déficit Atencional les pasa esta cosa, hay otras teorizaciones que si lo tienen, pero yo no las manejo, pero existe esa idea. No son todos iguales y el síntoma puede eludir a muchas cosas, si pensamos en el tema de la maduración, tal vez haya algo de lo materno ahí o a esas primeras personas como de contención que tal vez no están, tal vez la simbolización no se ha logrado completamente, porque también hay un punto en la simbolización, entonces es súper apresurado decir algo.

**E: ¿En cuanto a la relación con la madre?**

**D.M:** No uso el diagnóstico como un eje de trabajo, me fijo en la relación, pero no estoy pensando en el diagnóstico, y si pienso en el diagnóstico es en el sentido de, pareciera que este niño es más bien un Déficit Atencional que Juan y la verdad es que no me interesa trabajar con un Déficit Atencional, me interesa trabajar con Juan rápidamente, y si lo tuviera, si está tomando pastillas y eso le sirve, eso funciona, entonces es muy difícil porque no estoy centrada en eso, no estoy mirando eso, como si hubiera algo diferente, como si fuera estructural.

Yo creo que un niño con Déficit Atencional es neurótico, ahí si hay una diferencia coyuntural, no creo que haya Déficit Atencional en la psicosis, entonces si es neurótico, son las vicisitudes de la neurosis y ya. Y como efecto pareciera que funciona, las terapéuticas funcionan.

**E: ¿Cuál es el discurso de los padres en relación al tema?**

**D.M:** Es como bueno, “del colegio me lo mandan porque tiene Déficit Atencional”, y que ellos encuentran que el niño es igual al papá por ejemplo, eso es una parte, “de allá lo mandan y yo no veo problema” y el otro es, “este niño es un Déficit Atencional y todo él, todo su funcionamiento es por el Déficit Atencional”. Entonces es como, “¿parece que le cuesta tal cosa? Si, es por el Déficit Atencional”. En el fondo este nombre, este diagnóstico da sentido a un discurso que tal vez sin este diagnóstico, porque al final es como algo que liga, no tendría sentido. Tal vez habla de una dificultad en los padres de poder hablar de su hijo sin tener un medio de que afirmarse, podría pasar con otro diagnóstico, pero yo creo que este es un diagnóstico socialmente aceptado, por lo tanto puedes tener Déficit Atencional y no es tan grave, incluso tienes ciertas ganancias secundarias, “Ah, es que no se tomó la pastilla”, “Ah, es que tiene Déficit Atencional”, entonces tiene ciertas ganancias secundarias, es un diagnóstico socialmente aceptado y en tanto tal, tú puedes tenerlo y ser parte de la sociedad, no es como tener esquizofrenia o ser autista, son diagnósticos aceptados, entonces te permiten a ti circular de una manera en lo social que de otra manera no podrías haberlo hecho, entonces para los padres pasa por ahí, es como ortopédico, este diagnóstico les sirve, como una especie de ortopedia para una relación o para sostener algo en el hijo.

**E: ¿Y desligarse quizás de las posibles responsabilidades que podrían tener ellos en esto?**

**D.M:** Bueno como con cualquier diagnóstico, claro, si tiene Déficit Atencional no soy yo es el Déficit Atencional. Entonces en cualquier diagnóstico el trabajo es el mismo, ¿Qué tiene que ver usted en todo esto? Claro podría tener cualquier cosa, una pierna más larga una más corta, Déficit Atencional, cualquier cosa, pero ¿Qué hace usted con eso? Entonces se juega en otro lugar la terapia, ese también es otro lugar donde ellos, yo creo que no se trata de no hacerse responsable, porque todo padre sabe inconscientemente que hay responsabilidad, pero no tiene como hacerse cargo porque de repente los padres, la sociedad o el discurso social es súper fuerte, no es fácil, entonces ellos se atreven un poco a pedir ayuda, son muchos los padres que vienen y dicen “no sé como lo estoy haciendo, necesito ayuda”, entonces es más fácil decir “lo mandaron desde el colegio porque tiene Déficit Atencional”, pero finalmente igual venia atrás “¿no sé que estoy haciendo?”. Entonces se usa socialmente también, tiene una función social mucho más importante de lo que uno se imagina, cualquier diagnóstico y este en particular, partiendo de que aparece en el AUGE, que es lo único que aparece del niño, el único diagnóstico, es como que en Chile hoy día la única posibilidad es que tú para ser niño e incluirte en el sistema de salud, es que seas un Déficit Atencional y con Hiperactividad, entonces evidentemente van a haber millones.

**E: ¿Cuál es el motivo de consulta de los padres cuando hay un niño con TDAH?**

**D.M:** “Me mandaron del colegio”, “este niño no estudia, no atiende, el neurólogo me mandó”, tiene que ver como con un tope, donde en el colegio alguien les dijo tiene un TDAH, o ellos mismos llegan con la pregunta ¿No será que tiene TDAH? Es porque no se ajustó el niño, pero no se ha ajustado en el sentido que no le va bien, a veces es un poco impulsivo, no atiende o a veces no hace lo que los padres quieren, “es que no me escucha”, que raro probablemente los está escuchando, “no, es que no hace lo que yo le pido” ¿y que le pide? “hace la cama, las tareas, no grites, no saltes” entonces claro, el niño no hace lo que los padres le piden que haga y yo creo que llegan por eso, llegan mandados, o sea llegan con una queja, una queja que es socialmente aceptada, una queja que es admitida pero que siempre porta otra demanda más específica y ahí uno verá respecto de eso, si ellos tienen algún interés en trabajar en eso. Creo que también es variado y depende de cada familia, pero siempre esta esto de “Del colegio me mandaron”, porque ahí es donde perturba más el niño que se mueve o que no atienden entre comillas a lo que debería atender.

**E: ¿Hay demanda de parte de los niños con TDAH?**

**D.M:** A veces, creo que como pasa con todos los pacientes, uno podría quedarse sólo escuchando la queja del paciente y ahí nunca ver lo que pasa en el niño, eso tiene que ver con la ética psicoanalítica, si uno trabaja desde esa ética y supone que hay un sujeto y uno puede preguntarle, “¿Qué te pasa a ti?”, todo el mundo dice que tú eres esto, y uno puede escuchar otra cosa ahí, claramente puede aparecer una demanda, si uno escucha y eso es interesante, ver por qué dicen “Este niño no escucha”, pero claro

ahí nadie escucha, porque qué es lo que quieren, en las tareas domésticas, o cuando el niño dice, “Sabes que no quiero hacer esto o no lo entiendo”, entonces ahí ya no se puede escuchar. Entonces esta es una cuestión dialéctica al final, eso también se puede generar en el trabajo, si no viene, si uno le da un lugar más positivo al niño, como niño, no como Déficit Atencional, porque el Déficit Atencional no puede pensar, la categoría diagnóstica es nada, es el niño el que piensa, ese niño con un nombre, con una historia y ese es el niño que puede pedir, no el TDAH, que es el problema de los diagnósticos en general.

**E: Muchas veces en el sector público es con esto con lo que se trabaja, con el diagnóstico TDAH.**

**D.M:** Si, sea no solo en el TDAH, con la depresión, con el alcohol, la anorexia, la drogadicción y el sujeto desaparece detrás del diagnóstico y ese es un mal muy general, porque también es un elemento de control, se usa para controlar consciente o inconscientemente, no tiene que ver con la maldad, pero es una forma de control, Foucault ya lo dijo.

**E: ¿Cuál es su opinión con relación al diagnóstico del TDAH?**

**D.M:** Para mi los diagnósticos, no los uso, pero creo que eventualmente pueden ser interesantes, a veces para los padres, necesitan ponerle un nombre a lo que le pasa a su hijo, las más de las veces creo que son útiles para dialogar con otros, en términos profesionales, creo que para ciertos profesionales es más fácil, permite irrisoriamente la idea de que nos podemos entender, como diagnóstico sindromático, porque eso es

lo que es, es un conjunto de síntomas. Entonces yo puedo decir, claro, tiene este síntoma, este síntoma y este síntoma y se le llama de tal forma o se le puso este nombre, ahora por qué o bajo que circunstancias, ese es ya otro cuento, ahora si yo trabajo este diagnóstico lo hago bajo este sentido, la verdad es que con todos no, no le veo mucho la utilidad del síndrome, además que es una cosa como de acuerdo, de poder situarlo, pero no siempre para una familia es necesario ese nombre, tal vez es necesario darle otro nombre, que sea un poquito más subjetivizante, no tan alienante.

**E: ¿Cuál es su opinión de los tratamientos que se le dan al TDAH?**

**D.M:** Cuando se trata el Déficit Atencional, y no a la persona que tiene tal o cual síntoma, es una ilusión, porque finalmente tú tratas síntomas y si desde el punto psicoanalítico uno sabe lo que es un síntoma uno sabe que esto va a aparecer nuevamente en otro lugar, porque no se trata solo de la conducta, por una parte. Por otra parte cuando se trata el Déficit Atencional, a mi me queda la idea, como son todas cosas más bien remediales, tratamientos remediales, se les da la pastilla para que este tranquilo y no moleste, para que aprenda. Los tratamientos conductuales del Déficit Atencional, son esos, mira tú tienes que hacer esto, hacer esto otro, sin embargo en niños con dificultades como esta yo creo que uno podría trabajar con las dificultades, por ejemplo, la modulación, el trabajo con relajación que hace justamente Bergés y Balbo respecto del Déficit Atencional generan una experiencia del cuerpo diferente y eso me parece interesante, pero eso no se hace aquí, lo que se hace es, enseñarle a que module, y eso no se aprende, no es porque alguien te lo diga, que tú lo aprendes, eso es una experiencia en relación a lo que a ti te pasa. Entonces

evidentemente están apuntándolo para cualquier parte y es para sostener además esta categoría, imagínate que de repente se acabaran los Déficit Atencional, qué hace el AUGÉ, qué hacen los manuales diagnósticos, entonces en ese sentido, esta claro de que son productos culturales, los producimos nosotros y son una necesidad para ciertos sectores.

**E: ¿Cuál es su opinión de la farmacoterapia?**

**D.M:** Depende, cuando hay niños que tienen ciertas características muy específicas y que aluden a un funcionamiento no solo que no puede atender porque se mueve, sino una cuestión mucho más general de esta modulación, de los movimientos corporales, he visto que ciertos fármacos efectivamente funcionan, les ayudan, porque lo que hacen los fármacos en el fondo es como, cerrar un poquito el canal, entonces tú puedes discriminar mejor, en el caso de que los niños que lo necesiten. Ahora que pasa, lo que dice Bergés y Balbo, que los niños que se mueven, no porque tengan entre comillas Déficit Atencional o esta falta de modulación, sino que por ejemplo, tienen una relación a la muerte tan particular que necesitan moverse para sentirse vivos, que les das pastilla, les cierras los canales y los angustias diez veces más, entonces a esos niños no les sirve, pero eso no pasa por el diagnóstico, eso pasa por el trabajo clínico que uno haga, y por si efectivamente uno puede diferenciar que un niño necesita estar en contacto con el mundo para poder vivir y otro niño el mundo como que lo invade, entonces necesita ciertos límites, porque tal vez la madre no puede hacer de límite, entonces depende, porque yo encuentro que los fármacos sirven, fijate que yo, me reconcilie después de un tiempo con los fármacos, si claro

que sirven, lo que pasa es que en si mismos no sirven para nada, porque te quitan un síntoma, el punto es que una vez que tú estas más tranquilo, tú puedes trabajar terapéuticamente, además que yo creo que a un niño no hay por qué someterlo a angustias innecesarias, uno después tiene toda una vida para angustiarse, entonces si uno puede acompañar el tratamiento con algún fármaco, que ayude, porque hay muchos niños con, entre comillas, Déficit Atencional, toman antidepresivos, porque lo que esta a la base no es el Déficit Atencional, depende del ojo clínico del que escucha y del que ve y hay psiquiatras que logran trabajar así y a mi me parece muy útil. Pero eso depende de la experiencia y la posición ética que uno sostenga respecto de la clínica.

**E: ¿Habría algún sufrimiento en los niños diagnosticados con TDAH?**

**D.M:** Eso depende de lo que le digan, de cómo aparece, tal vez haya un sufrimiento social en el sentido que tiene que hacerse cargo de portar un diagnóstico social, pero es un sufrimiento que desconocen, están alienados a un diagnóstico o son alienados a un diagnóstico, porque los niños se resisten, hay pocos, pero hay quienes dicen “Yo tengo Déficit Atencional”, entonces claro que ahí hay un sufrimiento del cual somos todos responsables, pero probablemente como todos los humanos, claro que hay ciertos sufrimientos subjetivos en las relaciones al otro, entonces puede haber o no, o puede ser un sufrimiento que trabaje solo o que probablemente necesite trabajarlo con alguien, eso tiene que ver con las categorías de los modelos humanos, en las relaciones humanas. Si es algo específico, yo prefiero escuchar al niño, entonces yo digo, “ah si mira, pareciera que eso lo hace sufrir”, ahora el diagnóstico tal vez porta

un cierto sufrimiento que impone “tú debes sufrir, porque no puedes aprender”, pero el niño lo pasa regio.

**E: ¿Qué conocimiento tiene de la psicomotricidad, en el tratamiento del TDAH?**

**D.M:** Acá no se hace nada, en términos de la psicología no se hace nada, lo que yo siento es que se hace en relación a los terapeutas ocupacionales, que están formados como terapeutas sensoriales, acá en Chile hace poco tiempo que empezó, porque en otros lugares como Argentina hace mucho tiempo que trabajan así, trabajan con esta forma de relacionarse sensorialmente con el mundo y es súper interesante, porque tienen avances súper buenos, ahora también hay que pensar en un niño que no sea demasiado grande, porque a medida que uno va creciendo, va siendo menos movible, menos flexible a la estructura, pero yo he visto como niños más pequeños que se benefician mucho en el trabajo, entre comillas, corporal, porque lo que hacen los terapeutas es trabajar con el cuerpo, las sensaciones, ahora, terapeutas formados psicoanalíticamente, pueden hacer un trabajo mucho más interesante, porque ahí pueden mirar este niño cuerpo, pero cuerpo también subjetivizado, yo creo que hay algunos terapeutas ocupacionales y psicólogos que están trabajando mas la línea corporal, que no es, “siente tu cuerpo”, no, no, es la relación con el cuerpo.

**E: ¿Qué explicación da al aumento de diagnóstico de TDAH este último tiempo?**

**D.M:** Que está en el AUGE, creo que no es menor e insisto, como diagnóstico reúne ciertas condiciones de la vida actual, es un diagnóstico que no es muy paranoisante, un diagnóstico que asuste, es un diagnóstico socialmente aceptado, es una

demostración de poder, de control y porque además esta en el AUGE, porque podrían haberle puesto trastorno de conducta o cualquier otra cosa, pero pusieron este, que además es más fácil de diagnosticar, es como más inocuo, entre comillas, no es lo mismo diagnosticar, un autismo que un Déficit Atencional y esto pareciera, por lo menos desde el sentido común de la profesión, que es más inocuo, yo creo que es una cuestión dialéctica, va y viene, que se necesita, se usa, se retroalimenta, hay que revisar probablemente en que momento surge en términos diagnósticos, asociado a que corriente, porque también tiene que ver con una cosa de la ciencia, va asociado a una cuestión científica, de la dopamina, de no se qué le falta y de ahí surge, también como una manera de responder de forma univoca a ciertas preguntas del ser humano, entonces yo creo que ahí hay que rastrear también de donde viene y desde donde hoy día se toma como una categoría, que efectivamente la frecuencia aumenta enormemente porque esta en el AUGE, entonces es la única posibilidad que tienes de que te atiendan, entonces todo puede ser un Déficit Atencional. Lo pienso en una cosa más social, porque yo ando pensando en la cosa social, no creo que haya sido totalmente buscado, yo creo que son consecuencias, de ciertos movimientos históricos, por eso es interesante ver donde aparece el concepto, donde surge, bajo que condiciones, porque seguramente estamos situados bajo ese diagnóstico, en el mismo lugar, tratando de responder las mismas preguntas, va variando un poco la forma, pero el fondo es el mismo.

### **Entrevista N° 3**

**Terapeuta P. O.**

**E: ¿Cuál es la experiencia que tiene en el trabajo con niños?**

**P.O:** Yo estude en la Universidad Diego Portales, me titulé el año 1995 y desde la práctica profesional, que fue en el año 1994 en el Hospital Exequiel González Cortés, ahí vimos varios casos, era una práctica en infantil, con supervisión en ese tiempo de un Psicoanalista Belga que nos orientaba desde la escuela Francesa que era Michelle Tibbo y con psiquiatras y varias personas en relación a esa escuela, entonces en general mi formación y desde el pre-grado, siempre ha sido desde esa orientación. Esa práctica duro diez meses, después yo continué viendo algunos casos y a partir de ahí, bastante práctica clínica en el sentido de haber trabajado varios años en las Aldeas SOS, en centros de atención diurnos, estuve cinco años viendo casos de niños en riesgo, estuve yendo un año al menos a la población Huamachuco a atender también a niños en riesgo social, estuve en el servicio de salud en la comisión de medicina preventiva en el COMPIN, ahí estuve viendo adultos que sería casi prácticamente lo único, y bueno la consulta particular, cinco años estuve en Casa del Parque, atendiendo a niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo, aquí en AUDILEN desde el año 1998 viendo a niños con Trastornos del Aprendizaje, Lenguaje y también del Desarrollo, niños sordos, eso precisamente.

**E: Desde la experiencia en el trabajo con niños, ¿Cuál es la visión que tiene del TDAH?**

**P.O:** Sobre todo en este tiempo actual, mi visión es bastante crítica con el diagnóstico, como es ya algo más o menos difundido que es un sobrediagnóstico el que se hace, por lo tanto es un mal diagnóstico, ya que si fuéramos estrictos, tendríamos que decir que el Síndrome de Déficit Atencional tiene un origen neurológico y que si bien puede ser difícilmente demostrable, es difícil pensar que un porcentaje tan alto de la población de niños lo este desarrollando cada vez con más frecuencia, nosotros incluso en el año 1994, cuando yo estaba haciendo la práctica en el Exequiel González Cortés, se estaba haciendo un estudio en el hospital acerca de la entrega de medicamentos a niños con este diagnóstico, que era uno también en ese tiempo de los diagnósticos más frecuentes en el área sur y no me acuerdo exactamente cuantos años duró, me parece que fueron al menos dos, pero se llegó a la conclusión de que se podían entregar muchísimo menos medicamentos si los niños eran tratados en psicoterapia, ellos y su madre principalmente, que esa era la persona que más los acompañaba. En ese sentido nosotros nos dimos cuenta, estuvimos estudiando a autores franceses, psiquiatras franceses en relación a eso, que la inquietud puede ser una sintomatología un poco como la fiebre, es decir, muy inespecífica, puede obedecer a distintas causas, incluso la distractibilidad, a distintas causas y muchas de ellas emocionales, nos dimos cuenta, que había una relación bastante alta entre el nivel de inquietud del niño o su discapacidad, por decirlo así, para concentrarse, para atender, para incorporar el conocimiento y las fantasías o los temores de muerte en el niño y bueno en varias oportunidades nos tocó entrevistar a

niños y hasta hoy en día también, yo podría decir que se asocian con mucha frecuencia y con un nivel de angustia bastante alto en general, para mi el diagnóstico tiene que ir más bien orientado a la fantasías, a las conflictivas inconcientes en relación a la inquietudes que están a la base, o sea, en muy pocas oportunidades a mi me ha tocado ver que descartando todo lo anterior hay algo que permanece, que puede ser algo más hereditario tal vez, pero son casos muy escasos.

**E: ¿De qué forma podría caracterizar al Trastorno por Déficit Atencional?**

**P.O:** Lo que pasa es que yo en verdad no uso ese diagnóstico, yo no diagnóstico a ningún niño con ese rotulo, porque no forma parte de mi modo de abordaje, ni de mi modo de pensar a los niños, yo lo único que podría decir es que hay un niño hiperactivo, un niño inquieto tal vez, pero no que tenga Déficit Atencional, o sea más bien, que el niño tenga problemas para atender a lo que se le trata de enseñar en el colegio, por ejemplo, pero más bien en general, a mi modo de ver, el niño está más bien pensando o atendiendo a otras cosas que son más bien de carácter interno o psíquico, si tú quieres, que externo, es decir no es que el niño no se puede concentrar porque no esta pensando en nada, sino que, aún cuando el niño pueda no estar consciente de aquello que le su ocupa su energía o su tiempo, no es que no este atendiendo a nada, está atendiendo a otras cosas, su foco de atención, entonces, como yo no usaría ese diagnóstico, yo diría que es un niño inquieto, un niño angustiado.

**E: ¿Cuáles serían las características psíquicas de los niños comúnmente diagnosticados con TDAH?**

**P.O:** En todo caso, yo pienso que igual hay que hacer una distinción, que hay niños que pueden tener el trastorno, aún usando esa nomenclatura, Trastorno por Déficit Atencional pero hay con y sin hiperactividad, o sea, hay niños infinitamente tranquilos, igual no pueden atender y yo diría que en muchos de esos casos, igual está también esa fantasías bastante de ellas asociadas a la muerte, yo diría que en términos generales, hay que ver de acuerdo a su etapa en el desarrollo, cronológico, también en su etapa libidinal, en que conflictiva se esperaría que ellos estuvieran, eso también hay que verlo, pero en general yo creo que son niños que tienen dificultades con elaborar lo que yo me he representado como la lógica de la vida, es decir que hay niños que se están preocupando durante un tiempo bastante largo de saber qué pasa cuando la gente, las personas, los vegetales o los animales se mueren, si se van al cielo o no se van al cielo, cómo nacen las plantas o los seres vivos, que tiene que ver con las teorías sexuales, pero esta lógica de cómo se ordena todo esto, no tiene solamente elaborar el mito, sino que, pareciera que ellos están bastante preocupados de eso, esas reflexiones esas temáticas, yo creo que uno las ve cuando se da un tiempo, varias sesiones como para poder darse cuenta que esta en eso, no es algo que el niño esta consciente y menos que vaya ha explicitar. Por eso yo diría que son niños con una dosis de angustia importante, en relación a eso, pero sobre todo como la sensación de desprotección, muchas fantasías en relación a los robos, a que alguien va a entrar a la casa o que alguien los puede asaltar, tiene que ver también con la presencia o la ausencia en términos muy generales, bueno y por supuesto también

otra de las características es que les está costando rendir en el colegio, porque hay mucha de esa energía libidinal que se está invirtiendo en otros procesos, algunos de ellos vuelven incluso a su cuerpo, a tocarse mucho, a masturbarse tal vez, conductas más orales como chuparse el dedo, pueden ser niños de ocho años que todavía se están chupando el dedo, pero por eso te decía, que no uso esa nomenclatura, entonces para mí son niños que están bien angustiados, están en un proceso interno importante

**E: ¿Cómo es la relación de estos niños con la madre?**

**P.O:** En términos generales, está descrito esto en la literatura, hay una dificultad del niño de pasar como de una relación con la espacialidad que tiene que ver con una presencia, una marca del cuerpo materno, porque no son solo niños que están apegados concretamente a la madre, sino que hay dificultades para establecer sus propias hipótesis, sus propias reflexiones, por ejemplo algunos niños con problemas de lecto-escritura, la dificultad de lanzarse a ese tipo de aprendizaje como una prueba, tal vez, de la separación psíquica que pueden hacer de las hipótesis, de la mirada materna, o sea, en ese sentido de la corporalidad, no algo concreto, pero yo diría que cuando uno ve estas angustias de muerte, son procesos individuales de los niños, pueden ser niños que en otros ámbitos se muestran bastante independientes, entonces nadie diría que tienen ansiedades como de una intensidad tan importante, pero yo creo que sí, lo que se puede decir es que queda esa sensación de desprotección, de soledad, no sé si tal vez será algún tipo de duelo en relación a lo materno, no sé bien exactamente, pero no me atrevería a decir que todos los niños con algún problema de atención, tienen exactamente eso, tiene que ver como con el tránsito, como

configurar, porque yo diría que eso se diagnóstica más en la etapa escolar, en la latencia, por lo tanto hay toda una configuración de una identidad más independiente, pero que tiene que ver con procesos muy individuales de él también. Como el ha hecho esta separación de este duelo de esa mirada materna.

**E: ¿Qué pasa con la constitución psíquica temprana en los niños con TDAH?**

**P.O:** Yo diría que es algo bien inespecífico, a lo mejor hay niños que se puede decir desde el sentido común, o del lenguaje común, han sido sobreprotegidos, en el sentido que hay una mirada más permanente de la madre o de los padres hacia él y que en algún momento dado se han sentido sin esa mirada, pero, no diría que algo así tan específico, yo pienso que hay momento en los cuales no ha habido suficiente simbolización, palabra o acompañamiento de los padres tal vez en relación a este nuevo replanteamiento de ser independiente en el mundo, una consciencia de ser un sujeto, de pedir ciertas cosas que le competen a él, como la individualización, pero no diría que hay hitos muy marcados, porque a lo mejor este niño pudo haber tenido, dificultades en su lactancia, en la alimentación, en el apego, pero así como otros niños pueden haber tenido las mismas dificultades y haber evolucionado hacia un cuadro mucho más complicado como puede ser un trastorno en el desarrollo pero generalizado, yo pienso que si bien se está en el campo simbólico de la presencia y ausencia, hay alguna dificultad o ha habido ciertos momentos tal vez, pero igual se está en eso, pero no te sabría decir en este momento algo más específico en la primera infancia.

**E: ¿Existe alguna característica en particular en la dinámica de las familias de los niños con TDAH?**

**P.O:** Son niños de una angustia más subyacente, que se traduce en la inquietud o en la dificultad de aprender, a lo mejor en muchas ocasiones hay familias o un ordenamiento al interior de la familia o de lo doméstico de la casa como caótico, como falta de los límites que tiene que ver con el referente a la contención, hay una falta de orden, me ha tocado ver niños que, como que ellos tienen que recordar a la mamá muchas cosas, entonces, se empieza a producir una cierta pérdida de la jerarquización pero en ese tipo de cosas, como domésticas, o sea quien se encarga de que, entonces si el niño no le recuerda a la mamá que le eche la colación, a la mamá se le olvida, entonces él es como la memoria de la mamá, cosas así, si bien no son mensajes más mortíferos, cosas más graves, están permanentemente en un ambiente en que finalmente no se tiene muy claro el límite, la norma, que tiene que ver con un cierto apaciguamiento, una protección, una sensación de anticipar lo que va a ocurrir, le cuesta ser el niño con el mismo. De la familia, lo que yo podría decir, es un poco eso, puede que este la mamá más presente como el papá más ausente, como sea, pero no diría que es característico de una o de otra situación especialmente, a veces están todos en la casa, igual la sensación es de que no hay mucho orden en el niño, más que tener algo muy objetivo, muy externo es muy abstracto.

**E: ¿Cuál es el discurso con el que llegan los padres de los niños con TDAH a la consulta.**

**P.O:** El discurso es que el otro social, el colegio es el que los envía, ellos hasta ese momento no han podido ver nada que les hiciera pensar algo así, incluso muchos de ellos, plantean que para ellos el niño no tiene ningún problema porque, por ejemplo, se queda viendo televisión sin problema, o sea, en ese sentido incluso están en una oposición a lo que puede plantearles el colegio, ahora, yo diría que el Déficit Atencional en general es un diagnóstico que si bien, ya es como bastante aceptado socialmente, a la gran mayoría de los padres les viene como algo muy ajeno, porque no es algo que ellos puedan ver en el hogar, como por ejemplo, podría ser un niño opositorista o más agresivo, más inhibido incluso, hay alguna de esas características que los padres si ven en la casa o que tienen la oportunidad de ver, pero el Déficit Atencional yo diría que no, entonces les viene como algo muy ajeno por lo tanto. Ahora desde el supuesto neurológico, no es mucho lo que ellos pueden hacer, en el sentido de que se instalan desde la posición de que no pueden opinar mucho, porque es algo que es así no más, entonces desde ese lado es difícil pensar o que ellos piensen, que tienen algo que ver al respecto, es casi algo así como mala suerte. Por ese lado, para los tratamientos es más complicado, o sea, hay que preocuparse bastante de que ellos vayan proponiendo sus propias hipótesis, sus propias lecturas, sin ese nombre, o sea, como ellos están viendo, mirando al niño, hay que preocuparse de hacer una ligazón entre el colegio y alguna manera de usar este término para dirigirse a ellos, porque el término que el colegio utiliza, que si bien uno no lo comparte, hay que rescatar que hay algo que esta ocurriendo y a veces no

necesariamente en un colegio un diagnóstico de Déficit Atencional o incluso de un neurólogo para mí tampoco es tan concluyente porque también los niños se comportan de distintas maneras en las distintas transferencias que establecen en distintos ambientes, en distintos espacios, entonces, no necesariamente porque un médico lo haya diagnosticado así, para mí es necesariamente así, tampoco un niño que viene con un diagnóstico de Déficit Atencional, necesariamente es un niño tan angustiado, a lo mejor, es un niño que está en un contexto de cuarenta compañeros, que la profesora si está muy angustiada, puede ser también algo así.

**E: Y que tampoco es un diagnóstico que necesariamente se hace por profesionales, porque en los colegios los profesores también lo diagnostican.**

**P.O:** Claro, es un diagnóstico express porque es como lo más a la mano, lo más fácil, porque se fija solamente en ciertos hitos de la conducta como el test de Conners, que es como con suerte de foto para un momento determinado y no se detiene a ver, o sea, uno de los criterios mínimos que un Déficit Atencional neurológico, es que se tiene que dar en todos los ambientes y ese pareciera que a todo el mundo se le olvida, hasta a los médicos, entonces es impresionante como se va creando una especie de ilusión colectiva o sugestión de que todos tenemos Déficit Atencional, cuando basta comparar simplemente como el niño se comporta en un ambiente y en el otro, para cuestionarlo al menos, entonces me parece algo súper complejo, lo que me molesta en términos éticos, es que es poco creativo. Se pone el mismo rotulo, el mismo diagnóstico, entonces se cae en una estandarización, en un anonimato, ni siquiera

considerando lo que te decía que se tiene que dar en distintos ambientes o de cómo va a ser posible que la mitad de la población tenga el mismo diagnóstico.

**E: ¿Qué explicación le da ud. a que este último tiempo se haya incrementado a tal punto el diagnóstico del TDAH?**

**P.O:** Para mí tiene que ver con un malestar del sistema escolar, en general, porque eso viene desde lo escolar, o sea, uno de los puntos en los cuales lo escolar y el sistema de salud público se toman, es que tienen que ver con el desarrollo del niño en general, yo creo que tiene que ver con las presiones, es un malestar que muchas veces tiene que ver con la dificultad de un sistema de poder adaptarse de una mejor manera a lo que podría ser una educación de mejor calidad, por ejemplo, disminuir los niños por sala, porque por supuesto que esto va a tener costos económicos, entonces a los profesores, para mi gusto, se los esclaviza, por cierto que hay algo de una mínima aceptación de parte de los profesores, que tampoco tienen muchas capacidades de poder decidir, porque hoy en día, con la jornada escolar completa, si antes los profesores iban a dos colegios, bueno por último, pero ahora ya tienen que optar entonces hay una serie de decisiones que tienen que ver con las políticas sociales, de cada colegio, bueno del valor que se le da a la educación, cosa de que al final hay que sacar el mayor rendimiento, entonces a mí me parece que los profesores no tienen mucha opción, pero ellos caen en marcar este malestar que es el niño el que tiene el problema, cuando el problema lo tiene el sistema, o sea, si ese mismo profesor tuviera otras oportunidades de trabajo, veinte niños por sala, a lo mejor el diagnóstico de Déficit Atencional bajaría mucho, yo en lo personal estoy segura de eso, entonces

para mí tiene más que ver con eso, como los profesores, sin querer han encontrado una alianza estratégica que tiene que ver con los neurólogos, con muchos psicólogos también de cómo hacer que estos niños no estén en la sala, o sea, que vayan a la psicopedagoga, que vayan al neurólogo para tratar de tranquilizar esta excesiva carga de trabajo que tienen, entonces es como un síntoma para mí, porque es un diagnóstico que viene a servir a varios conflictos, bueno sin descuidar que puede que haya muchos niños que lo tienen o muchas características contemporáneas, en el sentido que hay muchos padres que no están, que los papás varones no ven al niño hasta el sábado y muchas mamás que trabajan mucho, entonces ahora hay niños que están muy solos. Para mí, es el mismo ejemplo de la cesárea en Chile, es decir, se da en las mismas condiciones, desde las mujeres que no quieren pasar muchas de ellas por lo aparentemente tan traumático que sería un parto, por irse a la segura, hasta por el tema social, porque las visitas las quisieran recibir tanto y no el otro, los médicos que por otro lado tratan de poner su parte diciendo “mira, te parece que hagamos una inducción o una cesárea para el riesgo”, riesgo al cual ni siquiera se han enfrentado, es como anticipar algo que probablemente nunca ocurra, pero como no va a ser llamativo que Chile, sea uno de los países donde se hacen más cesáreas en todo el mundo. Eso daría para pensar, sin embargo, los actores involucrados, las mamás, los médicos, los papás, se informan poco al respecto, entonces acá pasa un poco lo mismo, o sea, también es una medida que es como síntoma, sirve a varios actores.

**E: ¿Cuál es el motivo de consulta con el que llegan los padres a la consulta?**

**P.O:** Yo diría que es bastante explícito, porque como tú decías este diagnóstico ya viene prefabricado desde la sala de clases, entonces, hoy en día la experiencia es que los colegios mandan, como dicen los papás “me mandaron” para ver si el niño tiene o no tiene, o sea, a uno como especialista lo único que le queda es corroborar o no, pero en el fondo corroborar en positivo o corroborar en negativo. Ahora, también me ha pasado muchas veces que los padres dicen que si un psicólogo, especialista o médico le dice que no le parece, le dicen tiene que ir a otro hasta que se corrobore el diagnóstico que ya está hecho, entonces en general el motivo de consulta digamos es bastante explícito, bastante literal, no les queda otra, ahora que en el camino, de esa evaluación diagnóstica uno puede hacer algo un poco más, lograr con los padres desplazar esto y ver si hay algo que verdaderamente a ellos les inquiete o les angustie o al niño, a lo mejor, se puede llegar a hacer algún tipo de trabajo, pero si no, está muy contaminado, porque los padres vienen amenazados de efectivamente se les hace la vida bastante imposible y son cuestiones que uno las ve, todos los días, son amenazas bien explícitas, como la condicionalidad de la matrícula, pero el colegio no se involucra en nada, no dice ya conversemos, que puede estar pasando, hay muchos psicólogos también en los colegios que tampoco están orientando para ese lado, en algunos sí, pero el motivo de los padres es bien explícito.

**E: ¿Existiría demanda de los padres en esta consulta?**

**P.O:** No, por supuesto que ninguna, eso es lo que a uno ya le toca trabajar, pero en este caso lo que yo te podría decir es que no es tan distinto a lo que uno encuentra en

otros casos, o sea, de todas maneras uno siempre tiene que trabajar la demanda con los padres, porque ellos pueden traer su propio diagnóstico, por ejemplo, “no si lo que pasa es que el niño es tímido” entonces ellos ya también hicieron una lectura que viene un poco cristalizada y la diferencia es que tal vez en este caso los padres vienen muy molestos, narcisistamente, porque en el colegio los mandan obligados y además les pusieron un rotulo que le es completamente ajeno, la diferencia es que uno parte trabajando la transferencia negativa, porque rápidamente se generan las ansiedades paranoides lógicas que hacen que uno va a hacer una alianza con el colegio, entonces estos centros, por ejemplo, o los psicólogos, se convierten en una maquina más porque “ah usted me va a sacar plata” o “me va a hacer el diagnóstico, porque el colegio les hace la pega”, entonces hay toda una lógica bastante realista, de pensar que acá hay todo un circuito económico, entonces esta ahí las posibilidades que uno tiene de trabajar esa demanda, si es que procede pensar que ahí habría otro tipo de sufrimiento, pero en general no vienen con demanda, yo diría con una enorme (...) no diría resistencia, porque cuando hay resistencia es porque en termino estricto, el paciente se resiste cuando hay algo de verdad que esta ahí, pero en este caso hay algo completamente ajeno, o sea, tiene que ver con un sometimiento, entonces con menos razón, entonces hay muchas veces que uno tiene que vérselas con toda esta frustración de los padres, que para mi es bastante legitima con el especialista, que es la única persona que finalmente se da un tiempo más para escuchar y no los manda al otro, demanda entonces no existiría.

**E: ¿Pensar entonces en una demanda por parte del niño es más difícil?**

**P.O:** Si, pero el niño incluso más que los padres, estamos en una situación aún más conocida para uno como psicólogo, porque en el fondo ningún niño, prácticamente viene con una demanda desde el principio, entonces en ese caso a los niños les importa menos aún el diagnóstico, el que debe ser dado en la escuela, porque ese golpe narcisista, ya lo recibieron los padres, o sea, por ese lado ellos están un poquito más a salvo, claro, a no ser que los padres comiencen a culparlos explícitamente, pero en ese sentido, no es tan distinto de cualquier otra sintomatología, con la que uno se enfrenta a la posibilidad que vengan niños, o sea, en general, los niños vienen sin demanda y eso es lo que hay que trabajar con ellos.

**E: ¿Cuál es su opinión en relación al diagnóstico del TDAH?**

**P.O:** Yo diría que es un comodín social, un comodín de los sistemas sociales, como de nuestro modo de pensar que es el niño el que se debe adaptar al mundo social, un poco cueste lo que cueste, que tiene que ver con la pérdida, aunque nunca ha habido mucho de respeto por ese tiempo que es la infancia, constituyente de la subjetividad, basta ver cuanto se le paga a los profesores, entonces en eso, uno se da cuenta que se le asigna poca importancia, entonces me parece a mí que el diagnóstico solo es un comodín que ha venido a caer bien, a este malestar, circula esta mirada hacia el niño que es educacional, de salud, pero que finalmente tiene que ver con la adaptación, la dificultad, la frustración al propio sistema en relación a como incorporar a los sujetos.

**E: ¿Qué opinión tiene del abordaje terapéutico del TDAH?**

**P.O:** Para mí lo positivo, es que en el último tiempo, los últimos dos años, el último año más que nada, he visto, al menos, más cuestionamiento de parte de los padres y de parte de algunos especialistas, por ejemplo en medios como muy al alcance de los padres en general, puede ser revistas, reportajes en la TV, en los noticieros o cosas así, que al menos ahora hay una posición crítica con respecto a eso, así como te decía antes, por último ahora hay algo en relación a la cesárea, si bien todavía no llega el momento en que se pueda hacer algo. Ahora bueno con respecto a los tratamientos, para mí tratamiento no es un apoyo, una medicación no es un tratamiento, porque simplemente es un alivio de un supuesto síntoma, es como tomarse una aspirina, yo no sé si esto tiene el carácter de tratamiento que logra o que va a revertir esta situación, más bien el medicamento va a aplacar ciertas características que están siendo difíciles, simplemente la intensidad del síntoma, ni siquiera extinguirlo, entonces el objetivo acá es regular el volumen del síntoma más que ni siquiera tratar de extinguirlo, entonces en ese sentido para mí no son tratamientos. Bueno y los otros tratamientos, entre comilla, que pueden ser medidas más conductuales o del control de impulsos, de la tolerancia a la frustración, son todos para mí como agregados de lo mismo, o sea, la falta de la tolerancia a la frustración o la dificultad de la tolerancia a la frustración, pueden haber talleres de habilidades sociales, pero en realidad, no se si son tratamientos, porque tratamiento es algo que va a la causa de, para tratar de que ese síntoma no sea necesario, o de que ese síntoma por último desaparezca, pero no que solamente disminuya, entonces las medidas cognitivas o conductuales que tienen que ver con, reforzar la voluntad por ejemplo, es una medida

infinitamente más sofisticada, pero en el fondo también tiene que ver con redoblar una conflictiva que tiene que ver con, mientras más conflictos tengo yo de origen afectivo o de conducta, más fuerte tengo que hacer mi voluntad, reforzar esa conflictiva, para mi es complicado eso para el sujeto. Lo que si puedo decir es que con los niños que realmente son muy inquietos y les cuesta apaciguarse, que no pueden parar, no lo están pasando bien y en ese sentido yo creo que si habría que tratarlos, lo que pasa es que el tratamiento va a ir no tanto a que deje de hacer o como manejar el síntoma, si no a aquellas causas a aquellos sufrimientos o malestares que están en ese niño, en la relación con su familia de partida y la relación con el medio, pero a lo mejor uno de lo que menos les va a preguntar es de la conducta misma, yo pienso que es una diferencia que si podría aportar el psicoanálisis, yo creo que podría tener buenos resultados, en ese sentido, porque se abordan las causas más subyacentes, porque si no, el síntoma simplemente se va a desplazar y eso es algo que Freud ya decía hace un siglo, entonces no es muy novedad eso.

**E: ¿Cuál es su opinión con el tratamiento a través de Fármacos?**

**P.O:** Yo soy infinitamente resistente, las últimas generaciones de medicamentos cada vez son más refinadas, en el sentido que cada vez tienen menos efectos secundarios como los dolores de cabeza, los mareos o la falta del apetito, lo que hacía el Ritalín, pero igual nunca son inocuos y por lo demás lo que a mi me complica mucho es el hecho de que alguien este tomando una pastilla para un problema, le da el mensaje de que las pastillas pueden solucionar los problemas, entonces cuando no se aborda el apoyo al medicamento, que por lo demás es de un tiempo bastante breve, porque el

medicamento sirve para las horas del colegio y nada más, yo sé que en muchos casos son muy efectivos, el asunto riesgoso ahí es que el niño piensa o lo padres piensan que con una pastilla se acaba el problema, que es lo que nos pasa acá con los niños sordos, se pone el audífono, se pone el famoso implante coclear y piensan que no son más sordos y lo cual no es así, o sea, es como una prótesis, que aporta a esta aparente disminución o extinción del problema, el asunto es que si yo tengo Déficit Atencional, me cuesta mucho concentrarme, en verdad no estoy tan angustiado, no está esta causa de un conflicto inconciente, lo lógico sería que yo con apoyo a lo mejor de herramientas, que si ahí yo concuerdo que puede ser más cognitivo, como las herramientas que acá usan las psicopedagogas, o sea, herramientas para aprender a enfrentar tareas cognitivas a planificar, a ejecutar tareas, que un sujeto tiene que aprender a relacionarse con su síntoma y de alguna manera poder tener herramientas él de manejar el síntoma, alguien que es muy depresivo, en cualquier tipo de síntoma, el sujeto debe tener una relación con su síntoma, cosa que él lo pueda manejar y si no puede, pueda alertarse a si mismo, para de pedir ayuda, pero bueno, es súper sabido y estudiado, que en los mejores tratamientos los abordajes son combinados, hay casos en los cuales una dosis de medicamento lo más baja posible, junto con herramientas cognitivas o en otros casos psicológicas son lejos la mejor ayuda, por lo más que los medicamentos no deberían ser por más de un año.

**E: ¿Depende entonces del uso que se le da al medicamento?**

**P.O:** Claro, como los antidepresivos, los antipsicóticos, o sea, efectivamente los medicamentos hoy en día son bastante buenos por los efectos secundarios, el riesgo

de ello es el mensaje, para el sujeto o para los padres que la enfermedad se acabó, porque se soluciona con la pastillita y para los colegios también, porque de repente hay muchas mamás que me dicen, que le dicen a la profesora que se las están tomando y la profesora reporta que el niño está infinitamente mejor, entonces es un efecto placebo no solo para el niño, bueno y para algunos niños también, porque hay niños que no les sirve mucho, pero que la mamá les da las pastillita de homeopatía casi y el niño siente que le servía mucho, pero también pasa en otros casos, que yo he estado sumamente reticente y de que con un tratamiento psicológico se logran ciertas cosas pero hay otras que con un medicamento cambiaron mucho, pero en este caso no es que lo recomiende, pero lo acepto, acepto que puede haber un beneficio, porque claro si tú te tomas un energizante, un calmante, yo creo que a todo el mundo le van a hacer algún efecto, no demuestra el hecho que si te sirvió tenias el Déficit Atencional y algunas personas lo plantean así y eso es lo complicado, cualquier medicamento le puede hacer un efecto positivo a cualquier persona, el asunto es que no por eso vamos a tomar todos medicamentos, que es lo que esta pasando, pero yo pienso que recién ahora se está revirtiendo esta curva del sobrediagnóstico, en el sentido que los padres son cada vez más críticos, en el sentido que van y le preguntan al neurólogo por qué, o a la profesora.

**E: ¿Qué aporte cree usted, se puede realizar desde el psicoanálisis al TDAH?**

**P.O:** Realmente el TDAH no es una categoría diagnóstica para el psicoanálisis, sino más bien de la Psiquiatría infantil, DSM-IV, por lo tanto, lo que puede aportar el psicoanálisis es lo que puede aportar en general a la sintomatología humana, es decir,

una escucha neutral justamente de la tradición medica en la que ya se encuentra excesivamente lleno de sentido este síndrome, convirtiéndolo en un nombre anónimo, estandarizado que se utiliza igual para muchos sujetos, el psicoanálisis puede proponer una escucha del sujeto único que hay siempre en esa forma sintomática, del conflicto o formación de compromiso inconsciente e intentar una lectura de la elección de ese síntoma en la historia vital y momento actual de ese sujeto. Como te decía, muchas veces uno asiste a la presencia de fantasías de muerte o mortíferas en relación a su subjetividad, con la angustia consecuente, pero cada fantasía de muerte es única y personal, es lo que se puede llegar a descifrar con la escucha centrada en el sujeto.

#### **Entrevista N° 4**

**Terapeuta P.S.**

**E: ¿Cuál es su experiencia en clínica infantil?**

**P.S:** Yo he trabajado en términos reales, desde el año 1986 más o menos y siempre he trabajado con niños, hasta ahora, básicamente en consulta privada y durante estos años, sobre todo al principio. Al principio trabajé en la clínica de una universidad y después he trabajado en distintas instituciones fundamentalmente en la clínica.

**E: ¿A partir de su experiencia, cuál es la visión que tiene del TDAH?**

**P.S:** Lo que pasa es que cuando me preguntas por un trastorno así, yo trabajo desde la escucha analítica y por lo tanto un diagnóstico de ese tipo me resulta descriptivo, entonces puedo suponer que quien diagnosticó usando esa frase, vio, observó ciertos índices, indicadores y bueno pone este nombre, pero desde el lugar de la escucha analítica, no me dice mucho, salvo eso. Ahora creo que en Chile, el Trastorno por Déficit Atencional de algún modo da cuenta también de la institución escolar, hay un problema en la institución escolar para trabajar con niños, o sea la cantidad de niños que llega diagnosticados de ese modo es muy grande y muchas veces a mi me ha tocado niños que simplemente no están quietos, o sea hay una gama enorme yo creo que se pone en manifiesto todas las carencias que hay en el sistema escolar, pero eso es culpa de los profesores, eso es algo del terreno político.

**E: ¿Cómo podría caracterizar el TDAH?**

**P.S:** Yo te digo que para mi no, si un niño llega con esto, pero yo empiezo por escuchar, porque podría decirse que lo que yo he encontrado son cosas tan diversas, que prácticamente no tengo mucho que decir del trastorno en si. Me acorde del DSM IV, hay un trastorno, yo no me acuerdo bien como se llama, pero es algo así como Trastorno por Déficit de obediencia, entonces, yo creo que es algo mucho más de la institución escolar como institución, ve a un niño loco, pide un niño ideal, y lo que ahí sucede que se encuentra con un antisocial.

**E: ¿Pasaría algo en particular en la constitución psíquica temprana de los niños diagnosticados con TDAH?**

**P.S:** No, para mí es una distinción que ni siquiera, por que hay a veces observaciones que pueden ser muy valiosas, pero en este caso, con la generalización que se ha hecho de esto la verdad es que no, de repente soy muy drástica, pero es así.

**E: ¿Podría quizás visualizar algunas características en la relación con la madre?**

**P.S:** Mira, por ponerte un ejemplo, en una ocasión me tocó ver un niño diagnosticado con Déficit Atencional, y sucede que vio morir a su padre acuchillado en la calle, entonces el niño estaba bastante maniaco es verdad, entonces a mi no me remite en absoluto.

**E: ¿Cuál es el discurso de los padres en relación a un niño diagnosticado con TDAH?**

**P.S:** Yo creo que es muy variado, además es un diagnóstico que viene por distintas vías, porque se ha generalizado tanto, que lo usan muchas personas, a veces llegan los padres y te dicen que el colegio dice “que” y el colegio pasa a ser un ente bastante impersonal, porque a veces hay un profesor “que molesta mucho” “¿Qué pasa con el niño?”, entonces interpreta un Déficit Atencional y lo manda al psicólogo. Entonces los padres yo creo que asumen de acuerdo a todo ese conjunto de instituciones que los rodean un poco como abordar esto y por otra parte es como ellos ven a su hijo, las distancias que se mantienen en relación a otras instituciones y el modo de ver a su hijo, o sea también yo lo veo y tal vez por deformación, a mi me interesa rescatar la singularidad más que la generalización, y como fenómeno político ya te digo, me parece un súper importante, pero no como fenómeno social.

**E: ¿Cuál es el motivo de consulta con el que llegan los padres?**

**P.S:** Muchas veces, como el Déficit Atencional aparece en relación a lo escolar, hay una cierta insistencia en lo que se les han dicho que sucede en el colegio, asunto que ellos no han visto y bueno hay casos de niños en los que pasan cosas en la casa paralelo a que pasen cosas en el colegio y hay otros casos en los que no, o lo que pasa en un lado no es muy semejante de lo que pasa en el otro espacio y bueno yo creo que hay una diversidad amplia.

**E: ¿Existe demanda de los padres?**

**P.S:** En ocasiones claro que si, en ocasiones el colegio ve algo en el niño y a raíz de eso los padres como que significan otras cosas que están viendo en su hijo y que les preocupan y desde ahí se instala un espacio de trabajo con ese niño, hijo de esos padres.

**E: ¿Cuál es su opinión del diagnóstico de TDAH?**

**P.S:** Me parece que es un problema político, o sea, darles Ritalín a los niños inquietos, me parece un problema político, es un ejercicio de poder, es instalar, forzar a la aparición de lo que quieren que allí aparezca. Yo creo que toda la problemática del sistema escolar, todos los líos de los colegios municipalizados, que contemple un niño al que se le de más espacio para mostrarse y para ser tan distinto de como es el niño del lado, los profesores que tengan tiempo para poder capturar todo eso y recorrer con ellos algún camino de aprendizaje en conjunto. Un sistema escolar que realmente considere como un derecho el aprender, el adueñarse de los bienes de la cultura, yo no creo que eso sea así en este momento, por eso te digo que es un problema político directamente, un ejercicio de poder y de violencia, de un poder ejercido violentamente.

**E: ¿Qué opinión tiene del abordaje terapéutico que se realiza del TDAH?**

**P.S:** Con el Ritalín, yo me he peleado mucho, con los otros abordajes, bueno ahí cada quien tiene que dar cuenta de lo que hace, de su práctica.

**E: ¿Se opone entonces, a la utilización de medicamentos?**

**P.S:** No es que los medicamentos en cualquier circunstancias no aporten, yo creo que una buena medicación en algunos casos es sumamente importante y además que eleva considerablemente las posibilidades de una persona de vérselas con sus sufrimientos, pero en esta(...) yo entiendo de lo que estamos hablando , que es un fenómeno donde el diagnóstico de Déficit Atencional es enorme, como número y la cantidad de Ritalín que se consume es espasmosa, además de no ser un asunto que solo sucede en Chile, en ese sentido, yo diría que más bien, ese recurso, el Ritalín estuviese puesto al servicio de intereses que no son de ese niño que sufre, por eso es un problema político indudablemente, no quiere decir que siempre, también hay excepciones.

**E: ¿Qué conocimiento tiene de la psicomotricidad en el abordaje del TDAH?**

**P.S:** No, o sea, sé que el trabajo de los psicomotricistas debe ser interesante, pero no me ha tocado trabajar en equipo con ellos como para decirte mi opinión.

**E: ¿Desde su visión, cuales son los aportes que se pueden hacer desde el psicoanálisis al TDAH?**

**P.S:** Yo creo que todo el rescate a una escucha en relación a ese niño, a sus circunstancia de todo tipo, por supuesto a su historia, a ver que es lo que dice el niño con ese tipo de signos o síntomas que presenta, tratar que ese niño lo pueda decir de otro modo que le permita sufrir menos, modificar más su entorno y no quedar tan sometido. El aporte en la clínica, es la escucha a esa singularidad, el rescate a esa singularidad en esta construcción de generalizaciones, que terminan en esa

generalización que se nombra como Déficit Atencional y que habla de un individuo homogéneo, como la idea de que todos los niños tendían que ser así y si no es así y es tal cosa. Es importante rescatar la posibilidad de esa singularidad en esa historia.

**C.- Matriz de Análisis de Entrevistas Semiestructuradas**

(Terapeuta M.M.)

CATEGORIA	TOPICO	CODIGO	CITAS TEXTUALES
Opinión acerca del diagnóstico de TDAH	Calidad del Diagnóstico	(CDD)	<p><i>“existe una gran cantidad de niños que son diagnosticados por este Trastorno de Déficit Atencional, lo que yo recuerdo, es una de las cosas que permanecen en el abordaje profesional es la facilidad con que los psiquiatras y los neurólogos realizaban el diagnóstico del Déficit Atencional, con la poca cantidad de elementos que los llevaban a hacer este tipo de clasificaciones en los niños y con la consiguiente medicación”</i></p>
	Visión de los terapeutas acerca del TDAH	(VTT)	<p><i>“tengo la impresión de que el Déficit Atencional es tan solo la manera de describir algunos hechos, algún conflicto, algún sufrimiento, sobre todo eso, que no le pertenecen al niño”</i></p> <p><i>“Este diagnóstico entonces soluciona una duda o un conflicto que podrían tener los padres al sentirse responsables de todo lo que hacia, entonces se externaliza el problema hacia una biología y tiene una solución mas o menos sencilla que es la medicamentación y eso muestra la falta de compromiso de los padre por el problema de los niños”</i></p> <p><i>“son niños que están quizás en busca de ciertos limites, en búsqueda de ciertos organizadores de su conducta”</i></p> <p><i>“uno puede pensar que las dificultades que tiene un niño, perfectamente pueden ser una manera de expresar, una manera que tiene el niño de poner en manifiesto los problemas que tienen los padres”</i></p> <p><i>“más allá de la discordancia de normas y limites que se da por diferencias entre los padres, uno se va encontrando que las diferencias de pareja, el amor, su propia sexualidad, su propia</i></p>

			<i>historia se esta poniéndose en juego ahora por el niño y eso es lo que los padres no toleran, por eso el Déficit Atencional como diagnóstico, viene a resolver un problema que para los padres puede ser aún mas amenazante, que es cuestionar su relación de pareja, por que siguen casados, por que viven juntos, su matrimonio, entonces el sufrimiento de los padres efectivamente puedes ser así, un niño con su conducta esta expresando un conflicto que se da a otro nivel”</i>
Características del niño	Presencia de angustia	(CNA)	
	Inquietud psicomotriz	(CNI)	
	Rendimiento Escolar	(CNR)	
	Pensamiento del niño	(CNP)	
	Conciencia del Cuerpo	(CNU)	
Relaciones Familiares	Tipo de relación	(RFT)	<i>“una de las características generales de los niños que son catalogados con este diagnóstico, son niños que tienen dificultades en el establecimiento de lazos con los padres, porque no tienen tiempo”</i>
	Características Familiares	(RFC)	<i>“hay en ellos dificultades para el clásico manejo de normas y límites, habría que llamarlo de otra manera por cierto, pero tienen dificultad para transmitir la autoridad, la ley, un cierto orden, ciertas estructuras que permitan al niño comprender que hay momentos para hacer y momentos para detenerse, etc. yo diría entonces que son niños que en general están pidiendo a gritos una autoridad paterna que los escuche, que se haga cargo de esas inquietudes que posiblemente tengan a propósito de temas transversales de la infancia del ser humano como son la muerte”</i>

Visión de los terapeutas frente al discurso de los padres acerca del diagnóstico TDAH	Padres que aceptan el diagnóstico	(VPA)	<i>“padres que vienen a confirmar un diagnóstico realizado por psiquiatras y neurólogos y vienen porque son derivados, no hay una motivación interna, no hay una motivación por comprender más halla lo que esta pasando con su hijo, vienen tan solo a pedir algunas recomendaciones muy practicas, muy concretas para para que eso cambie”</i>
	Padres que rechazan el diagnóstico	(VPR)	<i>“los que lo rechazan uno es porque simplemente no son capaces de ver las dificultades de sus hijos”</i>  <i>“otros porque rechazan la idea de la medicamentación como alternativa para trabajar y para solucionar los problemas que tienen sus hijos en el colegio”</i>
Explicación al sobrediagnóstico	Sistema escolar	(ESE)	<i>“el sobrediagnóstico se debe a una enorme presión que tienen los colegios por asegurar el rendimiento de los alumnos dentro de la sala de clases, los profesores están sometidos a enormes presiones que requiere que los niños sean receptores de una gran cantidad de información y que para eso requieren que los niños estén más o menos tranquilos en la sala, que no perturben demasiado, que no estén “inquietos””</i>  <i>“el factor más macro, es la presión de los profesores, la presión que los padres someten a los hijos en el sistema educativo, tiene que tener éxito en el aprendizaje y recepción de información lo que lleva a tener mayores posibilidades de que los niños estén cada vez mas pasivos para cumplir con las expectativas que tiene el mundo adulto”</i>

(Terapeuta D.M.)

CATEGORIA	TOPICO	CODIGO	CITAS TEXTUALES
Opinión acerca del diagnóstico de TDAH	Calidad del Diagnóstico	(CDD)	<p><i>“los neurólogos abusan del diagnóstico, yo te aseguro que todos los niños que van al neurólogo, todos deben tener déficit, los psiquiatras menos y los psicólogos menos, yo creo que los neurólogos abusan”</i></p>
	Visión de los terapeutas acerca del TDAH	(VTT)	<p><i>“es un trastorno, es una producción cultural, primero que nada”</i></p> <p><i>“Ahora yo en general no lo diagnóstico mucho, pero cuando se diagnóstica y me ha tocado en este último tiempo, al trabajar con psiquiatras, con algunos no con todos, que tal vez es interesante pensar, sobre todo en la línea como más de aprendizaje, que tal vez en la relación con los otros hay un trastorno como mucho más específico, tiene que ver con algo del orden, entre comillas, madurativo, ahora de ser así, esto pasaría en algún tiempo”</i></p> <p><i>“es un diagnóstico que además está incluido en el AUGE, entonces sirve, por eso es una producción cultural, si está incluido ahí sirve, entonces todos tenemos Déficit Atencional pero en el sistema privado también, es una especie de muletilla, si yo no sé lo que le pasa a el otro, entonces esto me asegura algo de donde afirmarme”</i></p> <p><i>“esa dificultad puede expresar muchas cosas, sobre todo si nosotros atendemos a que esto es un síndrome y como síntoma puede depender de muchas cosas”</i></p> <p><i>“En el fondo este nombre, este diagnóstico da sentido a un discurso que tal vez sin este diagnóstico, porque al final es como algo que liga, sin ese diagnóstico no tendría sentido”</i></p>

			<p><i>“te permiten a ti circular de un manera en lo social que de otra manera no podrías haberlo hecho, entonces para los padres pasa por ahí, es como ortopédico, este diagnóstico les sirve, como una especie de ortopedia para una relación o para sostener algo en el hijo”</i></p> <p><i>“creo que como diagnóstico reúne ciertas condiciones de la vida actual, es un diagnóstico que no es muy paranoisante, un diagnóstico que asuste, es un diagnóstico socialmente aceptado, es una demostración de poder, de control”</i></p>
Características del niño	Presencia de angustia	(CNA)	
	Inquietud psicomotriz	(CNI)	<i>“los niños que se mueven, no porque tengan, entre comillas, Déficit Atencional, o esta falta de modulación, sino que por ejemplo, tienen una relación a la muerte, tan particular que necesitan moverse para sentirse vivos, que les das pastilla, les cierras los canales y los angustias diez veces más”</i>
	Rendimiento Escolar	(CNR)	
	Pensamiento del niño	(CNP)	
	Conciencia del Cuerpo	(CNU)	<p><i>“niños que les cuesta como te digo modular los estímulos y eso no es solo sensorial, no es porque tengan un problema sensorial, sino hay algo del orden de la integración sensorial que todavía no funciona completamente, es así como la línea madurativa”</i></p> <p><i>“les costaría leer desde estímulos perceptivos hasta estímulos emocionales, son niños que no saben decir, es como que la conciencia, no es la forma exacta de decir tampoco, pero la conciencia del propio cuerpo, con respecto de las propias sensaciones es escasa, así como</i></p>

			<i>no pueden diferenciar afuera, tampoco pueden diferenciarse en ellos, en ese sentido, todos los limites se corren un poco</i>
Relaciones Familiares	Tipo de relación	(RFT)	<i>“si pensamos en el tema de la maduración, tal vez haya algo de lo materno ahí o a esas primeras personas como de contención que tal vez no están, que se yo tal vez en la simbolización tal vez no se ha logrado completamente, porque también hay un punto en la simbolización”</i>
	Características Familiares	(RFC)	<i>“entonces necesita ciertos limites, porque tal vez la madre no pude hacer de limite”</i>
Visión de los terapeutas frente al discurso de los padres acerca del diagnóstico TDAH	Padres que aceptan el diagnóstico	(VPA)	<i>“este niño es un Déficit Atencional y todo el, todo su funcionamiento es por el Déficit Atencional. Entonces es como, mira parece que le cuesta tal cosa, si es por el Déficit Atencional”</i>  <i>“pero yo creo que este es un diagnóstico socialmente aceptado, por lo tanto puedes tener Déficit Atencional y no es tan grave, incluso tienes ciertas ganancias secundarias, “ha es que no se tomó la pastilla”, “ha es que tiene Déficit Atencional”, entonces tiene ciertas ganancias secundarias, entonces es un diagnóstico socialmente aceptado y en tanto tal, tu puedes tenerlo y ser parte de la sociedad”</i>
	Padres que rechazan el diagnóstico	(VPR)	<i>“Es como bueno, del colegio me lo mandan porque tiene Déficit Atencional, y que ellos encuentran que el niño es igual al papá por ejemplo, eso es una parte, de allá lo mandan y yo no veo problema”</i>
	Sistema escolar	(ESE)	<i>“pero siempre esta esto del colegio, me mandaron, porque ahí es donde perturba más el niño que se mueve o que no atienden entre comillas a lo que debería atender”</i>

Explicación al sobrediagnóstico	Sistema salud	(ESS)	<i>“te lo digo, partiendo de que aparece en el Auge, que es lo único que aparece del niño, el único diagnóstico, entonces imagínate, es como que en Chile hoy día, la única posibilidad es que tú para ser niño, he incluirte en el sistema de salud, es que seas un Déficit Atencional y con Hiperactividad, entonces evidentemente van a haber millones”</i>
	Situación laboral padres	(ESL)	<i>“muchas características contemporáneas, en el sentido que hay muchos padres que no están, que los papás varones no ven al niño hasta el sábado y muchas mamás que trabajan mucho, entonces ahora hay niños que están muy solos”.</i>
	Categorías diagnósticas	(ESD)	
Aportes del Psicoanálisis al TDAH		(AP)	<p><i>“se trata el Déficit Atencional, y no a la persona que tiene tal o cual síntoma, es una ilusión, porque finalmente tu tratas síntomas y si desde el punto psicoanalítico uno sabe lo que es un síntoma uno sabe que esto va a aparecer nuevamente en otro lugar, porque no se trata solo de la conducta”</i></p> <p><i>“terapeutas formados psicoanalíticamente, pueden hacer un trabajo mucho más interesante, porque ahí pueden mirar este niño cuerpo, pero cuerpo también subjetivizado, yo creo que hay algunos terapeutas ocupacionales y psicólogos que están trabajando mas la línea corporal, que no es, siente tu cuerpo, no, no, es la relación con el cuerpo”</i></p>

(Terapeuta P.O.)

CATEGORIA	TOPICO	CODIGO	CITAS TEXTUALES
Opinión acerca del diagnóstico de TDAH	Calidad del Diagnóstico	(CDD)	<p><i>“mi visión es bastante critica con el diagnóstico, como es ya algo más o menos difundido que es un sobre diagnóstico el que se hace, por lo tanto”</i></p> <p><i>“es un mal diagnóstico, ya que si fuéramos estrictos, tendríamos que decir que el síndrome de Déficit Atencional tiene un origen neurológico y bueno que si bien puede ser difícilmente demostrable, es difícil pensar que un porcentaje tan alto de la población de niños, lo este desarrollando cada vez con más frecuencia”</i></p> <p><i>“un diagnóstico express porque es como lo más a la mano, lo más fácil, porque se fija solamente en ciertos hitos de la conducta como el test de Conners, que es como con suerte una foto para un momento determinado”</i></p> <p><i>“Se pone el mismo rotulo, el mismo diagnóstico, entonces se cae en una estandarización, en un anonimato, ni siquiera considerando lo que te decía que se tiene que dar en distintos ambientes o de cómo va ha ser posible que la mitad de la población tenga el mismo diagnóstico”</i></p>
	Visión de los terapeutas acerca del TDAH	(VTT)	<p><i>“entonces es como un síntoma para mi, porque es un diagnóstico que viene a servir a varios conflictos”</i></p> <p><i>“Yo diría que es un comodín social, un comodín de los sistemas sociales, como de nuestro modo de pensar que es el niño el que se debe adaptar al mundo social, un poco cueste lo que cueste, que tiene que ver con la perdida, bueno aunque nunca ha habido mucho, del respeto de ese tiempo que es la infancia, constituyente de la subjetividad, basta ver cuanto se le paga a los profesores, entonces en eso, uno se da cuenta que se le asigna poca importancia, entonces me parece a mi que el diagnóstico solo es un comodín que ha venido a caer bien, a este malestar, circula esta mirada hacia el niño que es</i></p>

			<i>educacional, de salud, pero que finalmente tiene que ver con la adaptación, la dificultad, la frustración al propio sistema en relación a como incorporar a los sujetos”</i>
Características del niño	Presencia de angustia	(CNA)	<p><i>“yo podría decir que se asocian con mucha frecuencia y con un nivel de angustia bastante alto en general”</i></p> <p><i>“yo diría que es un niño inquieto, un niño angustiado”</i></p> <p><i>“Por eso yo diría que son niños con una dosis de angustia importante”</i></p> <p><i>“entonces para mi son niños que están bien angustiados, están en un proceso interno importante”</i></p>
	Inquietud psicomotriz	(CNI)	<p><i>“la inquietud puede ser una sintomatología un poco como la fiebre, es decir, muy inespecífica”</i></p> <p><i>“yo lo único que podría decir es que hay un niño hiperactivo, un niño inquieto tal vez”</i></p>
	Rendimiento Escolar	(CNR)	<i>“bueno y por supuesto también otra de las característica es que les esta costando rendir en el colegio”</i>
	Pensamiento del niño	(CNP)	<p><i>“el niño está más bien pensando o atendiendo a otras cosas que son más bien de carácter interno o psíquico”</i></p> <p><i>“que hay niños que se están preocupando durante un tiempo bastante largo de saber que pasa cuando la gente, las personas, los vegetales o los animales se mueren, si se van al cielo o no se van al cielo, como nacen las plantas o los seres vivos, que tiene que ver con las teorías sexuales”</i></p>

	Conciencia del Cuerpo	(CNU)	
Relaciones Familiares	Tipo de relación	(RFT)	<p><i>“hay una dificultad del niño de pasar como de una relación con la espacialidad que tiene que ver con una presencia, una marca del cuerpo materno, porque no son solo niños que están apegados concretamente a la madre, si no que hay dificultades para establecer sus propias hipótesis, sus propias reflexiones”</i></p> <p><i>“mejor hay niños que se puede decir desde el sentido común, o del lenguaje común, han sido sobreprotegidos, en el sentido que hay una mirada más permanente de la madre o de los padres hacia él y que en algún momento dado se han sentido sin esa mirada”</i></p> <p><i>“yo pienso que hay momento en los cuales no ha habido suficiente simbolización, palabra o acompañamiento de los padres tal vez en relación a este nuevo replanteamiento de ser independiente en el mundo, una consciencia de ser un sujeto, de pedir ciertas cosas que le competen a él, como la individualización, pero no diría que hay hitos muy marcados”</i></p>
	Características Familiares	(RFC)	<p><i>“hay familias o un ordenamiento al interior de la familia o de lo domestico de la casa como caótico, como falta de los limites que tiene que ver con el referente a la contención, hay una falta de orden, me ha tocado ver niños que, como que ellos tienen que recordaR a la mamá muchas cosas, entonces, se empieza a producir una cierta perdida de la jerarquización”</i></p> <p><i>“están permanentemente en un ambiente en que finalmente no se tiene muy claro el limite, la norma, que tiene que ver con un cierto apaciguamiento, una protección”</i></p>

Visión de los terapeutas frente al discurso de los padres acerca del diagnóstico TDAH	Padres que aceptan el diagnóstico	(VPA)	<i>“ahora por ser desde este supuesto neurológico, no es mucho lo que ellos pueden hacer, en el sentido de que se instalan desde la posición de que no pueden opinar mucho, porque es algo que es así no más, entonces desde ese lado es difícil pensar o que ellos piensen, que tienen algo que ver al respecto, es casi algo así como mala suerte”</i>
	Padres que rechazan el diagnóstico	(VPR)	<i>“el otro social, el colegio es el que los envía, ellos hasta ese momento no han podido ver nada que les hiciera pensar algo así, incluso muchos de ellos, bueno, plantean que para ellos el niño no tiene ningún problema porque, por ejemplo, se queda viendo televisión sin problema, o sea, en ese sentido hasta incluso están en una oposición a lo que pude plantearles el colegio”</i>  <i>“los padres vienen muy molestos, narcisistamente, porque en el colegio los mandan obligados y además les pusieron un rotulo que le es completamente ajeno”</i>
Explicación al sobrediagnóstico	Sistema escolar	(ESE)	<i>“tampoco un niño que viene con un diagnóstico de Déficit Atencional necesariamente es un niño tan angustiado, a lo mejor es un niño que esta en un contexto de cuarenta compañeros, que la profesora si esta muy angustiada, puede ser también algo así”</i>  <i>“Es que para mi tiene que ver con un malestar del sistema escolar, en general, porque eso viene desde lo escolar, o sea, uno de los puntos en los cuales lo escolar y el sistema de salud público se toman que tiene que ver con el desarrollo del niño en general, yo creo que tiene que ver con las presiones, es un malestar que muchas veces tiene que ver con la dificultad de un sistema de poder adaptarse de una mejor manera a lo que podría ser una educación de mejor calidad, por ejemplo, disminuir los niños por sala, porque por supuesto que esto va a tener costos económicos, entonces a los profesores, para mi gusto, se los esclaviza, por cierto que hay algo de una mínima aceptación de parte de los profesores, que tampoco tienen muchas capacidades de poder decidir, porque hoy en día, con la jornada escolar completa, si antes los profesores iban a dos colegios, bueno por ultimo, pero ahora</i>

			<p><i>ya tienen que optar entonces hay una serie de decisiones que tienen que ver con las políticas sociales, de cada colegio, bueno del valor que se le da a la educación, cosa de que al final hay que sacar el mayor rendimiento, entonces a mi me parece que los profesores no tienen mucha opción, pero ellos caen en marcar este malestar que es el niño el que tiene el problema, cuando el problema lo tiene el sistema, o sea, si ese mismo profesor tuviera otras oportunidades de trabajo, veinte niños por sala, a lo mejor el diagnóstico de Déficit Atencional bajaría mucho”</i></p> <p><i>“ como los profesores, sin querer han encontrado una alianza estratégica que tiene que ver con los neurólogos, con muchos psicólogos también de cómo hacer que estos niños no estén en la sala, o sea, que vayan a la psicopedagoga, que vayan al neurólogo para tratar de tranquilizar esta excesiva carga de trabajo que tienen”</i></p>
	Sistema salud	(ESS)	<p><i>“este diagnóstico ya viene prefabricado desde la sala de clases, entonces, hoy en día la experiencia es que los colegios mandan, como dicen los papás “me mandaron” para ver si el niño tiene o no tiene, o sea, a uno como especialista lo único que le queda es corroborar o no”</i></p>
	Situación laboral padres	(ESL)	
	Categorías diagnósticas	(ESD)	
Aportes del Psicoanálisis al TDAH	Aportes del psicoanálisis	(AP)	<p><i>“una escucha neutral justamente de la tradición medica en la que ya se encuentra excesivamente lleno de sentido este síndrome, convirtiéndolo en un nombre anónimo, estandarizado que se utiliza igual para muchos sujetos, el psicoanálisis puede proponer una escucha del sujeto único que hay siempre en esa forma sintomática, del conflicto o formación de compromiso inconsciente e intentar una lectura de la elección de ese síntoma en la historia vital y momento actual de ese sujeto”</i></p>

(Terapeuta P.S.)

CATEGORIA	TOPICO	CODIGO	CITAS TEXTUALES
Opinión acerca del diagnóstico de TDAH	Calidad del Diagnóstico	(CDD)	<p><i>“o sea la cantidad de niños que llega diagnosticados de ese modo es muy grande”</i></p> <p><i>“es un diagnóstico que viene por distintas vías, porque se ha generalizado tanto, que lo usan muchas personas”</i></p> <p><i>“yo entiendo de lo que estamos hablando , que es un fenómeno donde el diagnóstico de Déficit Atencional es enorme, como numero y la cantidad de Ritalín que se consume es espasmosa, además de no ser un asunto que solo sucede en Chile”</i></p>
	Visión de los terapeutas acerca del TDAH	(VTT)	<p><i>“un diagnóstico de ese tipo me resulta descriptivo, entonces puedo suponer que quien diagnosticó usando esa frase, vio, observó ciertos índices, indicadores y bueno pone este nombre, pero desde el lugar de la escucha analítica, no me dice mucho, salvo eso”</i></p> <p><i>“me parece que es un problema político, o sea, darles Ritalin a los niños inquietos, me parece un problema político, es un ejercicio de poder, es instalar, forzar a la aparición de lo que quieren que allí aparezca”</i></p>
Características del niño	Presencia de angustia	(CNA)	
	Inquietud psicomotriz	(CNI)	
	Rendimiento Escolar	(CNR)	

	Pensamiento del niño	(CNP)	
	Conciencia del Cuerpo	(CNU)	
Relaciones Familiares	Tipo de relación	(RFT)	
	Características Familiares	(RFC)	
Visión de los terapeutas frente al discurso de los padres acerca del diagnóstico TDAH	Padres que aceptan el diagnóstico	(VPA)	
	Padres que rechazan el diagnóstico	(VPR)	
	Sistema escolar	(ESE)	<p><i>“niños que simplemente no están quietos, o sea hay una gama enorme yo creo que se pone en manifiesto todas las carencias que hay en el sistema escolar, pero eso es culpa de los profesores, eso es algo del terreno político”</i></p> <p><i>“a veces llegan los padres y te dicen que el colegio dice “que” y el colegio pasa a ser un ente bastante impersonal, porque a veces hay un profesor que dice “que molesta mucho” “¿Qué pasa con el niño?”, entonces interpreta un Déficit Atencional y lo manda al psicólogo”</i></p> <p><i>“Yo creo que toda la problemática del sistema escolar, todos los líos de los colegios municipalizados, digamos la ausencia de una escolaridad”</i></p>

Explicación al sobrediagnóstico			<p><i>que contempla a un niño como, bueno al que se le de mas espacio para mostrarse y para ser tan distinto de como es el niño del lado, los profesores que tengan tiempo para poder capturar todo eso y recorrer con ellos algún camino de aprendizaje en conjunto”</i></p> <p><i>“Un sistema escolar que realmente considere como un derecho el aprender, el adueñarse de los bienes de la cultura, yo no creo que eso sea así en este momento, por eso te digo que es un problema político directamente, un ejercicio de poder y de violencia, de un poder ejercido violentamente”.</i></p>
	Sistema salud	(ESS)	
	Situación laboral padres	(ESL)	
	Categorías diagnósticas	(ESD)	
Aportes del Psicoanálisis al TDAH		(AP)	<p><i>“también yo lo veo y tal vez por mi formación que a mi me interesa rescatar la singularidad más que la generalización”</i></p> <p><i>“todo el rescate a una escucha en relación a ese niño, a sus circunstancia de todo tipo, por supuesto a su historia, a ver que es lo que dice el niño con ese tipo de signos o síntomas que presenta, tratar que ese niño lo pueda decir de otro modo que le permita sufrir menos, modificar más su entorno y no quedar tan sometido”</i></p> <p><i>“El aporte en la clínica, es la escucha a esa singularidad, el rescate a esa singularidad en esta construcción de generalizaciones, que terminan en esa generalización que se nombra como Déficit Atencional y que habla de un individuo homogéneo, como la idea de que todos los niños tendían que ser así y si no es así y es tal cosa. Es importante rescatar la posibilidad de esa singularidad en esa historia”</i></p>

### D.- Cronograma

ETAPAS	Agosto	Sep	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Preproyecto de Tesis	X												
Elaboración Proyecto de Tesis		X	X										
Entrega Proyecto de Tesis				X									
Reformulación Proyecto de Tesis					X	X							
Entrega Reformulación						X							
Recolección de Información						X	X	X					
Elaboración Marco Teórico						X	X	X	X	X	X		
Realización Entrevistas									X	X			
Análisis de Información					X	X	X	X	X	X	X		
Trascripción Información					X	X	X	X	X	X	X		
Entrega Final de Tesis											X		
Corrección de Tesis											X	X	
Revisión de Tesis											X	X	X