

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **MELISSA MISHELL MOREIRA MERA**, con CC. **080281760-1**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“LECTURA PSICOANALÍTICA DEL LLAMADO “DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD”**. Estudio realizado a cinco psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica en la ciudad de Quito, en al año 2018, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, marzo 2019

Melissa Moreira Mera.

MELISSA MISHELL MOREIRA MERA
CC. 080281760-1

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**LECTURA PSICOANALÍTICA DEL LLAMADO "DÉFICIT
DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD"**

**Estudio realizado a cinco psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica
en la ciudad de Quito, en el año 2018**

MELISSA MISHHELL MOREIRA MERA

DIRECTOR: Mtr. Francisco Jaramillo Tejada

QUITO, 2018

DEDICATORIA

*Para todos los niños y niñas con una infancia difícil, a los incomprensidos, los diferentes,
los revoltosos.*

Para mi Mami Luchita, donde sea que esté ahora, siempre la llevaré en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Luis y Patricia, mis padres, por su apoyo incondicional. Sin ustedes esto no habría sido posible.

Agradezco a Alejandro, mi hermano, quien llena de alegría mis días, desde su llegada me siento acompañada.

A los amigos que me dieron motivación para culminar este proyecto, en especial a Camila, compañera de alegrías y lágrimas.

Quiero agradecer a Francisco Jaramillo por ayudarme en la guía y dirección de esta disertación, gracias por todos los conocimientos que me transmitió.

Agradezco profundamente a los cinco Psicólogos Clínicos que participaron en esta investigación, gracias por su colaboración para que este proyecto pueda realizarse.

INDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|--------------------------------------|
| DEDICATORIA | I |
| AGRADECIMIENTOS..... | II |
| RESUMEN | ¡Error! Marcador no definido. |
| INTRODUCCIÓN | VII |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| EL TDAH COMO SÍNTOMA | 1 |
| 1.1. Antecedentes históricos del TDAH..... | 2 |
| 1.2. Definición | 8 |
| 1.3. Contraste del trastorno con el síntoma | 12 |
| 1.4. El síntoma desde el Psicoanálisis | 14 |
| CAPÍTULO II..... | 20 |
| EL NIÑO DIAGNOSTICADO CON TDAH Y SU RELACIÓN MATERNA | 20 |
| 2.1. La mirada de la madre | 23 |
| 2.2. El cuerpo del niño con TDAH..... | 24 |
| 2.3. El acting-out en el niño con TDAH..... | 28 |
| 2.4. El pasaje al acto en el niño con TDAH | 31 |
| CAPÍTULO III | 34 |
| EL TDAH COMO CONSTRUCCIÓN DE LA ÉPOCA | 34 |
| 3.1. El Complejo de Edipo en Freud | 34 |
| 3.2. Los tres tiempos del Edipo en Jacques Lacan | 35 |
| 3.3. La función del padre en el Edipo..... | 36 |
| 3.4. El declive del Nombre-del-Padre en el TDAH | 38 |
| 3.5. El TDAH en las instituciones educativas | 42 |

| | |
|---|-----------|
| 3.6. Las farmacéuticas y el TDAH | 44 |
| 3.7. Tratamiento de la relajación terapéutica propuesto por Jean Bergès | 48 |
| CAPÍTULO IV..... | 50 |
| CRITERIO DE LOS PROFESIONALES..... | 50 |
| 4.1. Metodología..... | 50 |
| 4.2. Universo o muestra..... | 50 |
| 4.3. Instrumentos | 51 |
| 4.4. Procedimiento..... | 52 |
| 4.5. Resultados y discusión | 52 |
| 4.6. Análisis de resultados | 66 |
| CONCLUSIONES | 68 |
| RECOMENDACIONES | 70 |
| BIBLIOGRAFÍA | 71 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Patrones diagnósticos del DSM-V. Obtenido del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, 2013, págs. 33-36. | 8 |
| Tabla 2: Patrones del CIE-10. Obtenido de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, 2000, págs. 204-206. | 10 |
| Tabla 3: Criterios de Inclusión y Exclusión..... | 51 |
| Tabla 4 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 54 |
| Tabla 5 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 55 |
| Tabla 6 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 56 |
| Tabla 7 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 57 |
| Tabla 8 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 58 |
| Tabla 9 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 59 |

| | |
|---|----|
| Tabla 10 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 60 |
| Tabla 11 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 61 |
| Tabla 12 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 62 |
| Tabla 13 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 63 |
| Tabla 14 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 64 |
| Tabla 15 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M. | 65 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 Tomado de: Harari, 1993, p.74..... | 29 |
| Figura 2 Tomado de: Lacan, 1957-1958/1999, p. 179..... | 37 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|---|
| Anexo 1: Tabla de perfiles profesionales de entrevistados..... | 1 |
| Anexo 2: Modelo del Consentimiento Informado | 3 |
| Anexo 3: Modelo de entrevista..... | 4 |

RESUMEN

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síntoma del discurso de la sociedad actual, en la que se ha perdido referentes, la noción de autoridad ha cambiado, el uso de la tecnología está por encima del uso de la palabra, y en el caso de las llamadas enfermedades mentales, se busca “normalizar” al sujeto. Es por esto, que el trastorno en cuestión, es concebido desde teorías neurobiológicas que intentan relacionar su causalidad con anomalías genéticas, hereditarias, desequilibrio en ciertos neurotransmisores, entre otras. Al ubicar al TDAH como un trastorno, se cosifica al niño, ya que se está olvidando la particularidad de cada caso, es decir la subjetividad. Los manuales psicopatológicos utilizan un sistema de patrones arbitrarios para clasificar diferentes problemáticas en este mismo trastorno. El contexto del niño y el entretelado de significantes son ignorados, pues lo importante en la sociedad actual, es proponer un método “rápido y eficaz”, para calmar al niño. Es así, como la medicación es el tratamiento predominante para este tipo de diagnóstico. La lectura psicoanalítica por su parte, abre una posibilidad para que el niño y su familia encuentren un sentido a la hiperactividad y la falta de atención, esto a su vez, genera vías alternativas para el tratamiento, más allá de la medicación, la misma que trae efectos secundarios perjudiciales para los niños y las niñas. Los temas y conceptos psicoanalíticos que serán trabajados y cuestionados en esta investigación son: el síntoma, el cuerpo, el transítivismo, la relación materna, el lugar del tercero, el uso de la farmacología como único tratamiento, el papel de las instituciones educativas y los efectos del declive del Nombre-del-Padre. A su vez, en esta disertación se cuenta con criterios de psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica, analizados por medio de entrevistas semi-estructuradas, las mismas que permitirán corroborar la teoría propuesta con las referencias teóricas y la clínica psicoanalítica de los profesionales en cuestión.

Palabras clave: TDAH, Psicoanálisis, síntoma, declive del Nombre-del-Padre

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad es uno de los diagnósticos más frecuentes en la infancia. Es descrito y diagnosticado a través de los manuales psicopatológicos (DSM-V y CIE-10), en los cuales parece estar ubicado dentro de patrones arbitrarios, en los que muchos niños con diferentes problemáticas entrarían en dicha categoría. Esto a su vez, conlleva a concebir este trastorno como un déficit neurobiológico y limita las vías de tratamiento.

La presente investigación tiene como objetivo analizar el TDAH desde la teoría y clínica psicoanalítica. Los temas y conceptos que se utilizaron para abordar esta disertación son: el síntoma, el cuerpo, la relación materna, el pasaje al acto, el acting-out, el papel de las instituciones educativas, el lugar del tercero, la época actual y el ocaso del Nombre-del-Padre, todas estas nociones en relación con el trastorno en cuestión.

El aspecto central de esta disertación es ubicar al TDAH desde una perspectiva diferente a la predominante en la actualidad: la medicina, la misma que ignora el contexto del niño y el entretreído de significantes que dan cuenta de la aparición sintomática. Es por esto, que se han tomado en cuenta las siguientes preguntas para el desarrollo de esta investigación: ¿Puede entenderse al TDAH como un síntoma y no únicamente como un trastorno?, ¿De qué manera influye la madre en un niño hiperactivo y desatento?, ¿Qué factores han promovido el recurrente diagnóstico del TDAH y la excesiva ingesta de fármacos? Y por último, ¿Cómo entienden los psicoanalistas al TDAH y cuáles serían sus criterios al respecto?

El modelo que se utilizará es el cualitativo. Se plantearon preguntas según los registros narrativos de los conceptos tomados en cuenta. Asimismo, el tipo de investigación es bibliográfica y descriptiva.

En el primer capítulo, se contrastará la mirada del TDAH como trastorno y como síntoma, explicando a este último desde la teoría de Sigmund Freud y Jacques Lacan, para comprenderlo como una construcción con sentido. Freud mencionó que el síntoma tiene un sentido oculto fuera de la conciencia del sujeto, por lo que propuso que la tarea del analista

sea descubrir aquello que origina y justifica la aparición de dicho síntoma (Freud, 1916-1917/1976).

En el segundo capítulo, se identificará la relación de la madre con el niño hiperactivo y desatento por medio de las teorías propuestas por Jean Bergès y Marika Bergès-Bounes. Asimismo, se trabajará el concepto de transivismo y su relación con la madre en la inscripción del cuerpo del niño con TDAH. También, se proponen los conceptos de acting-out y pasaje al acto como caminos ante la angustia del niño hiperactivo.

En el tercer capítulo, se abordará el sobrediagnóstico del TDAH en la sociedad contemporánea, y cómo la posmodernidad trae consigo ciertas sintomatologías en relación al declive del Nombre-del-Padre. De igual forma, se tomará en cuenta los beneficios que obtienen las farmacéuticas al recetar medicamentos que, supuestamente, tratan dicho trastorno, y también el papel de las instituciones educativas con la problemática en cuestión.

Finalmente, en el cuarto y último capítulo se expondrán los criterios de los psicólogos de orientación psicoanalítica, en cuanto a las temáticas anteriormente planteadas. Esto se logrará mediante entrevistas semi-estructuradas que permitan notar la concordancia entre el análisis bibliográfico y las referencias teóricas y clínicas de los profesionales.

“En otras épocas teníamos una palabra para designar a aquellos que sufren de trastornos deficitarios de la atención con hiperactividad. Los llamábamos NIÑOS (...)”
(Bergés-Bounes, M., 2010, en Bergés-Bounes, M., 2016, p. 31)

CAPÍTULO I

EL TDAH COMO SÍNTOMA

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), pertenece a los “Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia”, y se lo encuentra en los “Trastornos hipercinéticos” En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), se encontraba ubicado dentro de los “Trastornos de déficit de atención y de comportamiento perturbador”. Mientras que en la quinta y actual edición del DSM, está ubicado dentro de los “Trastornos del desarrollo neurológico”, esto implica que el TDAH en la actualidad es considerado una enfermedad neurobiológica. Por lo tanto, esto impide o limita las posibilidades de ser considerado y por ende tratado desde otras perspectivas.

Al ubicar a este trastorno únicamente en el campo neurológico, las vías alternativas de tratamiento se reducen a medicar al niño diagnosticado; dejando de lado la historia, el contexto y el entretendido de significantes que estaría relacionado en el sujeto con TDAH. Es decir, se ha olvidado al síntoma, para pasar a un tratamiento inmediato con el fin de eliminar *la enfermedad* del niño de forma instantánea. Este capítulo, tratará el recorrido histórico del TDAH, la definición de síntoma y cómo puede este trastorno ser comprendido como un síntoma, más allá de la etiqueta y más allá del diagnóstico.

1.1. Antecedentes históricos del TDAH

Lo que ahora se conoce como TDAH, ha tenido un largo recorrido histórico, ha sido definido de varias y distintas formas, hasta llegar a lo que hoy se expone en los manuales diagnósticos. Por tal razón, dicho trastorno ha tenido diferentes nombres a lo largo del tiempo, entre ellos: inestabilidad psicomotora, inestabilidad de los escolares, hipercinesia, hiperactividad, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima y déficit atencional.

La definición de TDAH no solo ha cambiado en el transcurso del tiempo, sino también la manera que ha sido descrito; la misma que depende de la postura de investigación: la europea y la anglosajona. Las teorías europeas que en su mayoría son francesas y alemanas, son consideradas como postulados descriptivos, es decir que se enfocan en el problema en lugar de una explicación científica. Mientras que la psicopatología anglosajona, sobre todo la estadounidense, generalmente se basa en postulados cuantitativos, donde lo importante es la causalidad biológica y la medicación es el primer recurso (Navarro Gonzáles & García Villamosar, 2010).

1.1.1. Recorrido histórico del TDAH en las teorías europeas

Aproximadamente en 1865, Heinrich Hoffmann, reconocido como reformador de la psiquiatría hospitalaria de su época en Alemania, escribió su obra más reconocida, titulada *Der Struwwelpeter*, Pedro el Melenas en español. Esta obra está comprendida por 10 cuentos sobre ciertos problemas desarrollados en la infancia y adolescencia, en la cual, se destaca un cuento llamado *Felipe el Nervioso*, este escrito muestra ciertas dificultades que padecía el hijo del Sr. y la Sra. Hoffman. La sintomatología de Felipe se relacionaba con lo que ahora conocemos como falta de atención e hiperactividad (Navarro Gonzáles & García Villamosar, 2010).

El siguiente fragmento, pertenece a la obra de Heinrich Hoffmann (1987).

“¡Vamos a ver si hoy, por fin se está quieto Felipe!”. Fue lo primero que dijo muy serio el padre a su hijo, mientras la madre, contempla la mesa puesta.

¡Felipe, hace siempre caso omiso, se estremece, patalea se mueve y balancea en la silla sin descanso!” (Citado en Rey, 2012).

Cabe destacar que Hoffman diseñó este cuento para la población infantil, es decir que su intención no era la de describirlo como un trastorno, sino como un comportamiento más de la niñez.

Por otro lado, en 1897, Desiré-Magloire Bourneville notó en un grupo de niños la presencia de un retraso leve relacionándolo con una corea mental. Estos niños presentaban exceso en la expresión de la emocionalidad, cierta inestabilidad afectiva, poca inhibición y falta de atención, además de movimientos excesivos. Dicho autor lo denominó *inestabilidad del niño* (Navarro González & García Villamosar, 2010).

Del mismo modo, en Alemania, Jean Demoor describe esta sintomatología en sus textos de educación infantil, los mismos que fueron escritos desde el enfoque médico a diferencia de Hoffman. Demoor en 1901 le da el nombre de *Corea Mental*. Los síntomas incluían alteración en el estado de ánimo, movimientos excesivos, falta de inhibición en la conducta e incapacidad para sostener la atención (De Ajuriaguerra, 1976).

Por otra parte, el francés Paul Boncourt en 1905 propone el nombre de *inestabilidad de los escolares* para aquellos estudiantes que presentaban dificultades en el aprendizaje, debido a cierta incapacidad para fijar su atención (De Ajuriaguerra, 1976). H. Durot en 1913, propuso que la hiperactividad estaba relacionada a niños que padecían de retraso mental, epilepsia, anemia, entre otras enfermedades (Navarro González & García Villamosar, 2010).

La inestabilidad llegó a ser considerada como una forma de comportamiento anormal, que podía llegar a convertirse en una perversión, esta teoría fue defendida también por los franceses G. Nerón y G. Heuyer en 1914, este último fue el pionero en considerar a la hiperactividad como un síndrome. En su escrito *Los niños anormales y los delincuentes*

juveniles, Heuyer destaca este aspecto social de la hiperactividad ligado a la delincuencia (Navarro Gonzáles & García Villamosar, 2010).

Alrededor de 1915 y 1925 se propagó una de las epidemias de gripe y encefalitis más grandes y devastadoras de la historia, que generó más víctimas que la Primera Guerra Mundial. Esta epidemia se extendió incluso, hasta América del Sur y Norte América, y en 1923 fue descrita por el alemán Constantin von Economo (Bergès, Los niños hiperkinéticos, 1998/2010). Este neurólogo y psiquiatra austriaco definió tres formas de encefalitis:

- Forma somnolento-oftalmopléjica: también conocida como Epidemia de Viena, caracterizada por sueño persistente. En ocasiones el paciente podía despertarse por estímulos verbales, pero volvía a entrar en un estado somnoliento de manera inmediata (Salamano, 2015).
- Forma hiperquinética o mioclónica: conocida como epidemia de Rumania, la presentación de sus síntomas se caracterizan por la presencia de una inquietud permanente en el enfermo (convulsiones mioclónicas) (Salamano, 2015).
- Forma amioestática-aquinética: llamada como parkinsonismo o epidemia de Londres, como lo dice su nombre su presentación sintomática es muy similar a la de la enfermedad de Parkinson (Salamano, 2015).

La hiperactividad en aquellos tiempos, estaba relacionada con la segunda presentación de encefalitis estudiada por von Economo, la forma hiperquinética o mioclónica era la causa biológica que podía explicar en aquellas épocas la presentación de movimientos excesivos en los pacientes.

Henri Wallon fue uno de los psicólogos franceses más reconocidos, sobre todo por sus aportes en el desarrollo psicomotor. Para este autor, la hiperactividad se presenta cuando no se ha cruzado por todas las etapas del desarrollo psicomotor, y la persona se queda estancada en uno de los anteriores estadios (Díaz Atienza, 2006).

Kramer y Pollnow en 1930, realizan una investigación a 15 niños con problemas en el habla, falta de atención e inquietud desorbitada. Su tesis tuvo el nombre de *Trastorno Hipercinético* y para la época formaba parte del trastorno psicótico (Navarro Gonzáles & García Villamosar, 2010).

En el texto de Ajuriaguerra (1976) se mencionan los estudios realizados por J. Abramson, quien estudia la psicología y la personalidad del niño inestable. Este autor entiende a la inestabilidad psicomotriz como la forma en la que se activa un cortocircuito. Es decir, de forma intuitiva, confusa y con cierto problema para poder ordenar los hechos en el tiempo. Lo importante de los aportes de Abramson, es que su teoría fue la precursora en formar la postura francesa sobre la inestabilidad psicomotriz. Entendiendo al inestable psicomotriz, como aquel que:

Está acorralado por todos los estímulos exteriores y es incapaz de inhibir su necesidad de desperdigamiento; su atención es lábil; se fija ya en el detalle, ya en el conjunto pero sin hacer un análisis del mismo y la actividad ordenada le cansa (De Ajuriaguerra, 1976, pág. 240).

En el año 1940, S. Kerner, clasifica la inestabilidad en dos grupos:

- a) La inestabilidad adquirida por factores orgánicos, traumatismos, o factores psicológicos perjudiciales.
- b) La inestabilidad relacionada a factores hereditarios o innatos (De Ajuriaguerra, 1976).

Julián De Ajuriaguerra empieza su formación en Neurología y Psiquiatría en los Asilos Psiquiátricos del Departamento del Sena en 1933. Realizó su internado en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Santa Ana, donde tuvo un acercamiento al Psicoanálisis y conoció a Jean Bergès, ambos investigaron y trabajaron sobre la psicomotricidad. (Fabeiro Cabaleiro, 1993) En 1976, Julián de Ajuriaguerra propone distinguir de dos maneras el cuadro de la inestabilidad:

- a) La forma subcoreica: hace referencia a problemas o trastornos motores, dejando los trastornos de personalidad de lado.

b) La forma caracterial: opuesta a la forma subcoreica, en donde los trastornos de personalidad o también conocida como inestabilidad afectivo-caracterial son predominantes. Asimismo el contexto o el medio son elementos importantes en este tipo de inestabilidad. Los niños que presentan el tipo afectivo-caracterial tienen conductas de forma más intencionada. Entonces, a pesar de que ambas formas de inestabilidad se presente desde la vía motriz, no quiere decir que tienen un mismo sentido patógeno (De Ajuriaguerra, 1976). Sin duda, la propuesta de Ajuriaguerra abre el camino para pensar en la inestabilidad como un síntoma.

1.1.2. Recorrido histórico del TDAH en las teorías anglosajonas

Frederick Still pediatra inglés, junto a Tredgold propusieron las primeras descripciones sistemáticas, agrupando los síntomas al llamado *síndrome de lesión cerebral*, definiendo como la agresividad, actitud desafiante y labilidad emocional que daba como resultado incapacidad para poder concentrarse. También fue conocido como *defecto del control moral*, el mismo que era originado por una alteración o daño cerebral en el periodo prenatal o posnatal (Navarro González & García Villamosar, 2010).

Más tarde, en 1926, Smith sustituye el término de lesión cerebral, por lesión cerebral mínima (Ubieto, 2014).

La estadounidense, Emma Pendleton Bradley en los años 30, creó un fármaco que cambió la forma de ver hasta ese entonces, lo que ahora se conoce como TDAH. Descubrió que los derivados de las anfetaminas permitían a los niños diagnosticados con TDAH mantener y fijar la atención (Navarro González & García Villamosar, 2010).

Un tiempo atrás en 1957, Eisenberg propone el término *hyperkinetic* (hipercinético) para describir a niños que presentaban actividad motora en exceso, tomando en cuenta lo que se esperaba que fuera “normal” para el sexo y edad de estos niños (Ubieto, 2014).

Al pasar del tiempo, en los países anglosajones, empezó a relacionarse la hiperactividad con problemas en el Sistema Nervioso Central (SNC). Strauss entre 1947 y 1955 propone el nombre de *síndrome de daño cerebral infantil*, el mismo que pasó a *lesión cerebral mínima* y finalmente a *disfunción cerebral mínima*. Este último término, fue propuesto por un grupo de expertos del Oxford International Study Group of Child Neurology, ya que no se encontraba un daño anatómico en el cerebro, por lo tanto, decidieron darle una connotación de alteración funcional, dando más cabida a la complejidad neurobiológica cerebral. *Lesión cerebral mínima* ha sido un término que ha permanecido a lo largo del tiempo como causa de la hiperactividad, así como también ha formado parte del CIE. Sin embargo, en los años 60, dicho término podía incluirse en una cantidad enorme de diferentes trastornos, lo que le quitó confiabilidad para ser considerado la causa de la hiperactividad (Lassa, 2008, citado en Ubieto, 2014).

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), incluye por primera vez en el año de 1968 la *Reacción hiperkinética de la infancia* dentro de su manual diagnóstico. Sin embargo, en 1980 con el DSM-III, se reemplazó *Reacción hiperkinética* por *Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. El término asignado en el DSM-IV fue de *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad* dicho diagnóstico continúa vigente en la quinta y actual edición del DSM (Ubieto, 2014).

Por último, entre 1950 y 1970 se considera la edad de oro de la hiperactividad, debido a que el auge de las ciencias médicas y neurobiológicas permiten la llegada del tratamiento farmacológico, descubriendo que posiblemente existe anormalidad en los niveles de un neurotransmisor, el mismo que ocasionaría la hiperactividad (Navarro González & García Villamosar, 2010). Desde aquellos años, en la perspectiva anglosajona ha predominado el tratamiento médico para dicho diagnóstico.

1.2. Definición

1.2.1. Definición en el DSM-V

Actualmente, el TDAH se encuentra ubicado dentro de *los trastornos del desarrollo neurológico* en el DSM-V, tiene tres formas de presentación:

Tabla 1: Patrones diagnósticos del DSM-V. Obtenido del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, 2013, págs. 33-36.

| |
|--|
| 1) Presentación predominante con falta de atención. |
| 2) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva. |
| 3) Presentación combinada. |
| A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2): |
| 1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales: |
| Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas. |
| a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión). |
| b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada). |
| c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente). |
| d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad). |
| e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos). |
| f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos). |

| |
|---|
| g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil). |
| h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados). |
| i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas). |
| 2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales: Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas. |
| a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento. |
| b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar) |
| c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. adultos, puede limitarse a estar inquieto.) |
| d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. |
| e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos). |
| f. Con frecuencia habla excesivamente. |
| g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación). |
| h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola). |
| i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros). |
| B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años. |
| C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades). |
| D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos. |
| E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias). |

1.2.2. Definición en el CIE-10

Como ya se había mencionado anteriormente, este trastorno se encuentra ubicado dentro de los “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia” y es llamado como Trastornos hiperkinéticos, incluyendo:

Tabla 2: Patrones del CIE-10. Obtenido de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, 2000, págs. 204-206.

| |
|--|
| El diagnóstico para investigación del trastorno hiperkinético requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos. |
| G 1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño: |
| 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. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones). |
| 5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades. |
| 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido. |
| 7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas. |
| 8. Fácilmente distraíble por estímulos externos. |
| 9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias. |
| G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño: |
| 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento. |
| 2. Abandona el asiento en 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 adolescentes o adultos puede manifestarse sólo por sentimientos de inquietud). |
| 4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. |
| 5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social. |
| G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo e inconsistente con el nivel del desarrollo del niño: |
| 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. |
| 2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo. |
| 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p. ej., irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros). |
| 4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales. |
| G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años. |
| G5. Carácter generalizado. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es normalmente suficiente). |
| G6. Los síntomas de G 1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral. |
| G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (F84), episodio maníaco (F30), episodio depresivo (F32) o trastornos de ansiedad (F41). |
| Nota diagnóstica Muchos expertos reconocen también la existencia de entidades sindrómicas del trastorno hiperactivo. De los niños que cumplen criterios varios, pero que no muestran anormalidades del tipo hiperactividad/impulsividad, se dice que padecen un déficit de atención; por el contrario, los niños que no cumplen los criterios para las anomalías de la atención, pero que cumplen los criterios en las otras áreas, padecerían un trastorno de la actividad. De la misma manera, los niños que cumplen criterios diagnósticos en sólo una situación (p. ej., sólo en casa o en el colegio) pueden etiquetarse como trastorno específico del hogar o trastorno específico del colegio. Estas categorías no están incluidas todavía en la clasificación principal debido a una insuficiente validación empírica, y porque muchos niños con estos trastornos subsindrómicos muestran también otros síntomas (tales como trastorno disocial desafiante y oposicionista, F91.3) y deben por ello ser clasificados en la categoría apropiada. |

Hiperactividad:

Desde la perspectiva médica, se entiende al TDAH como el exceso de funcionamiento psicomotriz pero que a la vez es inadecuado para la edad y el contexto en el que el niño se desenvuelve, por lo tanto, es propenso a sufrir riesgos y peligros (Moyano Walker, 2004).

Inatención:

Se entiende a la inatención como el déficit o incapacidad para mantener, seleccionar el foco atencional, más aún, cuando la persona está realizando actividades que necesiten de un esfuerzo cognitivo y estructurado, no automático (Moyano Walker, 2004).

1.3. Contraste del trastorno con el síntoma

En el texto de Parellada, Moreno, Sijos y Ponce (2009), se menciona un estudio realizado sobre la epidemiología del TDAH, concluyendo que es uno de los trastornos más diagnosticados en la infancia, el porcentaje de afección está entre el 4 y el 7% de niños en edad escolar en distintos países del mundo. Según Ubieto (2014) uno de los mejores estudios realizados hasta el momento, arrojó el resultado de 5.2% como el porcentaje a nivel mundial del diagnóstico de TDAH en los niños. En cuanto a los estudios realizados en los países sudamericanos, se concluye que casi un 33% de la población infantil acude a consulta por TDAH. Y en Estados Unidos el trastorno es ahora el segundo diagnosticado después del asma (Ubieto, 2014).

Como se mencionó anteriormente, los aspectos a medir para diagnosticar el TDAH, son bastante ambiguos. Incluso existen dos categorías de la presentación del trastorno sin especificaciones correspondientes en ambos manuales (DSM-V y CIE-10).

Asimismo, esta larga lista que forma parte de las características y patrones que conforman el TDAH engloba una variedad de situaciones; que parecería no salirse de lo *normal*. ¿Qué niño entonces, queda fuera de los criterios diagnósticos del DSM-V para el TDAH?, de igual forma ¿Desde qué perspectiva se observa esto?, es muy probable que desde

la visión del adulto o la del profesor, pero acaso, ¿Estos criterios diagnósticos dicen algo de lo que le pasa al niño/sujeto? Tomando en cuenta que el DSM-V como el CIE-10 son manuales psicopatológicos, que encaminan a que se objetive y cosifique al sujeto por medio de una etiqueta o diagnóstico; por lo tanto se está dejando de lado su subjetividad. Se hace imprescindible, poder entender desde otra perspectiva al sujeto, en este caso al niño con TDAH.

El sujeto del psicoanálisis es el sujeto del deseo que Sigmund Freud descubrió en el inconsciente. Asimismo el sujeto es efecto de la inmersión del pequeño hombre en el lenguaje, por lo tanto al hablar de sujeto habrá que distinguirlo del individuo biológico como del sujeto de la comprensión, ya que este sujeto del que hablamos, surge del precio de una pérdida, de la castración (Chemama, R & Vandermerch, B, 1996, pág. 424).

En el presente ítem de la investigación, lo que se propone es presentar la definición de síntoma desde el Psicoanálisis para correlacionarlo con lo que es considerado como trastorno desde el campo médico.

Para esto es necesario ubicarse en el concepto de trastorno, ¿Qué es lo que quieren decir los médicos y los psiquiatras cuando hablan de trastorno? Según el diccionario de La Real Academia Española, se define trastorno de la siguiente manera:

“1. Acción y efecto de trastornar, 2. Alteración leve de la salud 3. Enajenación mental.” Específicamente el trastorno mental es definido como “una perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento”, y enajenación mental hace referencia al “estado mental de quien no es responsable de sus actos; puede ser permanente o transitorio” (RAE, 2014).

Esta última definición de enajenación mental da cuenta del significante *trastorno*, donde es ubicado un individuo que no se responsabiliza de sus actos, quien siente que el trastorno es algo externo a él, que lo maneja y hace que actúe de tal manera. Sin embargo, al reconocer el trastorno como síntoma, el sujeto podrá notar el sentido de esta aparición sintomática; en este caso, el niño y sus padres podrán reconocer que el TDAH apareció por algo y que se puede hacer algo al respecto. Sin duda, quedarse del lado únicamente del

trastorno es entender el conflicto psíquico, tan solo por la observación del fenómeno y no por el sentido del mismo.

1.4. El síntoma desde el Psicoanálisis

Sigmund Freud en su obra “Inhibición, síntoma y angustia” (1925-1926/ 1976), define al síntoma como “indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo” (pág. 83). Es decir, que al estar la represión presente en la formación del síntoma, está operando también lo simbólico, siempre el síntoma va a formar parte de este registro, y a la vez, puede ser un intento de solución del conflicto. (Safouan, 1988), un escape, una salida del Ello al Yo, para conseguir ese devenir consciente de aquello que le aqueja al sujeto. Sin embargo, se debe comprender que el síntoma como indicio o señal es concebido de distinta forma para la medicina y para el Psicoanálisis. Cuando se habla de síntoma desde las ciencias empíricas se está refiriendo al conjunto de señales (síndrome) que dan cuenta de la enfermedad de la persona, pero jamás se relaciona el síntoma con el sujeto, con lo que le pasa a este sujeto. El síntoma en la medicina prácticamente ayuda a correlacionar la señal con la etiología de la enfermedad o patología, más no con la estructuración de aquello. En pocas palabras, el concepto de síntoma para esta rama es definición de causa y efecto, responde al ¿Por qué del síntoma? y no ¿Cómo se estructuró el síntoma de aquella forma?, que viene a ser lo importante para el Psicoanálisis, ya que “el por qué establece relaciones universales de lo universal, mientras que el cómo sitúa al sujeto en ese universal” (Safouan, 1988, pág. 15).

Melman (2005) menciona, que si bien el avance de la ciencia en la actualidad, permite que el sujeto se exprese, será el sujeto de la demanda quien lo haga, no el sujeto del inconsciente, ya que es precisamente a la satisfacción, a lo que apuntan las ciencias médicas. De esta forma la ciencia da cuenta de su capacidad para “tratar” que en realidad es *hacer callar* al sujeto del deseo, al sujeto del síntoma, por medio de su “mejor tratamiento”, la medicación.

Como lo menciona Safouan (1988) la medicina en la actualidad, es una medicina de sistemas, donde el médico y el paciente han dejado de tener relación, por lo tanto el

profesional de esta llamada *salud mental* ha dejado de lado su dimensión social y humanitaria. Es así que el médico, se encuentra posicionado en esta estructura de saber, no de supuesto saber; generando que se considere como única verdad lo dicho por el profesional, olvidando la subjetividad del paciente, y entonces “desaparecen los pacientes como sujetos para pasar a ser apenas objetos, a lo sumo, robots al servicio de la ciencia” (pág. 5). Lo que caracteriza a las ciencias empíricas es que escoge aquello de la historia del paciente que le puede llevar a dar un diagnóstico, un diagnóstico que viene a ser un nombre, una simple etiqueta, que le ayudará a buscar la receta adecuada para ese malestar. La historia sufriente es apartada por completo del sujeto, porque el médico no puede dejar de ser “científico” ni dejar de lado su lógica clínica y por ende usa su profesión como defensa (Safouan, 1988).

Sigmund Freud en su trabajo “El sentido de los síntomas” (1916-1917/1976), expone la diferencia que existe en la comprensión del síntoma entre la perspectiva médica y la psicoanalítica. Haciendo énfasis en que el síntoma es rico en sentido y tiene que ver con el vivenciar del sujeto. Jacques Lacan por su parte, menciona en “Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis” que el “síntoma se resuelve por entero en un análisis del lenguaje, porque está estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje cuya palabra debe ser librada” (pág. 260). Tomando en cuenta que para Lacan, el inconsciente está estructurado como un lenguaje, se reconoce también que el síntoma tiene una parte metafórica. Citando a Chemama & Vandermersch (1996) la metáfora es la sustitución de un significante por otro, o transferencia de denominación. Según Lacan la fórmula de la metáfora es “Una palabra por otra” (pág. 271). Por ende, el síntoma viene a ser el reemplazo o la sustitución de un significante, que puede ser liberado por medio de la palabra.

Al concebir el síntoma como una sustitución de significante, el Psicoanálisis hace énfasis en la subjetividad del paciente, y el síntoma no es considerado indicativo de enfermedad. El síntoma por su parte, es un escape ante una representación inconciliable y una insatisfacción pulsional que no se realizó y que ahora aparece como sufrimiento, angustia y dolor (Safouan, 1988).

En la actualidad, la sintomatología que prevalece en la infancia en el siglo XXI, tiene relación con los problemas en la escuela y en el aprendizaje, y el TDAH es un diagnóstico de cajón para los niños en edad escolar, sobre todo cuando la salud mental se centra en las causas biológicas de los trastornos mentales. Por consiguiente, este modelo biomédico que es el que prima hoy en día, defiende que el origen de estas llamadas *enfermedades mentales* aparecen por el desequilibrio de neurotransmisores, defectos anatómicos, anormalidades genéticas y daño en las funciones cerebrales; lo que genera automáticamente el uso de fármacos como primera y a veces única vía de tratamiento. Dicho modelo, garantiza como enfoque más prometedor a las neurociencias, lo que ha llevado a ignorar las innovaciones clínicas. Por ende, se ha olvidado los estudios investigativos en psicoterapia y parecería que ahora los campos están divididos entre lo científico y la práctica profesional de psicología clínica (Ubieto, 2014).

Es bastante común encontrar información sobre el TDAH, explicando que la causa del mismo es neurobiológica, incluso se indica que existe un alto componente hereditario. Asimismo, se alude a una etiología genética, de riesgos pre y postnatales, y de factores psicosociales. Ahora los especialistas suponen poder presenciar el TDAH por medio de la neuroimagen, ya que estos estudios permiten ver la anatomía cerebral, en la cual se concluye que el tamaño de la estructura del cerebro en niños diagnosticados con TDAH difiere de los que no han sido diagnosticados con este trastorno (Lavagnino, Barbero, & Folguera, 2018). Sin embargo, en la “Revista de Psicología Infantil y Psiquiatría y Disciplinas Afines” (2013), se presenta una investigación de la literatura médica desde 1997 hasta el año 2013 sobre la etiología de este trastorno. En dicho artículo se concluye que no existe un único factor para explicar el TDAH, ya que los factores genéticos y hereditarios están en relación con otras alteraciones en el desarrollo neurológico de los niños. De igual forma, los factores pre y posnatales se han presentado como un patrón repetitivo en los infantes que presentan este trastorno, a pesar de esto, no es una causa definitiva, por lo tanto deben considerarse como factores de riesgo, más no como una etiología (Thapar, Cooper, Eyre, & Langley, 2013). ¿No llega a ser paradójico que no se encuentre e incluso se niegue la monocausalidad, pero se insista que su origen sea biológico?

Por otro lado, es interesante que la comorbilidad de este trastorno sea tan diversa, ya que se relaciona al TDAH con: discapacidad intelectual, problemas específicos del lenguaje y desarrollo, dislexia y trastorno del espectro autista (Thapar, Cooper, Eyre, & Langley, 2013). También se incluyen procesos de duelo, migraciones, adopciones, niños que sufren de violencia psicológica y/o sexual (Ubieto, 2014). ¿Merece el TDAH entonces, una etiqueta de trastorno?

Parece importante hacer un recuento sobre la perspectiva médica en cuanto a los trastornos mentales, ya que son considerados como enfermedades netamente biológicas, originadas por anomalías estructurales y funcionales del cerebro, incluido alteraciones neurobiológicas. Deacon (2013) contradice esta postura, mencionando que los científicos no han podido identificar un solo marcador biológico para ninguna de estas llamadas enfermedades mentales. También, se ha señalado que con los avances en la farmacología se han podido curar y tratar dichos trastornos; sin embargo, los fármacos utilizados en la actualidad, no son más seguros ni más eficaces que aquellos que se utilizaban en el pasado. De igual forma, se cree que hoy en día la psiquiatría ha colaborado en la reducción de enfermedades mentales, pero en realidad con los manuales de clasificación psicopatológica se han aumentado el número de trastornos, por lo tanto el número de personas con discapacidad por el diagnóstico otorgado. Por otro lado, se cree que al exponer a la sociedad las supuestas causas biológicas de los trastornos mentales, se disminuye la estigmatización, cuestión que no es del todo cierta porque la sociedad aún no ha aceptado al sujeto fuera de la *normalidad* (Ubieto, 2014).

Uno de los instrumentos más conocidos para diagnosticar el TDAH, son las “Escala de Conners”, reactivo que fue diseñado por Keith Conners en el año de 1969, con el propósito de notar y evaluar la alteración en la conducta de los niños que ya habían sido diagnosticados con TDAH y se encontraban en tratamiento. En la actualidad, son utilizadas para revelar la existencia del trastorno. Sin embargo, lo interesante de este reactivo es que va dirigido a padres y profesores, es decir, se deja de lado el criterio del propio sujeto al que se supone se está tratando (Ubieto, 2014).

Por el contrario, el Psicoanálisis rescata la subjetividad y en este caso, toma en cuenta al niño con TDAH, “El psicoanálisis no ataca al síntoma, el psicoanalista escucha a un niño para permitirle saber quién es. Cuando yo escucho a un niño no es para que trabaje mejor en el colegio, es para que pueda saber un poco quién es él y lo que quiere, y cuál es el lugar que tiene ganas de ocupar” (Bergès-Bouines, M., 2016, pág.27).

Jean Bergès, psicoanalista que ha trabajado la psicomotricidad, propone el concepto de *inestabilidad* para explicar lo que ahora conocemos como TDAH, considera que la sintomatología caracterizada por el excesivo movimiento se encuentra alrededor de los 3-4 y 6-7 años. En el caso de los niños en edad escolar entre los 6 y los 10-12 años, suele ser el maestro quien expone el problema de *inestabilidad de la atención* a los padres (Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996).

En lo expuesto por Bergès, en el libro de “Psicopatología del niño” (1996) se indican tres planos a considerar en la inestabilidad psicomotriz:

1. En el plano clínico, propone diferenciar la inestabilidad psicomotriz, en la que prima el exceso de movimiento de la inestabilidad psíquica, que vendría a ser la falta de atención. Este autor reconoce que la presentación se puede dar con los dos tipos de sintomatología, sin embargo es una la que prima en la presentación del trastorno.
2. En el contexto psicológico, se reconoce que la inestabilidad psicomotriz suele estar relacionada con otro tipo de sucesos de la vida del niño, como un acontecimiento traumatizante o ansiógeno, alteraciones en el sueño, enuresis y problemas escolares. Es posible sin embargo, que se presente de manera aislada, sin que se encuentren afectadas otras áreas del desarrollo. Por consiguiente, el grado de afectación y del problema varía de cómo lo maneje el ambiente del niño, es decir la tolerancia familiar, frente a esta sintomatología.

Bergès propone, que en ciertos casos, la inestabilidad psicomotriz está relacionada con un intento de castigo por parte del niño. De igual forma, puede

estar relacionada con una angustia depresiva o de abandono permanente.

3. Sobre el punto de vista familiar, este autor considera que estos niños tienen una relación particular con sus madres, siendo estas muy apegadas a sus hijos, cuyo acercamiento podría estar disfrazado de agresividad o de un fantasma de muerte. El padre suele ser distante, descalificado por su madre o a su vez se descalifica a sí mismo, es decir presenta problemas para ubicarse en la posición y función de padre con relación a este niño.
4. Por último, la metodología terapéutica con la que se debe trabajar con un niño con inestabilidad psicomotriz, no puede ser en un solo sentido, es decir, que debe incluirse a la familia y a la escuela del niño. Asimismo, la respuesta terapéutica se debería efectuar en relación a la presencia de otras dificultades comórbidas, y de la gravedad de las mismas. De igual forma, sería importante la relajación como herramienta terapéutica o a su vez actividades dinámicas y un espacio de resolución de conflictos psíquicos (psicoterapia).

Como se ha mencionado anteriormente, solo se puede comprender al TDAH si se toma en cuenta todos los factores presentes, ya sean estos biológicos, psicológicos, educativos y familiares. El tratamiento sería eficaz, si se toma en cuenta el contexto del niño, comprendiendo las relaciones familiares que mantiene, problemas o dificultades adyacentes. Es por esta razón, que se propone trabajar en cuatro áreas para proporcionar un adecuado tratamiento. El tratamiento psicoterapéutico, acompañamiento y asesoramiento a padres de familia, reorganización educativa y tratamiento farmacológico, en caso de ser necesario (Ubieto, 2014).

CAPÍTULO II

EL NIÑO DIAGNOSTICADO CON TDAH Y SU RELACIÓN MATERNA

Tomando en cuenta que el niño no es un sujeto completamente formado, sino que se está estructurando, se hace importante tomar en cuenta el papel de los padres en su constitución como sujeto-humano. Así como también, el papel que cumplen en torno a la presentación del síntoma del infante. Jacques Lacan en “Dos notas sobre el niño” (1969/1988) menciona que “el síntoma del niño está en posición de responder a lo hay de sintomático en la estructura familiar” (pág. 55). Por lo tanto, el infante puede ocupar dos lugares en torno al síntoma: uno está en relación con la *verdad de la pareja familiar*, y en el otro lugar, el niño se encuentra atrapado e involucrado con el *fantasma materno*, es decir, que al no existir una adecuada división en la identificación del *Ideal del yo* y del *deseo de la madre*, el niño se posiciona como *objeto a*¹ de la misma, y por lo tanto su síntoma estaría relacionado con la exposición de la verdad del objeto materno. Asimismo, propone la función de la madre como aquella que otorga los cuidados y la del padre como aquel agente que introducirá la Ley en el deseo.

Jean Bergès (1998) en su trabajo sobre “Los Niños Hiperkinéticos”, se pregunta sobre aquello que hace que el niño con TDAH sea percibido como insoportable, y para responderse, deja claro que no es el niño quien se compadece, sino el adulto. Generalmente, son los padres del niño agitado quienes se sienten inconformes con el comportamiento de su hijo. Por esta razón, es el mismo adulto quien hace la demanda, quien busca ayuda médica o psicológica porque se encuentra agotado de la hiperactividad de su hijo, y de los problemas de inserción social que trae consigo la presentación del síntoma hiperkinético.

¹ Objeto a: Jacques Lacan define al *objeto a* como el *objeto causa de deseo*. Es un objeto no representable en el mundo real, sin embargo, puede ser reconocido en cuatro tipos de objetos: objeto de succión, de excreción, la voz y la mirada. La función de este objeto es soportar la falta en ser que viene a dar cuenta de que el sujeto es deseante, ya que es a partir de esta falta que se va a construir el deseo. Asimismo, el *objeto a* viene a ser el punto que encaja los tres registros expuestos por Lacan: el real, simbólico e imaginario (Chemama, R & Vandermersch, B, 1996).

El movimiento como tal no es lo que lo vuelve insoportable, sino es lo que Bergès llama el gesto, que viene a ser el sentido que le otorga el adulto a la agitación del niño. “El niño habla siendo kinético, no porque hace movimientos sino porque hace movimientos que el adulto interpreta como gestos” (Bergès, Los niños hiperkinéticos, 1998/2010, pág. 7). Por lo tanto, es esencial notar que en el niño hiperkinético hay una fuerte demanda por parte de la madre o del adulto cuidador.

Al parecer, en el caso del niño inestable, el *Otro* le niega el acceso a lo simbólico, este *Otro* generalmente es la madre. Esto sucede ya que el niño no podrá encontrar en el discurso de esta aquello que represente a la pérdida, a la castración. Por lo tanto, al niño le cuesta salir de la posición de objeto de goce del *Otro Materno*, “Madre e hijo en un dúo infernal y delicioso (Bergès Bounes, 2016, pág. 33).

Asimismo, una de las hipótesis de Jean Bergès sobre la hiperactividad, radica en que el exceso de movimiento apunta a volver la pulsión de muerte inofensiva, llevándola hacia el exterior, dicha cuestión permite interrogarse sobre la atención del niño hiperactivo, la misma que está totalmente dirigida hacia su propia motricidad (Bergès Bounes, 2016), ¿Cuál es entonces el lugar de los padres de aquellos infantes diagnosticados con TDAH? ¿Qué es lo que sucede en el cuerpo del niño con TDAH y en qué los involucra a sus cuidadores?

Este mismo autor, menciona que aquella madre que no tiene la capacidad de escuchar a su hijo, no podrá tampoco suponerle algo, es lo que se conoce como transativismo.

El transativismo no es solo lo que la madre experimenta y demuestra, es también el proceso que inicia cuando se dirige a su hijo porque formula la hipótesis de un saber en él, saber en torno del cual su designio va a circular como alrededor de una polea, para volverle en la forma de una demanda; demanda que ella supone la de una identificación de su hijo con el discurso que le dirige (Bergès & Balbo, 1999, pág. 10).

De igual forma, el transativismo es conocido como *golpe de fuerza*, ya que es inevitable que no obligue, fuerce o presione el hecho de que la madre anticipe y condicione lo que el niño siente, dicha cuestión lo lleva al niño a entrar en el campo de la palabra y del lenguaje, es decir el acceso a lo simbólico, y por ende permitirá también el

anudamiento de los tres registros: simbólico, real e imaginario. Sin embargo, es importante reconocer que este *golpe de fuerza* no se da en el sentido del trauma, debido a que este último se caracteriza por ser un puro irreal impensable y a su vez desorganizador del psiquismo en el sujeto, evitando todo tipo de anudamiento. Cuestión contraria es lo que significa el transitivismo en la estructuración subjetiva, ya que este mediante la elaboración discursiva de la madre de hipotetizar y suponer, responde de alguna forma a aquello que el niño solicita, permitiéndole identificarse con aquella lectura que le hace la madre (Bergès & Balbo, 1999).

Asimismo, que la madre apalabre aquello que el niño debe sentir, hace que este corrobore aquello que le dice. A manera de ejemplo, cuando el niño se golpea y la madre dice *¡ayayay!*, el niño sin haberse quejado del golpe, aprenderá a sentir dolor por medio de las palabras de la madre, es decir se apropiará de esta hipótesis. Se hace importante señalar, que nada tiene que ver esta identificación de la hipótesis de la madre con una identificación histórica imaginaria, todo lo contrario el transitivismo es un proceso elemental para el acceso al afecto (Bergès & Balbo, 1999).

Por otro lado, cuando la madre le supone una hipótesis a su hijo, lo hace con la idea de que el niño va a articular este supuesto con el deseo de ella. Por lo tanto, se podría pensar que esta madre es tan solo capaz de hipotetizar lo que le pasa a su hijo por medio de la reactivación de su propio deseo de madre. Cuestión que resulta interesante, sobre todo para el tema de investigación, ya que los movimientos del niño provocan una novedad para la madre, y lo que a ella le queda es reactivarla por sus propios movimientos, por su propio discurso y con esto activar la motricidad de su hijo. “La ausencia de reactivación puede producirse en la inactividad del niño o, al contrario, y puesto que escogemos extremos, en su exceso, como se constata en los niños hiperquinéticos” (Bergès & Balbo, 1999, págs. 27-28).

A su vez, Jean-Marie Forget relaciona la inactividad simbólica de los padres con la hiperactividad real del niño. Con esto se entiende la importancia de poner atención y escuchar los movimientos excesivos del niño con hiperactividad, debido a que es un acto

organizador de la subjetividad y que a su vez permite una inscripción en el registro de lo simbólico tanto en los padres como en el infante. (Citado de Bergès Bounes, 2010 en Bergès Bounes, 2016).

2.1. La mirada de la madre

Es bastante común que el niño hiperactivo llame la atención por sus excesivos movimientos, pero sobre todo para su madre, quien lo observa constantemente como si estuviera a punto de realizar un comportamiento desagradable según la perspectiva de la misma. El niño por su parte, hace un esfuerzo por controlar aquella mirada devoradora de la madre y como consecuencia se siente agobiado, encerrado y genera mayor movimiento. Se puede comprender entonces, que el niño con TDAH es un niño angustiado por la mirada y por el deseo de la madre, que siempre está muy pendiente de él. Sin embargo, esta angustia no puede ponerla en palabras y se desborda por medio del cuerpo (Janin, El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la comolejidad de las determinaciones, 2006).

“¿Qué situación más angustiada se le podría presentar a un niño que aquella de quedar atrapado en el goce de la madre?” (Bergès-Bounes, 2016, pág. 33). Generalmente la madre del niño hiperactivo es aquella que no le quita los ojos de encima, la que no le permite hablar porque no lo escucha. Por lo tanto, si no hay quien escuche a estos niños, se da paso a la motricidad para sustituir aquello no apalabrado.

Jean Bergès & Balbo (1999) mencionan que los niños hiperactivos se encuentran atrapados en el *control remoto* de la madre, ya que parecería que esta posiciona al niño como objeto causa de su deseo, el niño cumple efectivamente con aquello que la madre teme, y entonces se hace común escuchar a las madres de niños con TDAH, “si le quito lo ojos de encima, va a hacer travesuras”.

Marika Bergès-Bounes (2016) habla de estos niños que continúan siendo el objeto de la madre y que sin ser psicóticos presentan otro tipo de síntoma como el

de la hiperactividad y falta de atención. “(...) finalmente, son el cuerpo de la madre y no son psicóticos, y ellos permanecen toda su vida en esta posición de objeto que les conviene a ellos y le conviene a mamá” (pág. 110). Es por esto, que tal y como lo explicaba Lacan en el *Estadio del Espejo*, se presenta un proceso de duelo, que nadie tiene ganas de hacer, justamente porque al percibirse otro distinto a la madre, se estaría formando como sujeto para dejar de ser eso que la completa, su objeto de deseo.

También se hace evidente que con la sociedad de consumo en la que vivimos, los niños hiperactivos están llenos de objetos que los devoran, y la madre también estaría en esta lógica de devoración, ya que son niños que se encuentran en una proximidad exagerada con el cuerpo de la madre, con su deseo. “(...) se tiene el sentimiento de que estas destrezas han sido hechas para satisfacer, para satisfacer a la madre. Más aún que en otras patologías, los padres están ausentes, y más aún que en otras patologías, nos encontramos ante un comercio erotizado, corporal, de donde surge la propuesta de la relajación” (Bergès Bounes, 2016, págs. 113-114).

2.2. El cuerpo del niño con TDAH

La sintomatología en el niño se caracteriza porque pone al cuerpo en primer plano. Lo sexual, lo pulsional, está muy presente en los síntomas infantiles. Por lo tanto, el cuerpo siempre está al frente de la escena.

El cuerpo es un concepto psicoanalítico que si bien no fue descrito como tal por Sigmund Freud, fue trabajado y es indispensable en la práctica realizada por este autor. Desde el inicio de su clínica con pacientes histéricas, pudo reconocer que el cuerpo es un lugar de inscripción del inconsciente; es decir que el cuerpo habla, Freud en ese entonces lo denominó mecanismo de conversión, a aquella trasposición de un conflicto psíquico al cuerpo de sus pacientes. Por otra parte, Jacques Lacan profundiza el concepto de cuerpo en el *Estadio del Espejo*, menciona que es a partir de la imagen que le devuelve el espejo al niño, que este es

capaz de reconocerse como un ser unificado. Sin embargo, esta percepción que se tiene del cuerpo le viene dada por el *Otro*, generalmente por la madre. Es decir, que la organización del cuerpo del niño es la consecuencia del cuerpo real del niño (cuerpo orgánico), y de su relación con el *Otro* (Chemama, R & Vandermersch, B, 1996, págs. 68-69).

Como se menciona anteriormente, el aporte de Lacan en su artículo “Estadio del Espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica” (1936/2009), es indispensable para entender la construcción del cuerpo. Este periodo del *Estadio del Espejo* se da entre los seis y dieciocho meses de edad. El espejo entonces, interviene en la formación de la identidad del niño.

El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia que es el hombrecito en ese estadio *infans*, nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo [je] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto (Lacan, 1936/2009, pág. 87).

El yo [je] por lo tanto, vendría a ser la forma en la que el sujeto se piensa y se afirma como uno singular. Y el sí mismo (*moi*), vendría a ser la manera en cómo se siente el sujeto de sí mismo (Nasio, 2008). Es a través del reconocimiento del niño con su *Imagen especular* que se asentarán los fundamentos de la identidad del sujeto. Es decir, que se necesita indudablemente del *Otro* para poder reconocer el cuerpo, es por eso que para Lacan las imágenes corporales son falsas, ya que no es posible poder identificarse sin experiencias anteriores y sin el *Gran Otro*, lo que genera el entretejido de significantes que define al sujeto (Nasio, 2008).

No es posible percibir el cuerpo que imaginamos tener, aquello de lo que podemos dar cuenta es del *cuerpo fantaseado*. (Nasio, 2008) “Podemos decir que, entre nuestro cuerpo y nosotros, se interponen inevitablemente las lentes deformantes de nuestros fantasmas” (pág. 64).

Si se llegara a pensar el *Estadio del Espejo* como una escena, se debe tomar en cuenta que el personaje principal no es el bebé que se refleja, sino la *Imagen Especular* de su cuerpo. Al mismo tiempo, se hacen presente el cuerpo real del niño, la luz, el espejo, el ojo que percibe la escena y el adulto que viene a ser el cómplice de este acto provocador de alegría en el niño (Nasio, 2008).

Así pues, el reflejo de la imagen que recibe el niño, le permite poder reconocerse con la figura humana, pero a la vez puede reconocer que es distinto a los demás objetos y humanos que se encuentren cerca de él. Además, el poder reconocerse en el espejo llena de júbilo al infante ya que le da la ilusión de poder dominar su cuerpo, porque aquella imagen reflejada sigue con precisión todos los movimientos que realice. Por último, la oportunidad que tiene el niño de reconocerse en su *Imagen Especular*, tiene que ver directamente con la presencia del *Otro*, como ya se había mencionado anteriormente, en el *Estadio del Espejo*, el *Otro* es un personaje necesario, ya que será este quien confirme la identificación del niño a través del espejo (Nasio, 2008).

Freud habla del inconsciente y menciona que el sujeto sin siquiera saberlo está encaminado y guiado por un sistema de representaciones. Lacan por otra parte, va a llamar a este sistema de representaciones como red de significantes, la misma que se va formando incluso antes del nacimiento del niño, porque existe un deseo antes de la concepción, ya que se habla del niño antes de que nazca, evidentemente esto no es sabido por el niño, pero no quiere decir que no se lo esté inscribiendo como sujeto por medio de aquellos significantes (Bergès Bounes, 2016).

Respecto a la relación madre e hijo, Lacan denominó a este *Otro* como *el tesoro de los significantes*. Es decir, que este *Otro* va a traer hipótesis de lo que le pasa al niño. Es la madre quien traduce, supone, propone, en otras palabras quien inscribe los significantes en el niño. Resulta común escuchar a madres poniendo en palabras lo que creen les sucede a sus bebés; por ejemplo, cuando lloran, mencionan: “tienes frío, tienes hambre, te duele la pancita, entre otros”, son precisamente los significantes inscritos en el cuerpo, Lacan los denominó *corpsifie* (palabra tomada del inglés que significa cuerpo-organismo que viene antes del lenguaje) (Bergès Bounes, 2016).

“Ella espera de su hijo, que él *se identifique sus significantes* [sic], no que *se identifique a sus significantes*; que él se identifique sus significantes, es decir que él los incorpore, que los acepte, que los asimile” (Bergès Bounes, 2016, pág. 72). Por lo tanto, el proceso de identificación con el significante, viene a ser un anudamiento simbólico en el que las hipótesis de la madre pasan a ser la realidad del niño. Se pasa del “tienes frío de la madre” al “tener frío en el niño”, esta es sin duda una operación transactivista.

El cuerpo entonces, vendrá a formarse por medio de la identificación transactivista, la encargada de anudar el cuerpo biológico y orgánico al cuerpo de los significantes. Sin embargo, para que exista identificación transactivista, se hace necesaria la presencia del discurso de la madre, ya que sin este no existe dicha operación. Por lo tanto, es por medio de la palabra que la madre le permite al niño tener un cuerpo (Bergès Bounes, 2016).

Al proponerle la madre un afecto al niño, está a su vez limitando su actividad con aquello que ella le propone, esto conlleva que el niño renuncie al falo imaginario, y de esta forma pase al falo simbólico, lo que vendría a hacer notar en el niño la falta en el *Otro*, es decir el niño no puede ser el objeto de la madre, no puede completarla. En fin, lo que genera el discurso transactivista de la madre, es obstruir al cuerpo como falo imaginario y a su vez, que el niño pueda dar cuenta de un *Gran Otro* dividido, escindido, en falta (Bergès & Balbo, 1999).

Ahora bien, se hace necesario entonces, explicar la relación con este *Otro*, quien generalmente es la madre para exponer cómo se entiende al cuerpo del niño con TDAH. Así pues, Jean Bergès (1998) menciona que el cuerpo no solo se constituye con la imagen, con lo imaginario del cuerpo. Sino, lo que viene a formar el cuerpo es la palabra, los significantes que son inscritos por el *Otro* en el cuerpo del sujeto. Para este autor en el niño hiperkinético, hizo falta por parte de la madre la inscripción de significantes en el cuerpo por medio de la palabra. Este autor, pone como ejemplo al blasón y la divisa, siendo estos comparados con el cuerpo y los significantes inscritos en el mismo. El blasón que es la representación gráfica de un escudo, viene a ser el cuerpo, y la divisa que es la insignia o símbolo de la familia, sería los significantes. De manera que, si se retira la divisa, la imagen cae. El cuerpo queda vacío, sin palabra, sin aquello que lo pueda identificar y

diferenciar del resto. De igual forma, la falta de atención se explicaría por cierta dificultad en la madre para investir e inscribir que el niño está presente en aquello que le dice. Se hace bastante común escuchar a las madres de niños desatentos que el niño o niña “está en otro lado”, y sí, Bergès afirma que el cuerpo está en otra parte, precisamente porque la madre no fue capaz de investirlo con sus palabras, y por lo tanto, de hacer que este se encuentre, se halle con su cuerpo.

Jean Bergès también hace referencia del miedo a la muerte que padecen los niños hiperkinéticos, y esto explicaría el porqué de sus excesivos movimientos, “yo me muevo para no morir, yo me muevo para que los microbios no me atrapen, yo me muevo porque de esa forma no moriré” (Bergès Bounes, 2016, pág. 112).

Es imprescindible que el niño sea incentivado a poner en palabras aquello que jamás ha dicho y que por ende le aqueja, ya que al no haber palabra se precipita la acción, se precipitan sus movimientos excesivos y su falta de atención. Dar la oportunidad de que el niño apalabre aquello no dicho, es otra forma de explicarle que hay alguien que lo escucha y que él puede hablar.

2.3. El acting-out en el niño con TDAH

El *acting-out* y el *pasaje al acto* son fenómenos que dejan fuera a la palabra y ponen dentro a la acción (Carbone, 2002).

Podría entenderse a estos conceptos como formas de defenderse y de evitar la angustia. Al estar este afecto involucrado como forma de respuesta tanto en el *acting-out* como en el *pasaje al acto*, se hace importante también, notar su estrecha relación con el síntoma y con el *objeto a*. Pues, tal y como lo menciona Jacques Lacan “La angustia no es sin objeto” (Lacan, 1962-1963/2007, pág. 173).

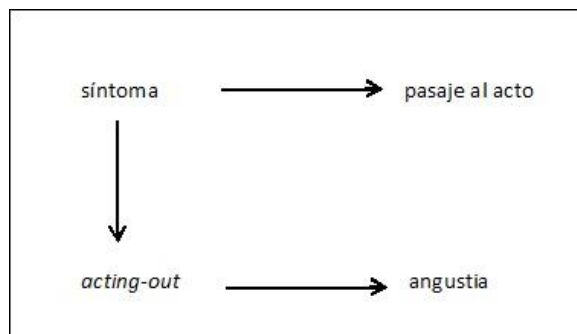


Figura 1 Tomado de: Harari, 1993, p.74.

Cuando el sujeto está en una escena y se siente amenazado porque no puede encontrar una respuesta, se provoca la acción, es por esto que Lacan menciona: “(...) es quizá de la angustia de donde la acción toma prestada su certeza. Actuar es arrancarle a la angustia su certeza. Actuar es operar una transferencia de angustia” (Lacan, 1962-1963/2007, pág. 88).

Como se mencionó anteriormente, estos dos conceptos indican la forma en la que el sujeto vendrá a relacionarse con el *objeto a*. En el *acting-out*, el *objeto a*, será colocado dentro de la escena, intentando que este aparezca, que se haga presente. Es un montaje de la escena que tiene como característica esencial lo mostrativo en exceso, llama la atención y a la mirada del Otro, lo que resulta provocativo (Harari, 1993).

Jacques Lacan menciona que “el *acting-out* es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra. El acento demostrativo de todo *acting-out*, su orientación hacia el *Otro* debe ser destacado” (Lacan, 1962-1963/2007, pág. 136).

El *acting-out* es un síntoma, ya que se presenta distinto de lo que en realidad es y por lo tanto busca ser interpretado. Sin embargo, el síntoma no busca el llamado al *Otro* como lo hace el *acting-out*, el síntoma pues, está más del orden del goce, “(...) no los necesita a ustedes como el *acting-out*, se basta a sí mismo” (Lacan, 1962-1963/2007, pág. 139). De igual forma, este concepto es considerado por Lacan como una transferencia salvaje, agregando que “la transferencia sin análisis, es el *acting-out* y el *acting-out* sin análisis es la transferencia” (pág. 139).

Un aspecto importante del *acting-out* que es mencionado por Lacan en el Seminario de la Angustia, en cuanto al caso de la joven homosexual, es que esta chica se exhibe ante los ojos de todos con esta llamativa *cocotte*, y por lo tanto acota que mientras más vistoso y provocativo a la mirada del *Otro* es el comportamiento, más cerca del *acting-out* se está. A su vez, aquello que exhibe con tanta exageración, se muestra distinto de lo que es. “Lo que es nadie lo sabe, pero que es distinto, nadie lo duda” (Lacan, 1962-1963/2007, pág. 136).

Asimismo, se podría pensar al *acting-out* como una salida rápida a aquello que no se puede simbolizar, por esta razón el *objeto a*, este resto, este *yecto* es llevado a la escena y solo así se salva de verse identificado con él, lo que conllevaría a lo que más adelante será explicado: el *pasaje al acto*. Por lo tanto, se *coloca el objeto a en el plato*², se lo muestra al *Otro*, pero el sujeto del *acting-out* no es capaz de ver aquello que muestra. “Sólo está velada para nosotros, como sujetos del *acting-out*, en la medida en que eso habla, en la medida en que eso podría hacer verdad” (Lacan, 1962-1963/2007, pág. 138).

Con este carácter tan mostrativo que posee el *acting-out*, parecería que busca un mensaje por parte del *Otro*, al montar dicha escena el sujeto intenta desesperadamente que este *Otro* descifre, interprete lo que él no puede expresar por medio de la palabra. Así pues, “El *acting-out* es un mensaje para el *Otro*, una sacudida a la posición del analista, para que este despierte, para que mire lo que no puede escuchar” (Harari, 1993, pág. 76). Esto a su vez, podría utilizarse como analogía para explicar la conducta llamativa de la hiperactividad. Esta escena que monta el niño con TDAH, esperando que sea el *Otro* quien nombre su afección, quien interprete aquello que él no puede expresar con palabras; da cuenta de su angustia y busca la mirada del *Otro* por medio de sus movimientos excesivos. La hiperactividad entonces es un llamado al *Otro*.

Usamos a menudo el dicho coloquial “lo hace para llamar la atención”, y ese dicho ya muestra cómo en ese movimiento hay palabras apresadas en el cuerpo, palabras ausentes. En cierto modo es así, hay una dimensión del *acting-out* en muchos de esos niños, un actuar sin palabras pero no sin la reacción con el otro: adulto, profesor, compañero. Por tanto, ese actuar nos incluye (Ubieto, 2014).

² Se hace referencia al caso de Kris Ernst, el “Hombre de los sesos frescos”.

No es sorprendente el hecho de que los niños se pongan más hiperactivos mientras más se los está observando, mientras esté un adulto, un *Otro* a quien dirigirse, a quien mostrar en acto algo no apalabrado.

2.4. El pasaje al acto en el niño con TDAH

Por otro lado, el *pasaje al acto* es aquello que no se quiere decir, que rechaza la palabra para pasar de inmediato al acto, debido a que la angustia lo sobrepasa, lo excede. “Es rechazo de saber y puesta de lado -fuera de juego- radical del Otro” (Soler, 2007, pág. 97). Esto genera que el sujeto caiga de la escena, ya que al no tener palabra, quiebra la relación con el *Otro* y ocupa este lugar de resto, de deshecho, de objeto. Es por esto, que en el *pasaje al acto* se entiende este *dejarse caer*, que Freud llamó *niederkommen lassen*, como una de las modalidades frecuentes en los suicidios, por ejemplo: saltar, lanzarse a un vacío, aventarse por una ventana; en general atravesar, salir de la escena.

Asimismo, para Lacan (1962-1963/2007) el *pasaje al acto* da cuenta de un retiro, abandono de la escena por el sujeto. El sujeto se identifica con el *objeto a*. “El sujeto se mueve en dirección a evadirse de la escena. “Es lo que nos permite reconocer el *pasaje al acto* en su valor propio” (pág. 129).

Tanto el *acting-out* como el *pasaje al acto* son respuestas y caminos de qué hacer con la angustia, que se caracterizan por poner el acto encima de la palabra. La diferencia entre ambos vendría en relación al *objeto a*. En el *acting-out*, el objeto se hace presente en la escena, mientras que, en el *pasaje al acto* existe una identificación del sujeto con el desecho. “En términos de la escena y el mundo, el *acting-out* es una entrada intempestiva en la escena de algo del mundo, y el *pasaje al acto* es una salida impulsiva de la escena al mundo” (Muñoz, 2009, pág. 166). Sin embargo, puede que estos fenómenos se presenten juntos, tal y como se evidencia en el caso de la joven homosexual, relatado por Freud.

Sin embargo, desde la teoría propuesta por Jean Bergès, la hiperkinesis está relacionada con el *pasaje al acto*, y la forma de comprender este concepto para este autor, tiene que ver con el impedimento que presenta el niño para poner en palabras aquello que le aqueja. J. Bergès menciona que la palabra que no se dice precipita a la acción, por lo tanto el niño

hiperkinético no encuentra otra salida que la del acto. “*s’ils ne sont pas entendus, c’est la motricité qui vient remplacer les mots, qui vient remplacer les mots que l’on n’a jamais écoutés; c’est ce qu’on appelle le passage à l’acte. Le passage à l’acte ça ne veut pas dire que je passe à l’action, ça veut dire que je passe du langage que je ne peux pas utiliser à l’action*”³ (Bergès, Los niños hiperkinéticos, 1998/2010, pág. 5).

J. Bergès hace énfasis, al mencionar que no se trata de un impulso o de una reacción, sino que lo ubica como una respuesta casi obligada que tiene el niño en su actuar por falta de la palabra.

De igual forma, en el trabajo de Pierre Kammerer (1996), titulado “Violencia e instituciones en la adolescencia (Trabajar a partir de los pasajes al acto)”, se ubica al *pasaje al acto* como un decir sintomático. “Decir en actos, del cual el sujeto debe buscar el sentido y el origen, a fin de descargar del cuerpo este mensaje y confiarle a la palabra (pág. 2). Por lo que se propone que el trayecto del *pasaje al acto* a la simbolización no solo tiene que ver con el poner en palabras, sino con la búsqueda de sentido del *pasaje al acto* en sí.

Kammerer menciona que el *pasaje al acto* “nace de confrontaciones de un evento infranqueable por el aparato psíquico, de un encuentro traumático entre un fantasma intrapsíquico y una realidad externa que parece darle la razón” (Kammerer, 1996, pág. 2). Esto genera a su vez, que el sujeto sienta angustia, angustia que no se permite sentir porque la va a disolver en el *pasaje al acto*.

Por último, este mismo autor, relaciona al *pasaje al acto* con un sacrificio del ser hablante. Y entonces, da cuenta de que el sujeto del *pasaje al acto*, en este caso, el niño con TDAH, ha destruido la esperanza en la palabra y en la negociación, porque es posible que alguien haya faltado a su palabra respecto a él y él ya no encuentra razones para creer más en ellas. Por lo tanto, no encuentra otra vía que la de moverse.

³ Traducción: Si no se lo escucha, es la motricidad que viene a sustituir a las palabras que nunca se han escuchado: es lo que solemos llamar el *pasaje al acto*. El *pasaje al acto*, eso no quiere decir que paso a la acción, eso quiere decir que paso del lenguaje que no puedo utilizar a la acción (Bergès, 1998/2010, pág. 5).

Uno de los cuestionamientos que aparecen con lo ya planteado, sería ¿Por qué no tiene palabra este niño con TDAH?, la respuesta podría encontrarse en la falta de escucha por parte del otro. Es posible que estos niños se estén privando de la palabra porque no hay quien los entiendan, y esto hace que el adulto tome la vía más fácil, la de darle un sentido a su hiperactividad y a su falta de atención. ¿Acaso tiene algún sentido que el niño corra por todas partes, que destruya los objetos, que salte y haga caso omiso a los mandatos del resto? Pues no, el niño hiperkinético no encuentra sentido en su hiperactividad, quien viene a darle ese sentido es el Otro, es la madre. Dicha cuestión, viene a impedirle al niño que hable, pues es el Otro quien le da un sentido a todo lo que con la acción quiere decir este niño. Lo mismo se podría decir en el caso del médico, ya que la forma en la que intenta dar sentido al niño hiperkinético, sería por medio de la medicación.

“Hemos empezado refiriéndonos al tiempo porque estas patologías del cuerpo hiperactivo no serían pensables sin la idea tan actual de que corriendo, sin parar, podríamos evitar la pérdida del tiempo” (Ubieto, 2014, pág. 17).

CAPÍTULO III

EL TDAH COMO CONSTRUCCIÓN DE LA ÉPOCA

El hecho de que el niño hiperactivo sea tan revoltoso, genera que muchas veces los adultos; ya sean padres, profesores, familiares, tengan la tendencia de ponerles un límite, cuestión que llega a ser ignorada por estos niños, ya que se encuentran en un estado pulsional, lo que da cuenta que este real del cuerpo está omnipresente en ellos. Por tal razón, una pregunta que surge sobre los niños hiperactivos, es ¿cómo se anudó?, ¿cómo se constituyó este niño para que lo real del cuerpo permanezca tan presente? Marika Bergès-Bounes, se cuestiona sobre lo propuesto por Charles Melman sobre su teoría de *la nueva economía psíquica*, teoría que relaciona a la sociedad de la actualidad, de consumo, de objetos de pantallas; como aquella que hace del sujeto un ser más pulsional (Bergès Bounes, M., 2016).

Para llegar al análisis de la posmodernidad, se procederá a explicar el lugar del tercero en relación al declive del Nombre-del Padre, y a su vez, se trabajará el Complejo de Edipo para luego pasar a la estructura, a lo que Lacan explicará en los Tres Tiempos del Edipo.

3.1. El Complejo de Edipo en Freud

Sigmund Freud no realizó una descripción específica de lo que significa el Complejo de Edipo, ni siquiera como concepto del Psicoanálisis. Sin embargo, lo describió a lo largo de muchas de sus obras, y en sus escritos hace énfasis en los impulsos y deseos de los padres, los mismos que contribuyen en los deseos e impulsos de sus hijos. Es decir, que el mito griego de Edipo Rey está presente en la obra de Freud desde siempre. En la carta 71 del 15 de octubre de 1897 relaciona el relato de Hamlet de Shakespeare con Edipo Rey. Por otro lado, en *“La interpretación de los sueños”* Freud describe lo que se conoce como Complejo de Edipo en los relatos oníricos, cuando una persona querida muere, y lo asocia con los deseos infantiles

de muerte hacia los seres queridos de aquel soñante. Esta cuestión común en todo sujeto, hizo que Freud la planteara como típica y universal en los seres humanos, y es lo que hoy se conoce como Complejo de Edipo (Berenstein, 1976).

No es hasta 1910 en su obra “*Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre*” que aparece por primera vez el Complejo de Edipo como tal, haciendo referencia a la situación triangular del padre, madre e hijo/a, situación que es vivida como celos e infidelidad por parte del infante, porque los objetos de amor (padre y madre) del niño pueden ser tanto objetos de amor, como objetos de odio (Berenstein, 1976).

Según Isidoro Berenstein (1976) el Complejo de Edipo es:

Un conjunto organizado de naturaleza inconsciente derivado de las relaciones familiares infantiles, después de haber pasado por una compleja transformación hasta convertirse en una organización inconsciente estructurante del aparato psíquico y a su vez de las relaciones interpersonales (pág. 64).

3.2. Los tres tiempos del Edipo en Jacques Lacan

La enseñanza que deja *El Complejo de Edipo*, no se reduce al conflicto edípico que se conoce mediante la obra literaria. Sino, que el *Edipo* tiene que ver con la formación del *Ideal del Yo*, noción de realidad e identificación en cuanto a la posición masculina o femenina y la formación del superyó, que Freud relaciona con la inserción de la religión y la moral. Freud por su parte, hace énfasis en el lugar del padre como determinante en el desarrollo del *Complejo de Edipo* en la niña y en el varón. Jacques Lacan por otro lado, utiliza la *Metáfora Paterna* y el *Nombre-del-Padre* para explicar la función simbólica y dar paso a la castración. Por ende, se entiende que el mito edípico está inmerso en el inconsciente de los sujetos, al menos en la cultura occidental (Chemama, R & Vandermersch, B, 1996).

Jacques Lacan divide al *Edipo* en tres tiempos, los tiempos son lógicos más no cronológicos. En el primer tiempo, el sujeto se va a identificar con el objeto de deseo de la madre, con el falo. Jacques Lacan lo denominó *etapa fálica primitiva*. La madre por su parte, va a desear tener el falo, es decir, estar completa porque tiene el *objeto a* en la mano. Esto es lo que hace la relación de madre e hijo tan fuerte en un principio, pues la madre cree dejar de ser incompleta en la medida en la que el hijo sea el falo (Lacan, 1957-1958/1999).

En el segundo tiempo del *Edipo*, el padre va a intervenir en esta relación tan estrecha que el niño mantenía con la madre. A pesar de que es necesaria la presencia del padre agente, lo que interviene en realidad es la función paterna. Cuando se habla de padre, no necesariamente se refiere al procreador, sino aquel *tercero* que venga a cumplir esta función. Mediante la intervención de este tercero, el niño quedará privado de ser el objeto de deseo de su madre, es decir de ser el falo de esta, y de igual forma la madre será privada de ser fálica. Por lo tanto, esta va a dejar de sentirse completa, se muestra ante su hijo como una madre castrada. Por consiguiente, el niño al no identificarse como *objeto a* de la madre, deja su posición de súbdito. El papel del padre en el segundo tiempo del Edipo es sustancial, ya que al ser privador va a impedir que la madre reintegre el fruto de su deseo y por lo tanto, prohibirá al niño acostarse con su propia madre. Esta ley es la que conocemos como *ley de prohibición del incesto*, aquella que da el paso a la cultura (Lacan, 1957-1958/1999).

Por último, el tercer tiempo se caracteriza porque de este depende la salida del *Edipo*. Una vez que se haya atravesado el segundo tiempo del Edipo, en el que el padre tenía una característica de privador, ahora va a intervenir “como el que tiene el falo y no como el que lo es” (Lacan, 1957-1958/1999, pág. 199). Esto da paso a la identificación con el padre, y por lo tanto se instaura lo que se conoce como *Ideal del Yo*. Esto quiere decir, que el niño va a poder servirse de todos los títulos/significantes para poder sostenerse en el futuro, y dará cuenta de la metáfora paterna con la que se ha instaurado (Lacan, 1957-1958/1999).

3.3. La función del padre en el Edipo

Según Jacques Lacan (1957-1958/1999). El padre en el *Edipo* no es el padre de la realidad, ya que puede que tenga distintos roles, profesiones, actitudes hacia su familia, “puede tener toda su importancia pero también puede no tener ninguna. Toda cuestión es saber lo que es en el complejo de Edipo” (pág. 178). El padre del *Edipo* no es el padre real, el padre del que se hace alusión, “es el que existe incluso sin estar” (pág. 172). Por lo tanto, se refiere al padre simbólico, es decir aquel que opera como una metáfora, y como ya se había mencionado anteriormente, la metáfora es la sustitución de un significante por otro. En suma, el padre es el significante que va a reemplazar, a sustituir el primer significante inscrito, el significante materno, el significante del deseo de la madre (Lacan, 1957-1958/1999).

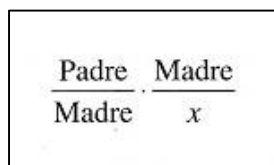


Figura 2 Tomado de: Lacan, 1957-1958/1999, p. 179

En resumen, el padre interviene en diferentes roles en el *Edipo*. En un principio va a ser el que prive a la madre, por lo tanto se lo relacionará con la inscripción de la Ley que va a prohibir el incesto. Es el delegado de la separación entre la madre y el niño. Podría decirse, que la relación que mantiene el padre con el niño está estrechamente relacionada con el miedo a la castración, ya que el niño sentirá que su madre le es prohibida por este tercero. Y por último, la identificación con este padre permitirá la salida del tercer tiempo del *Edipo* (Lacan, 1957-1958/1999). En el caso de la niña, el primer tiempo es atravesado como en el caso del niño varón, el padre priva a esta del deseo de su madre. Sin embargo, es necesario que el segundo tiempo anule el primero, y el padre hace que el deseo hacia la madre se desplace hacia él, y así le envía el siguiente mensaje a la niña: “Tú gozarás, más tarde como tu madre goza conmigo, pero con un hombre de tu generación” (De Neuter, 1992).

Se hace importante, mencionar que el Complejo de Edipo no es del todo un cataclismo, por el contrario viene a ser el proceso de subjetivación que permite al sujeto la inserción a la cultura y al lazo social con otros.

Marika Bergés-Bounes (2016) menciona que en los casos de niños que presentan TDAH, se percibe una madre con quien existe un acercamiento excesivo y un padre disminuido o ausente. ¿Esto explica lo que parecería fallar en el registro simbólico de estos niños? ¿A caso una madre que quiere mantener a su hijo como objeto dificulta el paso a lo simbólico? ¿Y, tiene que ver un padre o tercero disminuido con problemas para instaurar la Ley en la presentación de este trastorno?

3.4. El declive del Nombre-del-Padre en el TDAH

El lugar del tercero ha sido fundamental en la construcción de la historia del sujeto humano. Incluso Aristóteles, en sus pensamientos sobre la constitución de la política, indica lo necesario del lugar del tercero, en cuanto a la construcción de un Otro a quien “sacrificar”, y entonces, el hecho de ser “animales políticos” está completamente relacionado con ser “animales hablantes”. Es así pues, que los sujetos del lenguaje, aquellos que son capaces de simbolizar, siempre van a recurrir a una construcción o reconstrucción de *terceros*. Este *tercero* que se menciona, es aquel que le permite al sujeto autorizarse a ser. Es decir, va a encontrar en este lugar del *tercero* una referencia externa que le va a permitir la base de su sustentación, aunque este *tercero* sea ficticio (Dufour, 2007).

Podría decirse pues que, porque hablan, los sujetos no dejan de construir entidades que eligen como principio unificador, como Uno, como Gran Sujeto. Es decir, sujeto aparte, alrededor del cual se ordena el resto de los sujetos (Dufour, 2007, pág. 38).

Por esta razón, se hace importantísimo poder comprender el lugar del *tercero*, es decir el de este padre en la sociedad actual. Este tema ha sido trabajado desde algunas corrientes como la Filosofía y el Psicoanálisis, y ha sido llamado de distintas formas, ya sea posmodernidad o sociedad hipercontemporánea. Sin importar cómo se la quiera llamar, siempre se hace alusión a la aniquilación de la sociedad moderna, y una de las grandes razones por las cuales se efectúa esta aniquilación es el consumismo que se vive hoy en día. Tanto en la Filosofía como en el Psicoanálisis, la característica que determina a la sociedad de la actualidad es la pérdida de referencias del *Gran Otro*. Como consecuencia, el sujeto de la actualidad es un individuo que se autonomiza. Esto explica por ejemplo, por qué los discursos morales de la época no tienen cabida, como lo menciona Dufour (2007), ya no existe la posibilidad de hacer algo “En Nombre de este Otro”. Por tal razón, el individuo de la autorreferencialidad, ya no conoce en nombre de qué o de quién sustentarse. El famosísimo “sé tú mismo” muy escuchado hoy en día, es un gran ejemplo de esta autonomización mencionada (Dufour, 2007). Por tanto, la ausencia de un referente colectivo trae consecuencias que pueden ser expresadas en diferentes modos de subjetivación. ¿Es el TDAH una de las nuevas formas de subjetivación en la actualidad?

Una de las interrogantes que surge con respecto a la transformación que atraviesa la modernidad clásica, radica en los efectos que recaen sobre el sujeto, al declinarse, lo que Jacques Lacan denominaría el *Nombre-del-Padre*. Este concepto hace referencia al producto de la metáfora paterna. Asimismo, el *Nombre-del-Padre* es el significante intraducible, que contribuye en la instauración del sujeto al reemplazar el deseo por la deuda simbólica, y da cuenta de la relación en la que va a encaminar sus significantes con su deseo y su constitución con la Ley. Se entiende entonces, que este concepto está relacionado con la represión y la castración simbólica, y como consecuencia, al ser el Otro quien da lugar al *Nombre-del-Padre*, este simbolizará al falo, y dará cuenta de la falta en el Otro (Chemama, R & Vandermersch, B, 1996).

La aparición del Psicoanálisis, se produce sin duda en el momento en que la figura paterna se empieza a quebrantar, a declinar. Como lo menciona Melman (2005), es con la llegada de la modernidad que se da una especie de protesta, de reclamo, por medio del goce, como sucedió después de la Primera Guerra Mundial, masacre que dejó devastada al mundo entero como una forma de pagar la deuda a este padre que se supone debía prohibir, limitar, privar. Lo que apreciamos hoy en día como declinación del padre, no es en absoluto algo nuevo.

Melman (2005), propone que en la sociedad actual existe un cambio en la economía psíquica del sujeto. En el pasado se vivía en una economía que se caracterizaba por la represión, y en la actualidad esta nueva economía tiene relación con la exhibición de goce, que a su vez, implica nuevas formas de constitución y de relación del sujeto con otros; ahora existen nuevos deberes, nuevas imposibilidades y sin duda alguna, nuevos sufrimientos. Estos vienen a ser los nuevos síntomas de la actualidad, los síntomas de “moda”. De igual forma, señala que esta mutación en la economía psíquica tiene lugar una vez que el sujeto ha podido notar y comprender la falta de referencias externas que permiten sustentar y organizar al humano como sujeto. “el cielo está vacío, tanto de Dios, como de ideologías, de promesas, de referencias, de prescripciones y que los individuos tienen que determinarse a sí mismos, singular y colectivamente” (Melman, 2005, pág. 17).

Sin duda, hoy se vive en otra sociedad, caracterizada sobre todo por el consumo generalizado, lo que obliga al sujeto a buscar una vía rápida y “garantizada” de felicidad, el goce. “(...) eso implica que forjamos el cuerpo abandonado a su satisfacción autoerótica confiando en que él encontrará su propia regulación” (Ubieto, 2014, pág. 14). Situación muy relacionada con la hiperactividad, parecería que en la sociedad actual hay obstáculos en el anudamiento de la palabra con el cuerpo, y entonces se dan estas nuevas presentaciones sintomáticas, como el TDAH; el cuerpo en el puro goce, y el niño está sin entender bien el porqué de su excesivo movimiento.

Se ha pasado de la neurosis conocida por el rechazo de los deseos, a una neurosis que expresa y promueve libremente la perversión. En este caso, la llamada salud mental, está situada en relación al objeto de satisfacción. Es decir, no se busca un tratamiento que da cuenta de su sufrimiento sino una pastilla inmediata que de cambios rápidos. De igual forma, el antiguo concepto de *pharmakon* hace referencia a que siempre se encuentra uno a varios objetos que podrían tratar o curar una enfermedad, pero que a su vez funciona como veneno, “en otras palabras, el objeto susceptible de curar nuestra insatisfacción-insatisfacción tanto con respecto al mundo como a uno mismo-es también un veneno” (Melman, 2005, pág. 64). La Ritalina como tratamiento para el TDAH, tiene esta misma característica del *pharmakon*, si bien intenta tratar y calmar rápidamente al niño, tiene un efecto adictivo y de envenenamiento, no solo por los componentes químicos que posee, sino por la obturación del sufrimiento en el infante.

Se pone en evidencia la contradicción de una sociedad que empeña en saturar a los niños de objetos y de excitaciones de todo tipo, y al mismo tiempo esta misma sociedad se queja de su movimiento y busca reducirlo por medios coercitivos. La *Ritalina*, la “píldora de la obediencia” (Bergès-Bounes, M., 2016, pág. 32).

La dinámica familiar en la actualidad está mucho más dividida que en los tiempos de antes; ahora existen guarderías, clases extras, clases especiales, instituciones de ayuda social, entre otras. Todas estas vienen a asumir la responsabilidad que en un principio estaban destinadas para la familia. Da la impresión de que la familia ha dejado de lado su papel educador y lo ha puesto todo en manos de las instituciones educativas, esto sin duda, genera un declive en la autoridad y por lo tanto dificultad en los niños para identificarse con aquellos miembros de su círculo familiar (Sanfeliu, 2011).

Melman (2005), menciona que en la sociedad actual hay una *liquidación colectiva de transferencia* y con esto hace alusión a la desaparición de la autoridad, de las referencias que permiten que el sujeto se sostenga. Por lo tanto, la función del padre ha cambiado, en un primer momento el padre (simbólico), era la autoridad que a su vez daba cuenta del lugar de ocultamiento, de lo divino, precisamente donde podía autorizarse.

El mundo de la actualidad, es aquel en donde todo parece posible, donde se han perdido los límites, parecería un sueño sin fin. En la posmodernidad se adquiere toda clase de objetos para que brinden satisfacción, por lo tanto hoy en día, el sujeto no se encuentra más en la lógica de satisfacerse con representaciones de este objeto perdido, sino que parecería que el objeto está allí en la realidad y es éste el que los hace gozar (Melman, 2005).

Como se mencionó anteriormente, la función del padre es la de privar al niño de su madre e introducir la Ley de prohibición del incesto que estructura subjetivamente y genera el paso a la construcción del lazo social. Sin embargo, el padre de la actualidad ya no tiene más autoridad, ni un rol de referencia al que seguir. “(...) está solo y todo lo invita, de alguna manera, a renunciar a su función para participar simplemente en la fiesta. La figura paterna se tornó anacrónica” (Melman, 2005, pág. 37).

Melman (2005) afirma que no hay inscripción simbólica en el cuerpo en la actualidad, y lo hace notar por ejemplo en la conducta adolescente de tatuarse y hacerse piercings, se podría interpretar al síntoma del TDAH, como una modalidad de la actualidad, de decir algo sobre esta falla en la inscripción de significantes en su cuerpo.

Este mismo autor menciona que existe un problema para que el sujeto sostenga su lugar, y lo relaciona con los niños hiperkinéticos, aclarando que su síntoma es también una nueva forma de la economía psíquica de la posmodernidad. Lo explica mediante un caso clínico, en el que menciona que la madre del niño tiene problemas para instalarse simbólicamente en la maternidad; se preocupa mucho por ser una mujer activa, inteligente, socialmente interesante y no le da un lugar a este niño, no le hace un llamado, pues parece más una nodriza que una madre. De igual forma, el padre parece ausente y no le da un lugar al niño, entonces “¿dónde puede mantenerse el niño? ¡En ninguna parte!” (pág. 109). Asimismo, la sociedad de la actualidad trae consigo síntomas que parecen banales, por

ejemplo los padres a quienes les cuesta mucho decir *No* a sus hijos, y esto precisamente da cuenta de la falta de autoridad, pues no se sienten autorizados a negar o limitar a sus hijos, ahora se habla de esos padres-amigos. Es posible entonces, que en la sociedad actual, con el uso exagerado de la tecnología; que muchas veces está por encima que la palabra, y con el poco tiempo que permanecen los niños en casa para hacer lazo social con la familia, tenga mucho que ver con estas nuevas formas de hacer un llamado, de hacerse escuchar, como en el caso del TDAH.

3.5. El TDAH en las instituciones educativas

La escuela es la institución que tendrá siempre un lugar importante en la infancia, ya que es una de las principales entidades que le va a permitir formarse al niño y hacer lazo social con otros. La problemática se da cuando el infante parece salirse de la norma, no puede seguir lo propuesto en clase, llama mucho la atención o se vuelve conflictivo. Ahora es muy común escuchar que los profesores utilizan términos como: “el niño tiene características autistas, psicóticas, mutismo”, pero sobre todo se escucha “este niño es hiperactivo”. Generalmente, la etiqueta de hiperactivo nace desde la escuela y es el profesor de clase quien se la otorga, y ¿a qué se refiere cuando lo cataloga de hiperactivo o de desatento?, acaso, ¿se movió demasiado en clase, o se quedó dormido y no terminó la tarea? Pero resulta más complejo para los profesores preguntarse el porqué de su sintomatología ¿por qué el niño se ha quedado dormido en clase?, ¿qué ha pasado en casa? Sin embargo, la forma más fácil es etiquetarlo y a su vez remitirlo a un especialista para que se haga cargo del tema.

No cabe duda que niños “diferentes” han existido desde siempre, así como también niños inquietos y desatentos. Sin embargo, lo que ha cambiado en la actualidad es la forma de tratarlos. En un principio fue enviarlos al rincón del castigo, luego pedir la mano para pegarles con la regla, enviarlos a clases de detención o clases especiales, fueron diferentes modos de tratar a estos *niños diferentes*. Hoy en día se tiene un nuevo rótulo para “entender” a estos niños, el TDAH, con esto tanto el profesorado como los padres de familia dejan de responsabilizarse y quedan fuera de culpa de la sintomatología del niño, y entonces se da paso a los psicofármacos.

El maestro de antaño ya no es aquel que se encuentra en las instituciones hoy en día. Los cambios que se han vivido en la sociedad han generado reformas en la posición del profesor ante el estudiante, se ha perdido esa autoridad y el saber que se le suponía al maestro. Es común en la actualidad, que los padres exijan a los profesores funciones que no les competen.

Presionado el maestro, a su vez presiona, al niño sí, pero también a la familia a la que igualmente se imponen “deberes”. El juego de pelota en el que se arroja el reclamo de responsabilidad, no puede por menos que salpicar al alumno; las figuras de autoridad se desdibujan entre tantos reproches y el necesario proceso de estructuración psíquica a partir de identificaciones se resiente (Sanfeliu, 2011, pág. 168).

Es un hecho, que cada vez existen más alumnos medicados por el TDAH, sin embargo, no parece cuestionarse sobre las dificultades que puede presentar el adulto en la escuela para educar, transmitir, contener y comprender al niño. Da la impresión, que en la actualidad el niño es el único actor quien tiene toda la responsabilidad del proceso de aprender (Janin, y otros, 2005, pág. 2).

Es muy posible que el maestro se sienta también angustiado y sobrepasado por el síntoma del niño, mucho más si es un niño que no deja de moverse, que no puede seguir con las reglas y mandatos que le imponen. Y esta sintomatología, sin duda interfiere con los objetivos que se le plantea al profesor por parte de la institución, del sistema operante. ¿Cómo se entiende actualmente que un docente es un buen maestro? La respuesta es simple, es un buen maestro aquel que permite que el niño “supere” sus dificultades y transmita todo lo propuesto en el pensum otorgado por las grandes entidades que rigen las instituciones educativas, esto podría explicar por qué el profesorado, en su mayoría, está del lado de la medicación, pues así el niño podrá ser “funcional” ¿funcional? O ¿un zombi al que se le ha silenciado su dolor, su sufrimiento? Todo esto apunta al discurso de la actualidad, aquel que quiere tener resultados inmediatos, niños que aprendan rápido y que no hagan “perder el tiempo” con sus síntomas.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, es indiscutible que el lugar de la institución es de suma importancia en la estructuración del niño, la escuela puede ser un

lugar de soporte, un lugar de contención y sobre todo de subjetivación que algunas veces, puede no darse en casa.

Según Sanfeliu (2011), menciona que la manera adecuada de incorporar al niño en el ámbito escolar, tiene que ver con la importancia de acabar una tarea, más que acumularlos con muchas de estas. De igual forma, no dejar que el niño empiece la actividad sin haber escuchado todas las reglas y consignas, y evitar distracciones ambientales en el aula de clase. Ayudar al niño con diferentes modos de realizar un examen, de forma oral por ejemplo, es otra forma de incorporar al niño en el ambiente escolar. La autora menciona también, que el concepto de educación propuesto por Goday Casals, es el más óptimo para restar casos de niños con TDAH en las instituciones educativas. Casals reconoce que el niño es el centro de la escuela, lo más importante de esta y por lo tanto, las instituciones educativas deben ser un espacio que le permita al niño hacer lazo social, por medio del descubrimiento de sí mismo y de sus posibilidades particulares y únicas de aprender.

Por otro lado, está María Acaso, quien es la autora de rEDUvolution, una idea revolucionaria de la educación. La autora hace énfasis en cambiar la forma clásica de la educación que hoy en día es necesaria para generar interés en aprender, cuestión que se está perdiendo en la actualidad. La autora menciona, que la educación hoy en día pretende dar la misma clase y que los alumnos deben entender de la misma manera, escribir los mismos apuntes y tener la misma respuesta en el examen. Por lo tanto, critica la postura de los maestros en la actualidad, aludiendo que el rol que debe tener un profesor hoy en día debe caracterizarse por comprender que aquello que intenta transmitir, puede ser aprendido por los alumnos de diferente forma, ya que en el aprender se está involucrando con su propia historia de vida, sus intereses y su creatividad. El éxito de la pedagogía actual, radicaría en aceptar un discurso diferente (Fominaya, 2015).

3.6. Las farmacéuticas y el TDAH

Tomando en cuenta que el TDAH se encuentra ubicado dentro de los trastornos de origen neurológico en el DSM-V, los padres buscarán en primera instancia al médico neurólogo o al psiquiatra infantil con el fin de tratar el “problema” de su hijo. Al ser la

medicina la primera opción, el tratamiento para el trastorno en cuestión se basará principalmente en el uso de fármacos y psicoestimulantes.

De igual forma, se hace importante tomar en cuenta que en la época actual se vive una multiplicidad de diagnósticos infantiles que recaen en una concepción reduccionista del síntoma y del tratamiento necesario. Es decir, que la medicina se basa en los supuestos avances neurocientíficos para explicar únicamente por medio de la biología, la complejidad del desarrollo y los procesos subjetivos en el niño (Janin, Slapak, Bleichmar, Rodulfo, Tallis, Bensayag, 2005).

El TDAH es uno de los trastornos diagnosticados con más frecuencia en la infancia, y la manera de hacerlo es basándose en un grupo arbitrario de patrones, que como se ha mencionado anteriormente, proceden de un origen confuso. Esto ha llevado a que la administración de fármacos empiece desde edades más tempranas, y esto trae como consecuencia que el medicamento camufle la sintomatología grave del niño, la cual suele aparecer con fuerza a posteriori o cuando se detiene la medicación. Muchas veces el fármaco viene a taponar o silenciar el síntoma, sin tomar en cuenta el motivo de su aparición, el porqué de su exceso de movimiento, o de su desatención (Janin, y otros, 2005).

Muchos de los estudios revelan que el déficit de atención está relacionado con otros cuadros como: sintomatología psicótica, episodios de violencia o abuso sexual, adopciones, migraciones, duelos, entre otras. Por tanto, da la impresión de que el diagnóstico suele ser banal y superficial así como el uso de la medicación, ya que al parecer en este diagnóstico se incluyen muchas otras problemáticas que tienen lugar en la infancia (Janin, y otros, 2005). Beatriz Janin mencionó al respecto: “El único rasgo en común es que no prestan atención en clase, acompañado por movimientos y respuestas impulsivas. Todos caen en la misma bolsa de gatos” (Citado en Carbajal, 2007, párr. 2).

Uno de los estudios realizados por Beatriz Janin sobre los niños que han sido diagnosticados con TDAH y medicados, reveló conclusiones impresionantes. En este se utilizó una muestra de treinta niños de entre 5-9 años, y a pesar de que todos tenían la misma etiqueta, presentaron conflictivas psíquicas totalmente diferentes. “Muchos permanecieron sentados 50 minutos, otros jugaban, otros no pudieron emitir ni una palabra, pero todos tenían

el mismo diagnóstico. Todo problema de aprendizaje y/o conducta queda etiquetado sin escuchar a los niños” (Citado en Carbajal, 2007, párr. 9).

Ha sido tanta la preponderancia del uso de fármacos sobre otras vías de tratamiento ante el trastorno en cuestión, que ahora niños en edades muy tempranas están siendo medicados. Los psicoestimulantes fueron los primeros fármacos en utilizarse como tratamiento para el TDAH, estos generan un bloqueo en los neurotransmisores de la dopamina y noradrenalina. Los nombres de estos medicamentos son metilfenidato o dextroanfetamina, los cuales tienen como consecuencias secundarias irritabilidad, tics, pérdida del apetito, dolor de cabeza, inestabilidad emocional entre otros. Asimismo, poseen una regulación, en la cual se menciona que no deben ser recetados para menores de 6 años, por sus altos componentes adictivos. Según la Asociación Psiquiátrica Americana el metilfenidato se encuentra en la clase 2 de toxicidad, siendo el LSD el número 1 (Sanfeliu, 2011).

Ubieto (2014) menciona que el redactor Alan Schwarz quien trabaja para el *New York Times*, comenta que se está utilizando de manera excesiva, estimulantes para el TDAH sobre todo en niños de estratos sociales bajos que presentan dificultades escolares. Asimismo, menciona en su artículo que muchos psiquiatras infantiles dicen administrar fármacos para este trastorno porque es la forma más fácil y económica de hacerlo. El autor hace referencia a lo mencionado por el pediatra M. Anderson: “Hemos decidido, como sociedad, que es demasiado caro modificar el entorno de estos niños así que mejor modificamos a los niños” (pág. 16).

Según Ubieto (2014), en Estados Unidos, un 20% de los niños hiperactivos toman medicación, Ritalina en especial. En España del 3 al 7% de los niños la toman también. De igual forma, son alarmantes las cifras que muestra el *New York Times* sobre los casos diagnosticados de TDAH, en 1990 existen 600.000 casos detectados y para el 2014 esta cifra aumentó a 3.5 millones de niños.

Ubieto (2014) explica brevemente los fármacos más utilizados para tratar el TDAH. Sin embargo, se hace bastante interesante que la industria farmacéutica renueve muy poco sus productos. Entre el famoso Ritalin y la píldora Concerta, existen ligeros cambios en la

composición del fármaco. Sin embargo, la diferencia de precios entre estos dos medicamentos es exorbitante. Mientras que el metilfenidato (Ritalin) tiene un costo mensual de aproximadamente 5 euros, las pastillas Concerta van entre 60-90 euros mensuales, Y, por último, la Atomoxetina (Strattera) llega a los 125 euros mensuales. La Organización Mundial de la Salud es la entidad que regula estos fármacos, ¿Se está vendiendo al TDAH? Parece que sí, tanto los avances en la tecnología biomédica así como la venta y producción de estos fármacos posicionan a la infancia como una población importante para el mercado. La supuesta etiología del trastorno que es detectada por la nueva tecnología médica, va de la mano con la administración de fármacos en niños, y no solo esto. No es sorprendente, que después del TDAH se diagnostique otro tipo de trastorno y se aumenten los medicamentos, apuntando así a tener un cliente de por vida.

“Curiosa epidemia esta del TDAH, que en lugar de seguir la lógica de las enfermedades parece seguir la de la oferta y la demanda, la del mercado” (Carbajal, 2007, párr. 7). Desde el boom del TDAH, se ha identificado el marketing utilizado para aumentar el consumo de fármacos. En Estados Unidos, en los años 80’s, aparece la primera asociación de afectados en defensa de los pacientes diagnosticados con TDAH, este grupo se llamó Children and Adults with Attention Déficit/Hiperactivity Disorder (CHADD), su objetivo fue focalizar la atención de médicos y de la población entera en aquellos diagnosticados con el trastorno y promovían el uso del fármaco predominante de la época, el Ritalin, como forma de tratamiento. Lo interesante de esta campaña es que los fondos fueron patrocinados por Ciba-Geigy, el fabricante más importante de la Ritalina (Ubieto, 2014).

Ubieto (2014) propone algunos criterios para el buen uso de medicamentos en los niños con TDAH. En primera instancia, es necesario considerar el sufrimiento subjetivo del niño, el porqué del síntoma. Tomar en cuenta que muchas veces el uso del medicamento viene a reemplazar la palabra en el niño y por lo tanto el fármaco podría traer consigo una característica de desresponsabilización. De igual forma, al ser diagnosticado y medicado es muy posible que se llegue a la estigmatización, porque en la sociedad actual esto es sinónimo de que hay algo que no funciona bien en el niño, que está fuera de la norma. También, sería importante poder tomar en cuenta el significado que tiene el niño de ingerir un medicamento para el TDAH, ¿qué significa para él tragarse esa píldora? Por último, el tratamiento debe ser

coordinado con otros profesionales, pues los fármacos no son ni la primera vía de tratamiento ni la única. Una de las falsas creencias de los padres y profesores acerca de la eficacia de la píldora radica que, con la suspensión del psicotrópico, la misma que suele ser a partir del sexto mes se da un efecto rebote. Pero esto aparece precisamente por la suspensión del medicamento, entonces ¿es esta realmente una manera de tratar al TDAH?, o ¿una forma de hacer esclavos y dependientes a los niños? “Hay que decirlo: la medicalización es un arma poderosa que funciona al servicio de un discurso, el de los mercados, y ordena la sumisión en nombre de valores sacrosantos: la salud, la larga vida y la ciencia” (Bergès-Bounes, M., 2016, pág. 36).

3.7. Tratamiento de la relajación terapéutica propuesto por Jean Bergès

¿Qué se hace con los niños hiperactivos, que corren por todas partes sin detenerse, y que además no dicen nada?, generalmente el adulto se ubica como aquella autoridad que querrá controlarlo a toda costa. Sin embargo, Jean Bergès y Julián de Ajuriaguerra, han propuesto la relajación terapéutica para estos casos en los que el cuerpo se encuentra excesivamente excitado. La relajación terapéutica fue propuesta en un principio por Jigannes Heinrich Schultz, y a su vez se hace énfasis en que sea llamada terapéutica, no solo relajación ya que este término se encuentra comúnmente asociado con cualquier tipo de masaje, de pasividad. Por lo que el término terapéutico viene a darle esta connotación clínica del trabajo que se hace con el niño hiperactivo. Esta herramienta se realiza una vez por semana, y tiene como fin la aparición de asociaciones similares a lo que sucede en el análisis. Esta a su vez es realizada en un estado distendido, evitando que el sujeto esté con dolor o contracturado. Sin embargo, lo esencial de la relajación terapéutica, es que el profesional a cargo de la sesión va a tocar e ir nombrando el cuerpo del niño (Bergès-Bounes, 2016).

En las sesiones de relajación terapéutica, se mencionarán todas las partes del cuerpo, con el fin de que el niño enganche las palabras del terapeuta con imágenes que este va a ir creando de su propio cuerpo, y a su vez, esto permita al niño ubicarse y sentirse en unidad. Sin embargo, se hace importante tomar en cuenta que no se trata de acariciar al niño, de darle cariños o mimos. Sino, se procura que el niño en este proceso venga a encontrar su cuerpo,

que sea suyo, apartado del de su madre y sobre todo desde un cuerpo del que pueda apropiarse, desde donde pueda hablar (Bergès-Bounes, 2016).

Los objetivos en la relajación terapéutica son dos: primero, que el niño pueda separarse del cuerpo de la madre, y segundo que se haga cargo del suyo, cuestión que le va a permitir autorizarse a hablar, pensar, quedarse quieto, es decir estar en lo simbólico, no en lo imaginario (Bergès-Bounes, 2016).

Se recomienda que la relajación terapéutica, se realice en grupos, porque esto le da una sensación de libertad al niño, no se siente tan mirado y observado como si estuviera solo con el terapeuta. La consigna de este método nada tiene que ver con mantenerse tranquilos. Por el contrario, lo que se propone es que el niño sienta e imagine su cuerpo de una forma diferente. Una cuestión muy importante de la relajación terapéutica en los niños con TDAH, radica en que este tratamiento va a hacer un corte entre el cuerpo del niño y el cuerpo de la madre. Es decir, va a tener una función de tercero, al parecer tan ausente en este trastorno (Bergès-Bounes, 2016).

Jean Bergès, menciona que: “el cuerpo es un receptáculo de goce, de deseo” (Bergès-Bounes, 2016, pág. 112), pues lo que está erotizado en el niño es la actividad motora. Una de las hipótesis del porqué del movimiento en los niños hiperactivos según Jean Bergès y Marika Bergès-Bounes, está relacionado con el miedo a la muerte, situación muy presente en los niños hiperactivos.

CAPÍTULO IV

CRITERIO DE LOS PROFESIONALES

En el cuarto y último capítulo se realizó el análisis de datos obtenidos de las entrevistas a los cinco psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica. La entrevista consta de 12 preguntas abiertas y el objetivo de las mismas es proponer cuestionamientos que permitan analizar al TDAH desde la clínica psicoanalítica, y poder corroborarlos con la teoría propuesta en los capítulos anteriores.

4.1. Metodología

La metodología que se implementó para la presente investigación es descriptiva, bibliográfica y de campo. Esta investigación es cualitativa descriptiva porque intenta explicar al TDAH con conceptos profundamente trabajados desde el Psicoanálisis, como: el síntoma, el cuerpo, el transactivismo, el lugar del tercero en la constitución subjetiva, la metáfora paterna, el Nombre-del-Padre. Esto explica, por lo tanto, que los datos obtenidos no podrán ser cuantificables, sino son netamente cualitativos, ya que intentan explicar por medio de la recolección bibliográfica y el análisis de la misma el llamado Déficit de atención con hiperactividad.

Las fuentes bibliográficas que se utilizaron en la parte teórica de la investigación, fueron: libros, trabajos de investigación y documentos que están relacionados con el tema en cuestión. Los principales autores con los que se trabajó en esta disertación son: Sigmund Freud, Jean Bergès, Julián De Ajuriaguerra, Marika Bergès-Bouines, Jacques Lacan, José Ramón Ubieta, Beatriz Janin, entre otros. Todos estos autores han trabajado sobre conceptos importantes del Psicoanálisis, que han permitido explicar al TDAH desde esta perspectiva.

4.2. Universo o muestra

Para esta investigación, se trabajó con cinco psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica, que hayan tenido experiencia clínica en el trabajo con niños diagnosticados con TDAH, ya que esto permitirá corroborar la teoría psicoanalítica propuesta en los capítulos anteriores con el trabajo clínico y psicoanalítico que han tenido los psicólogos en

cuestión, a lo largo de su experiencia profesional. Se consideró de igual forma, que los participantes manejen temáticas que permitan comprender al TDAH desde el Psicoanálisis, tales como: el síntoma, el cuerpo, el transactivismo, la relación materna y su influencia en la subjetivación del niño, el lugar del tercero, y las nuevas modalidades de subjetivación que se producen en la actualidad.

Es importante tomar en cuenta, que la participación de los cinco profesionales fue completamente voluntaria. Se realizó una reunión con cada uno de ellos, la misma que fue prevista a su conveniencia (tanto la hora como la fecha). De igual forma, se realizó una breve explicación del tema propuesto en este trabajo de investigación, se leyó el consentimiento informado y se les pidió que lo llenarán con sus datos personales y su firma.

Tabla 3: Criterios de Inclusión y Exclusión

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|--|---|
| Psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica con experiencia en el tema, que trabajen con niños y adolescentes. | Psicólogos clínicos de una corriente diferente a la psicoanalítica. Que no hayan tenido casos clínicos de TDAH. |
| Experiencia mínima de cinco años. | Experiencia menor a cinco años. |
| Psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica que vivan en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) | Psicólogos que no vivan en el DMQ. |

4.3. Instrumentos

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue una entrevista de tipo semi-estructurada. Los factores que se tomaron en cuenta fueron los siguientes: la importancia del síntoma en el TDAH, el cuerpo del niño con TDAH, su relación materna, así como el lugar del tercero, y la relación de la presentación del trastorno con la sociedad actual. La entrevista tuvo una duración de 30 a 60 minutos y constó de 12 preguntas abiertas.

El objetivo de realizar una entrevista a profesionales, fue precisamente poder corroborar por medio del conocimiento y experiencia clínica de los mismos, los conceptos

propuestos en la disertación; y de esta forma, realizar una investigación exhaustiva del TDAH desde otra perspectiva a la usual, el Psicoanálisis.

4.4. Procedimiento

La parte práctica de la investigación fue realizada en seis partes. En primer lugar, se realizó un cuestionario de varias preguntas con el tema en cuestión, el mismo que fue revisado y analizado con el director de la presente disertación. La segunda parte constó en la selección de las 12 preguntas más relevantes para obtener la información suficiente del tema en cuestión, las mismas que fueron elegidas en un acuerdo mutuo de la investigadora y del director a cargo. Como tercer punto, fue la elección de los cinco participantes, analizando que su perfil profesional tenga relación con el tema en cuestión, con el fin de que los mismos manejen de manera fluente el tema propuesto. La cuarta parte de la entrevista, fue ponerse en contacto con los cinco psicólogos, para agendar una cita, fecha y hora para la realización de la entrevista.

La primera tuvo lugar el día jueves 13 de diciembre de 2018; la segunda, tercera y cuarta entrevista fueron realizadas el día martes 17 de diciembre de 2018; por último, la quinta entrevista se realizó el día miércoles 19 de diciembre de 2018.

El quinto punto, fue la transcripción de las cinco entrevistas, con el fin de no perder información que resulte relevante para la recopilación y análisis de datos. Como sexto y último punto, se realizaron cuadros de síntesis, los mismos que permiten observar de manera más rápida la respuesta de cada participante respecto a cada pregunta, y por ende poder corroborar la similitud de la información otorgada.

4.5. Resultados y discusión

En las entrevistas realizadas a los cinco psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica, se han encontrado conceptos y temáticas importantes para la investigación en curso, los mismos que han sido trabajados en la parte teórica de esta disertación, por lo cual, se realizará un corto análisis de dichos conceptos o categorías con el fin de tener una información global de los mismos.

- **El síntoma:** Sigmund Freud menciona que el síntoma es rico en sentido y tiene relación con el vivenciar del sujeto (Freud, 1916-1917/1976). Es decir, que detrás de cierta sintomatología hay algo que se quiere decir y esto justifica su aparición. La lectura psicoanalítica, permite darle este lugar importante al síntoma y a su vez permite al profesional intervenir y escuchar de una manera distinta. En la actualidad, el TDAH es definido desde la perspectiva médica y psicopatológica, ignorando el sentido que tiene para cada niño su agitación y su falta de atención.
- **La relación materna del niño con TDAH:** El niño es un sujeto en desarrollo, por lo tanto, los padres tienen un papel muy importante en su constitución subjetiva. La aparición sintomática en el niño puede estar relacionada con la verdad de la pareja familiar y el fantasma materno (Lacan, 1969/1988). Sin embargo, no se puede mencionar una sola relación materna del niño con TDAH, pero algunas de las aristas a tomar en cuenta radican en la captura de la mirada materna, pues son niño que mantienen una relación muy cercana y angustiosa con la madre. De igual forma, parece ser que en la madre hay un obstáculo para poder acompañar en el transactivismo de su hijo, e inscribir significantes y límites en su cuerpo, esto explicaría el porqué de sus excesivos movimientos.
- **El acting-out y el pasaje al acto:** Tomando en cuenta que el niño con TDAH presenta una fuerte angustia que incide en su inestabilidad motora y en su incapacidad para sostener la atención. Los conceptos de *acting-out* y *pasaje al acto* trabajados por Jacques Lacan, son las vías alternativas ante la angustia. Su diferencia tiene relación con el *objeto a*, en el primero, el objeto se hace presente en la escena y en el segundo existe una identificación con el mismo (Muñoz, 2009). Por lo tanto, un niño con TDAH, a quien le cuesta apalabrar puede verse inmerso en uno o en ambos caminos.
- **El papel del padre o tercero en el caso del niño con TDAH:** El lugar del padre es sumamente importante en la constitución subjetiva de todo niño, ya que tiene una función de privación, inhibición y corte, lo que permite al sujeto insertarse en la cultura (Berenstein, 1976). Sin embargo, en el caso del TDAH, la función del padre es muy frágil, ya que no parece existir un corte entre la relación simbiótica de la madre con el niño, por lo tanto, la instauración de normas y leyes se complican (Bergès Bounes, 2016).

- **El declive del Nombre-del-Padre en relación al TDAH:** El Nombre-del-Padre, es el producto de la metáfora paterna, es el primer significante que va a sostener al sujeto y reemplazará el deseo por la deuda simbólica, conlleva a la castración y da paso al lazo social, a la cultura (Chemama, R & Vandermersch, B, 1996). En la sociedad actual, existe una decaída del Nombre-del-Padre, es decir, no existe un referente por el cual sostenerse, no hay *en nombre de quien* sustentarse. Por lo tanto, los modos de subjetivación han cambiado con la posmodernidad, y el TDAH forma parte de este nuevo discurso, ya que es una “enfermedad” que da cuenta de los tiempos agitados en los que se vive, los roles paternos han cambiado, el excesivo uso de la tecnología obstaculiza la palabra, la medicación como método obturador del sufrimiento en el sujeto, son algunos de los efectos del declive de este importante y primerísimo significante (Melman, 2005).

Tabla 4 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 1. ¿Qué es para Ud. el TDAH? | | |
|------------------------------|--|---|
| Psicólogo N. 1 | Se podría decir que es una enfermedad inventada. En este trastorno se suelen dejar de lado cuestiones muy importantes; como la historia del niño. Es decir, el TDAH es considerado como un trastorno neurológico, pero que a su vez es cuestionable, al ser considerado únicamente desde esta perspectiva, ya que no existen pruebas claras de su origen biológico. | <p>Análisis: Las afirmaciones de los profesionales están en relación con lo mencionado en la teoría, pues el TDAH es uno de los síntomas de la actualidad, generalmente es comprendido desde las teorías biológico-orgánicas que son aquellas que sirven de base para la realización de los manuales psicopatológicos, dejando de lado la subjetividad, su contexto y el caso por caso de cada niño. Son niños que necesitan de límites y reglas que generalmente son otorgados por un tercero, de igual forma, la inestabilidad de su cuerpo puede estar relacionada con sentimientos de angustia, lo que genera sus excesivos movimientos.</p> |
| Psicólogo N. 2 | El TDAH engloba una dificultad de escuchar a los niños, y refleja a un infante que necesita atención. Las características que se proponen en los manuales psicopatológicos indican que son niños que necesitan más reglas y más límites. | |
| Psicólogo N. 3 | Es un modo sintomático de la actualidad que se manifiesta en los niños. La nominación que se da al TDAH en los manuales psicopatológicos da cuenta de los tiempos tan agitados de la actualidad; los tiempos sin tiempo. | |
| Psicólogo N.4 | El TDAH es un síntoma de la actualidad en el que prima una falta de escucha total. De igual forma, sus cuerpos han sido contruidos de una manera turbada e inestable y muchas veces están en el lugar de objeto de la medicina o del malestar familiar. Asimismo, el TDAH tiene una categorización biológica que nunca se encontró. Por lo tanto, es un síntoma transformado del sufrimiento y de la angustia, y los niños lo manifiestan por medio de sus excesivos movimientos. El déficit de atención del niño, es en realidad la falta de atención por parte del Otro. Este Otro no es capaz de darle una mirada, un lenguaje que responda a la atención que requiere un niño. | |
| Psicólogo N.5 | Desde el punto de vista de la psicopatología es un trastorno muy debatido, y que a su vez, se convierte en un continente de una serie de problemáticas y símiles. Sin embargo, desde el Psicoanálisis se entiende que hay niños que tienen diferentes problemáticas que han sido diagnosticados con este mismo trastorno. | |

Tabla 5 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 2. ¿Por qué es importante reconocer al TDAH como síntoma en nuestros días? | | |
|--|--|---|
| Psicólogo N. 1 | En la actualidad existe una tendencia a categorizar. Sin embargo reconocer al síntoma sirve para ponerlo en cuestión, permite mirar más allá de la evidencia sintomática. | <p>Análisis: Los participantes coinciden que en la actualidad, la apreciación del trastorno no suele ser sintomática, sino más bien psicopatológica, dejando de lado la subjetividad y singularidad de cada niño. La importancia de reconocer al TDAH como síntoma recae justamente en darle sentido a su dolor y su angustia, notar que el niño tiene un contexto y una familia, que de alguna forma está involucrada con el apareamiento sintomático en el niño. De igual forma, hacer énfasis en el sentido del síntoma, permite una intervención diferente y otorga al niño y a su familia una posibilidad distinta para interrogar este padecimiento.</p> |
| Psicólogo N. 2 | Es muy importante, porque el TDAH es visto como algo que solo le compete al niño, pero es un síntoma de la familia; son niños recargados de actividades, no pasan tiempo ni hablan con sus padres, realizan actividades que no corresponden con su rol. Por último, el TDAH refleja una imposibilidad de conectarse con los niños por parte de los padres y maestros. | |
| Psicólogo N. 3 | Desde la lectura psicoanalítica, se entiende que el TDAH es un síntoma que no solo incluye al niño, pues se encuentra en el discurso que constituye la subjetividad en la actualidad. Al darle importancia al síntoma, el profesional podrá intervenir y escuchar de una manera diferente a un niño que tiene un diagnóstico de este tipo, el mismo que es otorgado con banalidad; donde la observación ha sido lo más importante para encasillarlo en este cuadro. Entender al TDAH como síntoma, le da al niño y a su familia una posibilidad de hacer algo con esto que le aqueja y no reducirlo a una condición psicopatológica que apunta a la reeducación o a la medicalización. | |
| Psicólogo N.4 | Al reconocer en el TDAH un síntoma, el abordaje va a ser diferente, se va a escuchar al niño y se va a escuchar a los padres. Esto permite pasar de la clínica de lo observable a una clínica diferente, la de la palabra. Si se lee un síntoma, se sabe que hay un trasformado de dolor y de angustia. Por lo tanto, la intervención sería otra con respecto a las intervenciones que priman en la actualidad, donde la inmediatez es lo importante. | |
| Psicólogo N.5 | El síntoma es una producción subjetiva, es una creación del sujeto y al reconocer el TDAH como síntoma, se estaría dando un lugar al sujeto. Por lo tanto, es distinto considerarlo como síntoma que como un trastorno, porque con este último se tiende a objetivar a los chicos, al convertirlos en un objeto de tratamientos médicos poco convenientes. | |

Tabla 6 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 3. ¿Qué efectos trae consigo las clasificaciones expresadas en los manuales, en este caso específico del TDAH? | | |
|--|---|---|
| Psicólogo N. 1 | Las clasificaciones psicopatológicas se consideran como una verdad porque son respaldadas por la ciencia, y las vías de tratamiento se limitan a las neurociencias y a la psicofarmacología. Sin embargo, se debe tomar en cuenta qué es lo que está detrás de los criterios clasificatorios. El contexto es importante para entender al sujeto, tomar un solo elemento para diagnosticar no es lo correcto. | <p>Análisis: Los psicólogos concuerdan que los efectos que traen consigo los manuales psicopatológicos están fuera de la escucha y la subjetividad del niño. Estos agrupan a los niños en un solo diagnóstico sin dar importancia a la dimensión subjetiva, lo que trae como consecuencia un solo tipo de intervención, que generalmente es la médica, mediante fármacos. De igual forma, la estigmatización es uno de los efectos de los manuales psicopatológicos.</p> |
| Psicólogo N. 2 | Si bien es cierto, los manuales psicopatológicos permiten tener un mismo lenguaje, un código para que los profesionales puedan comunicarse, los efectos que traen consigo, son de estigmatización, y la mayoría ha banalizado a los trastornos. Pues en los niños, cualquier situación fuera de la norma, la denominan TDAH. | |
| Psicólogo N. 3 | Los efectos tienen que ver con la respuesta rápida a una situación que tiene una dimensión subjetiva, particular. La pregunta del sujeto se atiende a un listado de características que se ubican en un manual y como intervención se otorga el tratamiento farmacológico o la re-educación; dichos modos de tratamientos son una extensión de los tiempos agitados de la actualidad, es un modo rápido de intervención para callar al niño, y que este funcione según la norma. Desde el Psicoanálisis siempre se interroga el modo de mirar el sufrimiento humano. | |
| Psicólogo N.4 | Son clasificaciones en las cuales, la mayoría de niños estarían dentro de estos ítems. La importancia de entender al trastorno desde el Psicoanálisis es que permite abrir una escucha singular en cada caso. | |
| Psicólogo N.5 | El primer efecto es homogenizar a un grupo heterogéneo, que presenta situaciones disímiles, distintas, y a su vez que producen síntomas que son agrupados en este mismo trastorno. Por lo tanto, se desconoce la singularidad y el requerimiento de intervenciones diferentes. También, se propende a la medicalización en situaciones que no ameritan y que traen consigo consecuencias negativas para la estructuración psíquica de estos niños. Por otro lado, son niños que terminan identificándose con este trastorno, y tienen un lugar de excepción, requieren de alguna manera, un trato especial y esto afecta el modo en el que se ubica el niño en la familia y la comunidad. | |

Tabla 7 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 4. ¿Cuál es la relación materna que usted considera tiene el niño con TDAH y qué efectos trae consigo en su estructuración subjetiva? | | |
|---|--|--|
| Psicólogo N. 1 | No se puede decir que haya una sola relación materna, podría decirse que hay patrones pero no es una cuestión determinante para que exista el trastorno. Es posible que la madre no haga un registro con el niño, es decir que este niño no sea pensado por esta mujer. Por un lado está el rechazo, y por otro la angustia que no permite que esta madre sostenga al niño, no hay registro, no hay un contacto con el niño. | Análisis: Todos los participantes concuerdan que no existe una sola relación materna del niño con TDAH. Sin embargo, se podría decir que la relación con la madre sí podría verse influida en la presentación de la hiperactividad y de la falta de atención. Una de las relaciones maternas que se podrían presentar en este trastorno, está caracterizada por una madre muy cercana y sobreprotectora, que actúa en base a su angustia, y a su vez, transmite este afecto al niño. Como también podría ser una madre que no le otorga la atención que el niño requiere. Dos de los cinco participantes, mencionaron la posible presentación de estados depresivos graves por parte de la madre y esto se ve relacionado con la sintomatología del infante. Por último, uno de ellos indicó que la presentación sintomática del trastorno en cuestión puede estar relacionada por un intento de esquivar el maltrato y abuso que recibe el niño. |
| Psicólogo N. 2 | La madre es la primera traductora del mundo para el niño. Sin embargo, las madres de esta generación suelen estar muy conectadas a la tecnología, no tienen mucho tiempo para escuchar, para cuidar. Es posible que algo esté fallando en la función de la madre, exclusivamente en el lenguaje. Por una parte puede ser la madre del descuido o una madre de la sobre protección, pues no existe una sola relación materna que se presente con el niño con TDAH. | |
| Psicólogo N. 3 | Jacques Lacan menciona que el niño puede tener dos ubicaciones sintomáticas en la familia. La primera: ser el síntoma del fantasma de la pareja conyugal, y la segunda: el síntoma del fantasma materno. La relación de la madre con el niño con TDAH puede estar relacionada con el fantasma materno; pero no es una sola característica la que determinaría la presentación del TDAH, eso depende del caso por caso. Sin embargo, existen algunas características particulares de la relación del niño con la madre, y se caracteriza por ser muy cercana y angustiada, la madre transmite esa angustia al niño. Jean Bergès menciona que la madre del niño hiperactivo no puede quitarle la mirada de encima porque ambos viven en una relación tan fuerte y apasionada que no ha podido ser cortada, y esto es lo que provoca en los niños incomodidad e hiperactividad. | |
| Psicólogo N.4 | No existe una relación única con la madre y el niño con TDAH. Hay situaciones en las que el déficit de atención viene por parte de la madre; son niños no vistos, que tiene un lugar difícil con la madre, niños que tienen una cuestión obstaculizada en el transitivismo, o madres con estados depresivos graves, madres con severa incapacidad para poder ir marcando a través de las palabras y el lenguaje los límites del cuerpo. | |
| Psicólogo N.5 | Es complicado situar una sola relación materna, porque desde el Psicoanálisis se apela al caso por caso. Sin embargo, en la bibliografía se pueden encontrar características de la madre del niño hiperactivo que no son del todo determinantes, pero que sí deberían ser una alerta. Françoise Dolto y Beatriz Janin, mencionan que el síntoma del niño con TDAH funciona como un electroshock de la mamá, muchas veces son madres que están en una situación depresiva y el niño la mantiene alerta con su condición hiperactiva. También, son niños que sufren violencia intrafamiliar y su sintomatología puede ser considerada como una defensa por el intento de esquivar el maltrato. | |

Tabla 8 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 5. ¿Qué sabe usted del transítivismo y su relación con el TDAH | | |
|--|---|---|
| Psicólogo N. 1 | No es un término que me es usual. | <p>Análisis: La mayoría de los profesionales coinciden al mencionar que el transítivismo tiene lugar en los primeros momentos de la construcción subjetiva del niño, y este se da en relación con la madre. En este momento de tránsito, es ella quien siente y nombra el cuerpo de su hijo para que este pueda sentirlo y reconocerlo como propio. De igual forma, mencionaron que es posible que en el caso del TDAH, haya una fragilidad, un obstáculo o problema con este momento de tránsito que involucra a la madre como aquella que inscribe con palabras y pone límites al cuerpo del niño.</p> |
| Psicólogo N. 2 | El desarrollo en los niños no se presenta de un momento a otro. Sin embargo, hay momentos relevantes en la constitución psíquica que le permite el tránsito al niño, y uno de estos momentos sin duda se vive con la madre, pues es ella quien generalmente acompaña en el transítivismo del niño. Es posible que la madre del niño con TDAH tenga fallas para ayudar a atravesar este tránsito porque parecería que este momento no es mediado por su palabra. | |
| Psicólogo N. 3 | El transítivismo está en relación con las primeras identificaciones que hace el niño con el deseo y con la palabra de la madre, y por medio de las cuales el niño puede ir identificando algunos límites e ir estructurando su cuerpo. En el niño con TDAH el transítivismo si está constituido pero hay una fragilidad en esa construcción, tiende a desanudarse. Las identificaciones e introyecciones de la palabra del Otro, influyen en el psiquismo del niño y lo contienen de alguna manera. Entonces, el transítivismo da cuenta de que el niño sabe del límite del dolor, del peligro de su cuerpo. Parecería que en el niño con TDAH, su cuerpo se desborda, no todo el tiempo, pero sí hay momentos en los que se desanuda el cuerpo de la palabra. Como si el cuerpo no fuera de ellos y les desobedeciera. | |
| Psicólogo N.4 | El transítivismo no se da en un momento cronológico, pero quizá sí en los primeros años del niño y se caracteriza porque la madre es quien lee y siente el cuerpo, y el dolor del hijo. Y de alguna forma, hay un obstáculo en el transítivismo del niño con TDAH. | |
| Psicólogo N.5 | El transítivismo trata de ese primer momento en el que la mamá es la que nombra y siente el cuerpo del niño, muestra lo delicado que es el inicio de la construcción subjetiva que indudablemente necesita del Otro para que se construya la subjetividad del niño. En cuanto a la relación del transítivismo con la hiperactividad, se puede decir, que en este modo de irse constituyendo por el Otro, la situación de la madre va a influir en el desarrollo del niño. | |

Tabla 9 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 6. ¿Cuál es el papel del padre o del tercero en el niño con TDAH? | | |
|---|--|--|
| Psicólogo N. 1 | Es fundamental pero también hay que tomar en cuenta que es importante el lugar que le da la madre al padre. En relación al TDAH, posiblemente le cuesta asumir el lugar de padre con este niño. Parece que hay un problema con la Ley, con poner normativas, las mismas que son una cuestión necesaria y universal. | <p>Análisis: Todos los participantes están de acuerdo al mencionar que la función del padre o del tercero, tiene que ver con la introducción de leyes y normas en el niño. Sin embargo, en los niños con TDAH parece que hay algo de esta función que está fallando, ya sea por el lugar en el que lo ubica la madre en relación a este niño, o a su vez la manera de reconocerse a sí mismo como padre, y esto estaría relacionado con la dificultad que tiene el tercero para sacar de esta relación tan simbiótica al niño con la madre.</p> |
| Psicólogo N. 2 | El padre es aquel que viene a cortar esa relación simbiótica con la madre, lo que permite que el niño se incorpore en lo social, precisamente siguiendo reglas y normas. Con el cumplimiento de reglas, se evidencia que el niño está escuchando al Otro y que este Otro lo está escuchando a él. Los llamados niños con TDAH son aquellos que no pueden respetar las reglas, entonces, habría que tomar en cuenta el lugar que le da la madre al padre y cómo hace que el niño entienda que ella no es la única interlocutora de su mundo, sino que también está el padre. | |
| Psicólogo N. 3 | El padre o el tercero no tiene mucho lugar en la relación madre e hijo, en el caso con el TDAH. No es un padre ausente, pero sí uno sin lugar simbólico. Los niños hiperactivos son <i>los niños de los ojos de la mamá</i> y el padre no puede entrar ahí a captar la mirada de la madre. Se debería ver la singularidad del caso, pero podría entenderse algunos lugares del tercero en la presentación de esta sintomatología, tales como: padres con problemas en la pareja, padres que parecen ser hijos de la pareja, y por lo tanto no han podido construir un lugar simbólico como pareja, ni como padres. Por lo tanto, están desprovistos de elementos simbólicos como para sacar a los niños de este lugar de tanta mirada y captura. | |
| Psicólogo N.4 | Me he encontrado con respecto al TDAH con padres con una fuerte lejanía, no ayudan a armar estos cuerpos. La función del padre parece no marcar un corte, un límite, una inhibición. El discurso del padre de alguna forma, no le permite al niño habitar en su cuerpo, el niño con TDAH tiene un cuerpo desbordado, arrojado. | |
| Psicólogo N.5 | A los niños con TDAH parece que les falta completar un paso en el Complejo de Edipo, en el momento de la castración, donde es el padre quien priva. Pues son niños que no están destronados, siguen en el lugar del falo imaginario. Lo que hay que trabajar con esos niños es la posibilidad de migrar o de pasar de ese estado de <i>your majesty the baby</i> a través de una función paterna que permita un corte y la inserción de leyes y normas. | |

Tabla 10 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 7. ¿Considera que el TDAH puede ser entendido como un acting-out o un pasaje al acto, Por qué? | | |
|--|---|--|
| Psicólogo N. 1 | Lo entiendo más como algo del sentido positivo del síntoma, algo que el sujeto intenta decir sin poder expresarlo. | <p>Análisis: Cuatro de los cinco psicólogos clínicos mencionaron que encuentran una mayor relación del TDAH con el acting-out, ya que este da cuenta de un llamado que se le hace al Otro, tal y cómo pasa en la sintomatología del niño hiperactivo y desatento. Sin embargo, uno de estos cuatro participantes, mencionó que este llamado está dirigido al otro especular, ya que no alcanza a dirigirse al Gran Otro. Por otro lado, uno de los psicólogos mencionó que uno de los motivos de la hiperactividad es la angustia presente en el infante, y los dos caminos ante la angustia son el pasaje al acto y el acting-out. Por último, uno de los entrevistados no relaciona al TDAH con ninguno de estos conceptos, sino con el sentido positivo del síntoma, con esto se entiende, que detrás del TDAH hay algo que se quiere decir.</p> |
| Psicólogo N. 2 | Quizá es más posible que se relacione al TDAH con el acting-out, ya que este constituye una forma de llamar y de pedir atención a otro, y la palabra podría intermediar y ayudar a evitar que se den estos actings-out. | |
| Psicólogo N. 3 | Más que pasaje al acto, se podría pensar en ubicarlo en un acting-out. Sin embargo, es difícil pensar esto en niños porque están en construcción psíquica. Pero si bien es cierto el niño con TDAH presenta esta sintomatología porque de alguna forma, no alcanza a dirigirse al Gran Otro Entonces, demanda de otra manera, suscitando mucho la mirada del otro, (otro especular) y goza de este lugar. | |
| Psicólogo N.4 | Parece ser que el niño con TDAH si presenta acting-out y pasaje al acto. En el seminario de la angustia se muestra claramente como la angustia o se pasa al acto o se hace un acting-out y de alguna forma estos niños tienen que hacerse algo con la angustia. | |
| Psicólogo N.5 | No se descarta que haya niños que estén en una estructuración psicótica y por el modo en el que se diagnostica no se nota que se están estructurando de esta manera y se los cataloga como TDAH, en este caso, podríamos hablar de pasaje al acto. Por otro lado, lo que se refiere al acting-out lo encuentro más relacionado al TDAH, ya que es la evidencia de que los comportamientos del niño hiperactivo están dirigidos a un Otro; sin embargo, habría que ver el caso por caso. | |

Tabla 11 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

8. ¿Por qué cree Ud. que el diagnóstico del TDAH es tan recurrente en la actualidad?

| | | |
|---------------------------|--|--|
| <p>Psicólogo N. 1</p> | <p>Existen varios aspectos sociales que podrían explicar el auge del TDAH en la actualidad. El crecimiento de la ciudad, por ejemplo, incide en la ausencia de los padres en casa y de poder brindar la atención que requiere un niño. De igual forma, la tendencia a la psicopatologización y la categorización que se da en la actualidad. Esto a su vez, lleva a los negocios de las farmacéuticas crear un marketing para curar trastornos que no existen.</p> | <p>Análisis: Todos los entrevistados mencionaron que los cambios en la modernidad tienen relación con la aparición y auge del trastorno investigado, ya que se ha disminuido el tiempo que pasan los niños con sus padres, por lo tanto, ha cambiado la figura de autoridad. Asimismo, la categorización y psicopatologización son las tendencias actuales de sobrellevar el malestar del sujeto, y esto ha llegado a banalizar al TDAH, pues, todo niño que sale de la norma llega a ser catalogado como hiperactivo o desatento. También, otro de los factores sociales influyentes en la aparición del trastorno, tiene que ver con el auge de la farmacología, entidades que tienen un fin económico más que terapéutico.</p> |
| <p>Psicólogo N. 2</p> | <p>El diagnóstico se da de forma recurrente en la actualidad, porque existe un problema para saber qué hacer con niños que no siguen la norma a la perfección. Muchas veces en las escuelas se les exige a los niños que cumplan con los parámetros expuestos por la Psicología del desarrollo, olvidando que los niños también tienen tiempos subjetivos para aprender, y la desviación de la norma recae casi inmediatamente en el diagnóstico del TDAH. De igual forma, la presentación de este trastorno, está relacionado al mundo de hoy, padres que viven de prisa o que no escuchan al niño.</p> | |
| <p>Psicólogo N. 3</p> | <p>En la actualidad prima la mirada, lo que se ve, no lo que se escucha. Se ha banalizado mucho al TDAH, profesores por ejemplo, encasillan en este trastorno a cualquier tipo de sintomatología. A demás, los profesores remiten inmediatamente al niño que se desvía de la norma y lo remiten al neurólogo o psicólogo para que le dé algo y funcione. A su vez, el maestro cumple con la demanda institucional y el discurso del sistema; la sociedad de los resultados, de la eficacia y evidencias, para que todo sea productivo en términos económicos.</p> | |
| <p>Psicólogo N.4</p> | <p>El diagnóstico del TDAH tomó mucha fuerza desde que la farmacología tuvo un fuerte apogeo, además está el discurso social de que la pastilla lo cura todo. Esta es la sociedad del cansancio, de la inmediatez y el TDAH obedece a las lógicas de nuestros tiempos.</p> | |
| <p>Psicólogo N.5</p> | <p>Pienso que hay varios factores, una de las razones que influye es que ha cambiado la sociedad en la que vivimos; se han dado cambios en los roles, ha disminuido el tiempo que dedicaban antes los padres a sus hijos. En fin, hay un déficit de las personas que pueden encarnar la figura de autoridad para los niños. Otro de los factores que influyen es la preeminencia del mercado por sobre los seres humanos, las farmacéuticas son un buen negocio vender la Ritalina, y por lo tanto se promueve el diagnóstico para que se pueda realizar la prescripción de los medicamentos. También, es posible que los profesionales que se encuentran en las instituciones educativas no realicen un diagnóstico muy fino, porque me parece que con la formación de pregrado, más la influencia de los intereses económicos de las farmacéuticas y la prevalencia de la moda del TDAH, se toma muy a la ligera el diagnóstico en cuestión.</p> | |

Tabla 12 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 9. ¿Cuál es el papel de las instituciones cuando un niño presenta sintomatología hiperactiva o desatenta? Y ¿qué recomienda que debería hacer el profesorado? | | |
|---|---|--|
| Psicólogo N. 1 | La escuela es muy importante para la socialización en el niño, puede ser una tortura, o puede ser un lugar de satisfacción, donde aprender sea algo que le gratifica al niño. Asimismo, la escuela ayuda a los chicos a darles un lugar diferente del que tienen en casa. Lo que recomiendo es que los profesores deberían buscar información al respecto y crear espacios para que los niños puedan llevarse algo más allá que la implementación de normas y reglas. | <p>Análisis: Todos los participantes mencionaron que la escuela es una entidad importante para la construcción subjetiva del niño, y que a su vez es una posibilidad para darle un lugar diferente del que tiene en casa. Asimismo, todos están de acuerdo con el trabajo interdisciplinario para tratar el tema en cuestión, ya sea con el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), profesorado y padres de familia. Dos de los tres psicólogos mencionaron como opción, la adaptación curricular como estrategia para las instituciones educativas.</p> |
| Psicólogo N. 2 | Las instituciones educativas deberían realizar adaptaciones curriculares con los niños que presentan este tipo de sintomatología. Sin embargo, no todos los profesores se encuentran capacitados para trabajar con niños que necesitan otro tipo de métodos para aprender, y consideran que la adaptación curricular tiene que ver con el aumento de tareas. Situación que no aporta cognitivamente al niño y tampoco aporta a que esta sintomatología se ponga en cuestión y se replantee. La adaptación curricular tiene que ver con entender el objetivo de aprendizaje y adaptarlo al niño. | |
| Psicólogo N. 3 | La escuela es un lugar de oportunidad para el niño, y tiene una responsabilidad enorme. No solamente de educar, sino de darle una posibilidad para que el niño se constituya subjetivamente, ya que si el niño no cuenta con recursos simbólicos en el espacio familiar, la escuela sí puede ser la entidad de otorgar estructura al niño y de sostenerlo. Sin embargo, a la educación no le interesa eso, pues tiene que responder al sistema, ya que es un reproductor del mismo. Por otro lado, lo que se recomienda a la institución educativa, es que sea consecuente con el niño, por lo tanto, debería aceptar una intervención clínica a la que estén dispuestos escuchar y ser interrogados sobre el lugar que tiene la institución en el síntoma del infante. | |
| Psicólogo N.4 | El DECE tiene la obligación de hacer un trabajo de inclusión y este debe ser interdisciplinario. El docente puede hacer muchas propuestas pedagógicas. Sin embargo, la ausencia de recursos limitan mucho, sería bueno que frente a estos nuevos síntomas los profesores se eduquen al respecto; para realizar una mejor adaptación curricular, pueden brindar tutorías, presentar otro tipo de material, insertar un proceso de enseñanza más lúdico, que lo convoque y que le concierna al niño, y con esto permitirle un lugar distinto al de casa, lo que sin duda tiene efectos en su construcción psíquica. | |
| Psicólogo N.5 | No existe una sola receta, pero lo que si se necesitaría son intervenciones articuladas, tanto con el departamento del DECE, con los profesores y los padres de familia, con el fin de establecer mejores estrategias para el trabajo con estos niños. | |

Tabla 13 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 10. ¿Qué opina usted sobre la medicación en niños diagnosticados con TDAH? | | |
|--|---|--|
| Psicólogo N. 1 | La medicación no es la primera ni la única opción, ya que los fármacos tienden a callar y taponar lo que le pasa al niño, pero es muy probable que en la adolescencia el síntoma se traslade y cambie, porque nunca se escuchó lo que el niño con excesivos movimientos y con desatención quería expresar. | Análisis: Ninguno de los psicólogos clínicos está de acuerdo que la medicación sea la primera y única vía de tratamiento en niños diagnosticados con TDAH, ya que existe una variedad de alternativas para trabajar con estos niños que no implican los riesgos y efectos de la medicación. |
| Psicólogo N. 2 | La medicación es la última opción, existe otra variedad de alternativas que permiten tratar al TDAH, ya que más allá de acallar al síntoma, los efectos que trae consigo la medicación son graves, como: la obesidad, cansancio, pasividad entre otros. | |
| Psicólogo N. 3 | La medicación no es el mejor recurso en la infancia, pues tendría que ser algo muy extremo siempre y cuando se agoten todos los recursos como: la terapia de psicomotricidad, el trabajo del cuerpo, el deporte, entre otros. Existen casos de niños medicados en la infancia, que introducen ese significativo <i>droga</i> que en la adolescencia les condujo a otras adicciones. No hay ninguna evidencia que sostenga la intervención con el medicamento, más que calmar al niño, que calma por defecto al resto. | |
| Psicólogo N.4 | La medicación atenta contra los derechos de los niños, porque generalmente no se les menciona los efectos secundarios de la medicación, solo lo hacen. El niño por lo tanto, solo cumple el mandato del otro. Medicar a un niño me parece una cuestión atroz de nuestros tiempos. | |
| Psicólogo N.5 | Me parece que la medicación es riesgosa, no descarto que en ciertos casos podría ser necesaria, pero en realidad con la minoría de casos, y quizá ni siquiera necesitan la medicación que se otorga para el TDAH. Creo que medicar a un niño requiere de una compleja reflexión, pues desde mi punto de vista hay una serie de alternativas que no tiene los efectos secundarios que sí posee la medicación. | |

Tabla 14 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 11. ¿Considera que la presentación del trastorno tiene que ver con las nuevas modalidades de subjetivación que se vive en la sociedad actual? | | |
|---|---|---|
| Psicólogo N. 1 | Los momentos históricos están marcados por cambios, y esto va a tener efectos sobre el niño, la forma en la que se va a ubicar frente al adulto. Y sin duda, los cambios sociales tienen mucho que ver con las nuevas formas de sufrimiento en la actualidad | <p>Análisis: Todos los participantes están de acuerdo que la presentación del trastorno esté en relación con las nuevas modalidades de subjetivación que se vive en la actualidad. Tres de los cinco participantes, mencionaron el posible nexo del TDAH con el declive del Nombre-del-Padre, y con todo lo que este incluye, la recusación de la falta, como los nuevos roles parentales sumidos en la ausencia de la palabra, la tendencia a la felicidad perpetua, entre otros.</p> |
| Psicólogo N. 2 | El TDAH tiene mucho que ver con las nuevas modalidades de subjetivación. En el mundo de hoy, se vive en la inmediatez; la tecnología, las pocas horas que se encuentran los padres en casa, podrían explicar este trastorno, niños que necesitan aplabar y que no son escuchados como deberían. | |
| Psicólogo N. 3 | Seguramente tiene mucho que ver, porque se vive en un mundo que recusa a la castración. Se vive en un mundo de gozar, la idea de tener felicidad y una completa armonía y perfección; sin embargo, esta es una construcción puramente imaginaria. Asimismo, tiene que ver con el declive del Nombre-del-Padre porque este da cuenta de evitar la falta, creerse omnipotentes, entonces se receta al niño una pastilla para acallar su sufrimiento y que resulte “feliz” como el resto. | |
| Psicólogo N.4 | Sí, porque los síntomas van cambiando, Hay una cuestión social que baña a los discursos y determina los síntomas. En nuestra sociedad hay una grave desprotección de los niños, y se encuentran expuestos a la angustia. Habría que interrogarse sobre el declive del Nombre-del-Padre, la Ley no llega a estructurar al sujeto de la actualidad, solo se ve a la Ley como una cuestión sancionatoria y no desde lo que posibilita al sujeto. Además, en estas épocas a prisas los padres viven mucho tiempo angustiados y sobre exigidos, entonces se complica escuchar a los niños, y pasar tiempo con ellos. El déficit de atención sería a un llamado del niño para que lo miren, para que lo escuchen. | |
| Psicólogo N.5 | Hay algunos autores que mencionan que el declive del Nombre-del-Padre viene desde la época de Sigmund Freud, pero sí creo que está en relación con el TDAH, y que los cambios de los últimos años, mucho más acelerados, junto con la presencia de la tecnología; tienen efectos en la sociedad actual. Existen estudios que revelan que el uso excesivo de la tecnología está en relación con la presencia TDAH. | |

Tabla 15 Fuente: Elaborado por la investigadora Melissa Moreira M.

| 12. ¿Cuál es su forma de intervención clínica con un niño diagnosticado con TDAH? | | |
|---|---|--|
| Psicólogo N. 1 | Tomando en cuenta que los niños con TDAH no toleran la frustración, son niños de la inmediatez, uno de los métodos que se puede realizar en terapia es instaurar un espacio para que el chico pueda elaborar cosas no dichas, ya que en el caso del TDAH, les cuesta apalabrar aquello que viven en su entorno. | Ninguno de los cinco psicólogos clínicos tiene un solo método de intervención para el trabajo clínico con estos niños. Sin embargo, su intervención parte de un espacio de escucha, donde el niño pueda elaborar situaciones que le aquejan. De igual forma, dos de los participantes mencionaron que trabajaron en algún momento con la relajación terapéutica propuesta por Jean Bergès. Las técnicas proyectivas y los juegos fueron otros de los recursos mencionados para el trabajo con estos niños. |
| Psicólogo N. 2 | El trabajo de la relajación ayuda mucho en estos casos, no practico exactamente el de Jean Bergès, pero si espacios que implican tiempos de silencio, respiración, y terapia por medio de juegos. | |
| Psicólogo N. 3 | La relajación terapéutica es un proceso interesante para realizar como tratamiento del TDAH, pero es importante reconocer que cada niño tiene sus propios alcances, hay unos a los que les va bien tratar de simbolizar en el dibujo, la plastilina, entre otras cosas. No tengo un solo modo de intervención, se debe hacer lo que cada niño conduce a hacer. Lo que hago en mi consulta privada es hacerles elegir un solo juguete, porque de este modo les conduzco a comprender que no pueden tenerlo todo, ya que sí tienen todo en la mirada de la madre, y de alguna forma este trabajo termina siendo de corte. | |
| Psicólogo N.4 | He trabajado con elementos de Jean Bergès de la relajación terapéutica. Los niños siempre responden bien a la regla psicoanalítica de hablar sobre lo que les pasa. De igual forma, uso técnicas proyectivas, dibujos, crear cuentos, entre otros. | |
| Psicólogo N.5 | Trabajo en la escucha psicoanalítica por medio del juego. En ciertas ocasiones me he reunido con el personal de las escuelas con los cuales he elaborado informes con recomendaciones para los niños. Asimismo, suelo reunirme con los padres para encontrar otras alternativas de actividades que ayudaría a los niños a mejorar la atención y la hiperactividad. | |

4.6. Análisis de resultados

Los cinco psicólogos clínicos, se mostraron interesados en la problemática propuesta y mostraron experiencia teórica en los conceptos psicoanalíticos, además de haber tenido varios casos clínicos relacionados con el TDAH en su práctica profesional.

Los temas trabajados en cada una de las preguntas tuvieron en su mayoría similitud y concordancia entre todos los participantes. Todos los entrevistados coincidieron en mencionar que el TDAH es un síntoma de la actualidad que intenta ser explicado desde las neurociencias, sin embargo no alcanza las evidencias para ser demostrado. Además, de enfatizar en la importancia del contexto y de tomar en cuenta la subjetividad de cada caso, ya que desde la teoría psicoanalítica se entiende que existen diferentes problemáticas que generalmente son agrupadas en este mismo trastorno.

De igual forma, se mencionó que las clasificaciones psicopatológicas son una respuesta rápida ante esta problemática, que no hace más que cosificar al niño, dejando de lado su subjetividad. A su vez, esta perspectiva de la inmediatez conlleva como primera vía de tratamiento a la medicación. Una cuestión importante en el análisis de las entrevistas fue que todos los participantes, sin excepción, están en desacuerdo con la utilización de medicamentos para tratar el TDAH, ya que la medicina obtura la palabra del niño, además de los gravísimos efectos secundarios que trae consigo. De esta forma, todos los participantes supieron explicar que existe una variedad de alternativas distintas para trabajar con estos niños.

La pregunta que más tuvo discrepancia fue la número 7. (¿Considera que el TDAH puede ser entendido como un acting-out o un pasaje al acto, Por qué?), ya que cuatro de los cinco participantes mencionaron que el TDAH podría estar relacionado al acting-out, uno de ellos relacionó esta sintomatología con ambos conceptos (acting-out y pasaje al acto). Sin embargo uno de los psicólogos mencionó que es complejo poder hablar de estos temas en relación al TDAH ya que se trata de niños en estructuración, puesto que no son sujetos formados en su totalidad. Por último, uno de los participantes no encontró relación del TDAH con ninguno de los conceptos, entendiéndolo solamente como una cuestión sintomática. Cabe destacar que esta pregunta incluye conceptos psicoanalíticos lacanianos y que uno de los participantes maneja la teoría psicoanalítica desde el campo freudiano.

Gracias a los datos obtenidos en esta investigación, se pudo evidenciar que no existe una sola relación materna para identificar al niño con TDAH, pues siempre hay que recurrir al caso por caso. Sin embargo, la madre cumple una función muy importante, ya que es quien inscribe los significantes en su cuerpo, permitiendo que el niño se apropie del mismo. La madre por su parte, permite la entrada del tercero o del padre, función necesaria para la estructuración psíquica del infante, pues gracias a este, se dará un corte, una privación e inhibición en la relación tan cercana con la madre, instaurando en el niño normas y leyes que le permitirán hacer lazo social.

Por otra parte, otro de los datos importantes recogidos en la investigación, es que todos los participantes están de acuerdo en situar al TDAH como uno de los modos actuales de subjetivación, ya que la caída de referentes trae consigo efectos como: cambios en la autoridad, el uso de la farmacología como primera alternativa, la clasificación y cosificación, entre otros.

CONCLUSIONES

Las conclusiones fueron realizadas en base a los objetivos propuestos en la investigación.

- La aparición del síntoma tiene sentido en el vivenciar del sujeto, de esta manera se entiende que el TDAH quiere decir algo con su aparición. Al comprenderlo únicamente desde la perspectiva psicopatológica se tiende a cosificar al sujeto, apartando la cadena de significantes que lo constituye. A su vez, la comprensión sintomática del TDAH, le da otra posibilidad al niño y a su familia para darle sentido a la hiperactividad y la falta de atención. De igual forma, permite a los profesionales buscar otras vías de tratamiento más allá de la medicación, la misma que trae consigo efectos secundarios perjudiciales para el desarrollo del niño.
- Si bien no existe una única relación materna del niño con TDAH. La madre cumple una función muy importante en los primeros momentos de subjetivación en el infante. Una madre transivista es aquella que es capaz de inscribir significantes en el cuerpo del niño, organizándolo y otorgándole límites. Por otra parte, el síntoma del niño puede verse relacionado con el fantasma materno, donde este sigue en posición de *objeto a*. En el caso del TDAH, parece que no existe un corte en esta relación tan cercana con la madre, lo que se explica en la excesiva mirada de esta hacia el niño hiperactivo, y este como defensa se mueve para librarse de ella. Por otro lado, el déficit de atención parece venir de parte del Otro, quien generalmente es la primera cuidadora, la madre. La falta de atención da cuenta de niños que no son escuchados por el Otro y por lo tanto no pueden escucharlos tampoco, no se ubican, no se encuentran, no han sido llamados e inscritos por la madre.
- Al niño con TDAH le cuesta apalabrar aquello que le aqueja, es por esto que la acción está por encima del uso de la palabra, y esto puede notarse en su relación con el acting-out y el pasaje al acto. Ambas son formas de defenderse ante la angustia, ante una angustia que no puede ser dicha, más que expresada en excesivos movimientos y falta de atención.

- En la actualidad el TDAH es uno de los trastornos de cajón en la infancia, ya que el discurso de la posmodernidad apunta a “normalizar” al sujeto. Con el nuevo legado de gozar sin límites, se tiende a buscar la felicidad eterna, ignorando el sufrimiento inherente de todo sujeto-humano, tal razón explica la preeminencia de los nuevos modos de entender y tratar el mal-estar, como en el caso del trastorno en cuestión. El declive del Nombre-del-Padre, da cuenta de las nuevas formas de recusar a la castración y de creerse omnipotentes, la farmacología entonces, es el tratamiento prominente para el TDAH, “rápido y eficaz”. Sin embargo, obtura el malestar del niño para mantenerlo “tranquilo” y “funcional” para el sistema económico actual. Para concluir, parece ser que el TDAH responde al discurso de la actualidad, donde la primacía está en los intereses del mercado y no en el sujeto, el lugar de la autoridad ha cambiado y el uso de la tecnología está sobre el uso de la palabra.

RECOMENDACIONES

- Es importante cuestionar desde otra perspectiva al TDAH, tanto para los profesionales psicólogos clínicos, maestros y padres de familia. Ya que tener una comprensión sintomática de la hiperactividad y la falta de atención, permite escuchar de una manera distinta el sufrimiento del niño, y por lo tanto, buscar alternativas diferentes a la medicación.
- Se hace importante tomar en cuenta que la relación de madre e hijo en los primeros momentos de subjetivación del infante tienen relación con su desarrollo posterior. Lo importante no es el tiempo que pasan juntos sino la calidad de este. Darle importancia al transactivismo es menester, momento en el cual las madres apalabran el cuerpo de sus hijos, para organizarlo y otorgarle límites, para hacer que sus hijos sientan como suyo propio su cuerpo.
- Asimismo, una de las recomendaciones con niños hiperactivos y desatentos sería justamente escucharlos, darles la oportunidad de apalabrar aquello que están transmitiendo en el cuerpo, con excesivos movimientos o con incapacidad para poder sostener la atención, ya que ambas modalidades se pueden entender como un llamado al Otro.
- De igual forma, se recomienda el trabajo interdisciplinario cuando un niño es diagnosticado con TDAH, ya que por medio de la adaptación curricular, la escucha y trabajo clínico, junto con el involucramiento de los padres, se pueden obtener mejores resultados para la comprensión del lugar que ocupa el TDAH en la vida del niño.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington VA.
- Berenstein, I. (1976). *El complejo de edipo: estructura y significación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bergès, J. (1998/2010). *Los niños hiperkinéticos*. (F. Jaramillo, Trad.)
- Bergès, J., & Balbo, G. (1999). *Sobre el transactivismo: el juego de los lugares de la madre y el niño*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Bergès-Bounes, M. (2016). *Clínica psicoanalítica con niños: anudamiento cuerpo-lenguaje*. Quito: Rimana.
- Carbajal, M. (10 de 06 de 2007). *Página12*. Obtenido de <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-86337-2007-06-10.html>
- Carbone, V. (14 de 08 de 2002). *PsicoMundo Argentina*. Obtenido de http://www.psicomundo.com/argentina/alvear2002/carbone.htm?fbclid=IwAR05VLpOaV89CWUwdVuUmEj8Lz-Zxkep6ALHGLqcNmZ-4jWjeLol_mtIUxU
- Chemama, R & Vandermersch, B. (1996). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cueva Rubio, M. A. (2015). *El Déficit de Atención desde el Psicoanálisis, del Trastorno al Síntoma*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5849/1/T-UCSG-POS-PSCO-39.pdf>
- De Ajuriaguerra, J. (1976). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson, S. A.
- De Neuter, P. (1992). Funciones paternas y nacimientos del sujeto. En G. Naranjo, *Trayectoria* (págs. 102-123). Quito: Rayuela Editores.

- Díaz Atienza, J. (2006). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Perspectiva biopsicosocial*. Obtenido de <https://diazatienza.es/TDAH/historia.pdf>
- Dufour, D.-R. (2007). *El arte de reducir cabezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Fabeiro Cabaleiro. (1993). Semblanza del profesor Julián De Ajuriaguerra. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89-91.
- Fominaya, C. (03 de 11 de 2015). *ABC EDUCACIÓN*. Obtenido de https://www.abc.es/familia-educacion/20131029/abci-maria-acaso-reduvolution-201310281621.html?fbclid=IwAR11J8OtzgWXlAIXhtmlLBR18UuD-MeqZ3wIDi7Dfy5cp--PhGK1_1jnqRiA#ns_campaign=rrss-inducido&ns_mchannel=abc-es&ns_source=fb&ns_linkname=noticia.foto&ns_fee=0
- Freud, S. (1916-1917/1976). Conferencia 17: El sentido de los síntomas. En S. Freud, *Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III)* (Vol. XVI, págs. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu Editores S.A.
- Freud, S. (1917-1916/1963). *Presentación Autobiográfica. Inhibición, Síntoma y Angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras* (Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu editores S.A.
- Harari, R. (1993). *El Seminario "La angustia", de Lacan: una introducción*. Buenos Aires: Amorrortu editores, S.A. .
- Hoffmann, H. (1987). *Der Struwwelpeter*. (V. Canicio, Trad.) Palma de Mallorca: José J. de Olañeta.
- Janin, B. (2006). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la comolejidad de las determinaciones. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente: revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 83-109.

- Janin, B., Slapak, S., Bleichmar, S., Rodulfo, M., Tallis, J., & Benasayag, L. (08 de 09 de 2005). *Página12*. Obtenido de <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-56175-2005-09-08.html>
- Kammerer, P. (1996). *Violencia e insituciones en la adolescencia (Trabajar a partir de los pasajes al acto)*. París.
- Lacan, J. (1936/2009). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos 1* (págs. 99-105). México: Siglo XXI S.A.
- Lacan, J. (1953/2009). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis . En J. Lacan, *Jacques Lacan escritos* (págs. 231-309). México: Siglo XXI editores, S.A.
- Lacan, J. (1957-1958/1999). *El seminario de Jacques Lacan: libro5: La formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1958/1999). Los tres tiempos del edipo. En J. Lacan, *El Seminario V: Las formaciones del Inconsciente* (págs. 185-202). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1962-1963/2007). *El seminario de Jacques Lacan: Libro 10: la angustia* . Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1969/1988). Dos notas sobre el niño. En J. Lacan, *Intervenciones y textos 2* (págs. 55-59). Buenos Aires: Ediciones Manantial S.R.I.
- Lavagnino, N. J., Barbero, S., & Folguera, G. (2018). Caracterización, alcance y dificultades de las "bases biológicas" del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) Un enfoque desde la Filosofía de la Biología. *Revista de Saúde Coletiva*, 1-32.
- Marcelli, D., & De Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Melman, C. (2005). *El hombre sin gravedad: Gozar a cualquier precio: entrevista con Jean Pierre Lebrun*. Rosario: Editorial de la Universidad Nacional de Rosario .

- Moyano Walker, J. M. (2004). *ADHD: ¿enfermos o singulares? una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención*. Buenos Aires: Editorial Distribuidora Lumen SEL.
- Muñoz, P. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto : de la psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Manantial SRL.
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Navarro Gonzáles, M. I., & García Villamosar, D. A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 23-36.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Parellada, M., Moreno, D., Sipo, L., & Ponce, G. (2009). *TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Madrid: Alianza Editorial.
- RAE. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <http://www.rae.es/>
- Rey, C. (2012). Pedro Melenas el terror de las neuronas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 877-887.
- Safouan, M. (1988). *Angistia, Síntoma, Inhibición*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Salamano, R. (2015). Encefalitis de Von Economo (encefalitis letárgica o epidémica). Una enfermedad misteriosa. *Prensa Médica Latinoamericana*, 154-157.
- Sánchez, P. A. (1987). *Evolución y Contexto de la Práctica Psicomotriz*. Murcia: Compobell, S. A. .
- Sanfeliu, I. (2011). *La hiperactividad: La acción inagotable*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L. .

Soler, C. (2007). *Finales de análisis*. Buenos Aires: Ediciones Manantial S. R. L.

Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Revisión profesional: ¿Qué hemos aprendido sobre las causas del TDAH? *Revista de Psicología Infantil y Psiquiatría y Disciplinas Afines*, 3-16.

Ubieto, J. R. (2014). *TDAH: hablar con el cuerpo*. Barcelona: Editorial UOC.

ANEXOS

Anexo 1: Tabla de perfiles profesionales de entrevistados

| Número | Nombre | Sexo | Lugar | Experiencia profesional |
|--------|-------------------|-----------|---|---|
| 1 | Psicólogo N. 1 | Masculino | Consultorio privado | Se graduó en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador como Psicólogo Clínico. También se formó en la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados en Buenos Aires. Realizó su especialización en psicoterapia con adultos; sin embargo trabaja con niños, adolescentes y adultos. Tiene una formación en filosofía y en total posee 31 años de experiencia clínica. De igual forma, trabajó en el Hospital de Agudos Juan Fernández en Buenos Aires, y en una institución metalúrgica en sectores donde había riesgos o accidentes, desde una intervención clínica de orientación psicoanalítica. Colaboró varios años en una fundación de niños y adolescentes. Actualmente, atiende la consulta privada y pertenece al grupo de Psicoanálisis Quito. |
| 2 | Psicólogo N. 2 | Femenino | Oficina 5to piso de la Facultad de Psicología | Se graduó en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, como Psicóloga Clínica. Hizo su formación psicoanalítica en España en el Instituto del campo freudiano. Actualmente participa de los carteles de <i>a..b..c..dario Freud-Lacan</i> , es docente de la PUCE. Atiende la consulta privada, desde hace 10 años, con adultos, niños y adolescentes. Trabaja en su mayoría con casos de violencia y con niños con problemas en la escolaridad. |

| | | | | |
|----------|-------------------|----------|--|---|
| 3 | Psicólogo N. 3 | Femenino | Aula 5to piso de la Facultad de Psicología | Se graduó en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, además de ser docente en la misma institución, atiende su consulta privada. Tiene 18 años de experiencia activa en la práctica clínica. Su formación es psicoanalítica y pertenece a la Asociación <i>a..b..c..dario Freud-Lacan</i> . |
| 4 | Psicólogo N. 4 | Femenino | Residencia | Es Psicóloga Clínica por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estudió un diploma superior en Psicoanálisis y Prácticas Socioeducativas: Abordajes y Malestares Actuales en la FLACSO de Argentina. Estudió una Maestría en Salud Mental y Clínica Social y otro en Docencia Universitaria. Trabajó muchos años en escuelas y colegios, también fue profesora de la Universidad de Loja. Trabajó en el Ministerio de Educación y construyó algunas políticas públicas, el modelo de funcionamiento del Departamento de Consejería Estudiantil, los protocolos y rutas de actuación en casos de violencia, el modelo de orientación vocacional. También trabajó en la fiscalía como Psicóloga Clínica en el Sistema de Protección de Víctimas y Testigos. Actualmente trabaja en la Secretaría Técnica del Plan Toda Una Vida, coordina la Misión Mujer, y a su vez, trabaja en la Consulta Privada. |
| 5 | Psicólogo N. 5 | Femenino | Oficina 5to piso Facultad de Psicología | Es docente de la PUCE y trabaja en consulta privada.. Pertenece al grupo de Antropología Psicoanalítica y tiene 21 años de experiencia. Desde que egresó trabajó en un proyecto de niños que estaban en situación de trabajo infantil. También ha trabajado en centros de atención interdisciplinaria para niños, adolescentes y adultos en situación de vulneración de derechos. |

Anexo 2: Modelo del Consentimiento Informado

Yo, Melissa Mishell Moreira Mera, estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, con CI: 080281760, me encuentro trabajando en mi disertación previa al título de psicóloga clínica titulada: “Lectura Psicoanalítica del llamado déficit de atención con hiperactividad” Estudio realizado a cinco psicólogos clínicos de orientación psicoanalítica en la ciudad de Quito, en el año 2018.

La participación en este proyecto de investigación es voluntaria, y puede decidir retirarse incluso después de haber realizado la entrevista, la misma que tendrá una duración aproximada de 30 a 60 minutos, y se realizará una grabación de voz de la misma.

Las preguntas estarán basadas en conceptos psicoanalíticos que podrían explicar lo que se conoce como Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y la información que se recopile será utilizada únicamente para analizar y corroborar la parte teórica de la investigación. También será parte de la entrevista una síntesis de su trayectoria profesional, la que incluirá: estudios cursados, años de experiencia, y asociaciones a las que pertenece si fuera el caso. Puede realizar preguntas en este momento o después de la entrevista.

Por otra parte, el director de esta disertación es el MSc. Francisco Jaramillo quien es docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, si desea comunicarse con él, puede hacerlo por este medio: [hjaramillot.@puce.edu.ec](mailto:hjaramillot@puce.edu.ec)

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo,.....con CI.....
he leído el documento del consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones mencionadas acerca del aporte de esta entrevista en la disertación titulada: “Lectura psicoanalítica del llamado déficit de atención con hiperactividad”. De igual forma, comprendo que se realizará una grabación (únicamente de voz) de la entrevista, con el fin de no perder ningún detalle de aquello que se mencione. También he sido informado/a que en cualquier momento sin necesidad de explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. Tomando en consideración todo lo antes mencionado, CONSIENTO participar en esta entrevista.

Quito,..... de de 20.....

Firma

Anexo 3: Modelo de entrevista

¿Qué títulos académicos posee?

¿A qué se dedica?

¿Cuántos años de experiencia tiene trabajando como psicólogo clínico?

¿Cuál es su formación?

¿Pertenece a alguna asociación de psicólogos?

1. ¿Qué es para Ud. el TDAH?
2. ¿Por qué es importante reconocer al TDAH como síntoma en nuestros días?
3. ¿Qué efectos trae consigo las clasificaciones expresadas en los manuales, en este caso específico del TDAH?
4. ¿Cuál es la relación materna que usted considera tiene el niño con TDAH y qué efectos trae consigo en su estructuración subjetiva?
5. ¿Qué sabe usted del transactivismo y su relación con el TDAH?
6. ¿Cuál es el papel del padre o del tercero en el caso del niño con TDAH?
7. ¿Considera que el TDAH puede ser entendido como un acting-out o un pasaje al acto, Por qué?
8. ¿Por qué cree Ud. que el diagnóstico del TDAH es tan recurrente en la actualidad?
9. ¿Cuál es el papel de las instituciones cuando un niño presenta sintomatología hiperactiva o desatenta? Y ¿qué recomienda que debería hacer el profesorado?
10. ¿Qué opina usted sobre la medicación en niños diagnosticados con TDAH?
11. ¿Considera que la presentación del trastorno tiene que ver con las nuevas modalidades de subjetivación que se vive en la sociedad actual?
12. ¿Cuál es su forma de intervención clínica con un niño diagnosticado con TDAH?