



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Apuntes desde la
subjetividad.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

José Eduardo Pallares Campos

Directora: Mtra. **Blanca Estela Zardel Jacobo Cupich**

Dictaminadores: Dra. **Leticia Hernández Valderrama**

Lic. **Emiliano Lezama Lezama**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Mayo 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Para Yuri: Por acompañarme durante este recorrido, por tu ayuda incondicional, sugerencias y correcciones.

Pero sobre todo por el inagotable amor y la ternura que me regalas cada día.

U.P.Y.D.M/S.T.

AGRADECIMIENTOS

A Zardel por la paciencia y por compartirme sus ideas. Mi total respeto y admiración. Eres para mi ejemplo de vida y trabajo.

A todos los asesores, a toda mi familia y amig@s.

ÍNDICE

RESUMEN	2
ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1	
HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN. RECORRIDO HISTÓRICO.	16
1.1 Historia	16
1.1.1 Degeneración moral	18
1.1.2 Freud y la infancia	22
1.1.3 Síndrome hiperkinético y lesión cerebral mínima	24
1.1.4 Disfunción cerebral mínima	27
1.2 Hiperactividad y desatención en el DSM	27
CAPÍTULO 2	
APROXIMACIONES A LA HIPERACTIVIDAD	33
2.1 Enfoque médico	34
2.1.1 Déficit de dopamina	34
2.1.2 Herencia y TDAH	35
2.1.3 Déficit dopamínico y psicofarmacología	37
2.1.4 Otros factores	40
2.2 Enfoque conductual	40
2.3 TDAH en México	43

2.3.1 Diagnosticar y medicar	46
2.3.2 La familia en movimiento	47
2.4 La escucha psicoanalítica	48
2.4.1 Imagen corporal, constitución del sujeto y TDAH	50
2.4.2 La angustia en escena	59
2.4.3 Juego e hipermovilidad	62
2.4.4 Inadecuación escolar	63
CAPÍTULO 3	
POSMODERNIDAD E INFANCIA	69
CAPÍTULO 4	
DIAGNÓSTICOS EN LA INFANCIA. EL TDAH Y LA DERROTA DEL SUJETO	78
4.1 El TDAH en el DSM IV-TR. Objeciones epistemológicas y éticas	79
4.2 ¿Clasificación de lo natural?	86
4.3 El psicoanálisis frente al diagnóstico	102
CAPÍTULO 5	
LA INFANCIA ANORMAL COMO ESTIGMA	106
5.1 Genealogía de la anormalidad	106
5.2 Configuración del alumno anormal	110
5.3 Modos de incidencia sobre la infancia anormal	114

CAPÍTULO 6	
DISCURSO DE LA CIENCIA: MITOLOGÍA CEREBRAL, BIOPOLÍTICA Y PSICOFÁRMACOS	120
6.1 Los trastornos de la infancia ante la biopolítica	120
6.2 El TDAH frente al discurso de la ciencia	126
6.3 Silenciando síntomas: TDAH y psicofármacos	128
6.4 Medicina y disciplina	130
6.5 Psiquiatrización de la infancia	133
6.6 La apuesta por el deseo	136
CONCLUSIONES	138
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
ANEXOS	153

RESUMEN

Este trabajo se ubica en la línea que prioriza la subjetividad a la hora de analizar las patologías infantiles y reclama que el psicodiagnóstico infantil no debe encasillarse en la adecuación a categorías estandarizadas. Se propone pensar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde el contexto histórico que le da origen para dar cuenta de que su surgimiento corre a la par de teorías como la degeneración, el darwinismo social y el descubrimiento de las leyes genéticas, mismas que van sirviendo como soporte para su conformación. Este análisis permitirá también observar una continuidad entre los distintos momentos que dan cuenta del Trastorno (el pasaje del degenerado moral, a la noción de daño cerebral, lesión cerebral mínima y hasta la denominación TDAH), toda vez que el avance de las neurociencias se afianza en la actualidad como “discurso oficial”, y va de la mano con el perfeccionamiento de técnicas correctivas del comportamiento. Pero el TDAH también tiene que ser leído a la luz del auge de la farmacología conductual. Pues de la creencia de que hay una afectación del orden bioquímico o genético que ocasiona en los niños dificultad para atender y permanecer quietos, con el consecuente fracaso en la escuela y la dificultad de los padres para relacionarse con ellos, surge la promesa y oferta desde la psicofarmacología de corregir y eliminar dichos síntomas a la velocidad e inmediatez que los tiempos exigen. Proponemos una revisión crítica de las implicaciones de los diagnósticos emanados del DSM IV-TR, y también de las nociones de normalidad y anormalidad. Pretendemos que el debate en torno al tema que nos ocupa se construya atendiendo más allá de la mera observación sintomática y el encierro químico (que es encierro teórico también). Así, desde las distintas líneas que la problemática nos plantea nuestra propuesta es ver en el cuerpo no sólo huesos y órganos, sino un cuerpo de deseos, donde el malestar hace síntoma, y donde se muestra la inadecuación y la singularidad del sujeto.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la problemática psicológica más común entre la población infantil. La explicación más difundida y con más adeptos es que se trata de una afección neuropsiquiátrica que afecta a aproximadamente 5% de la población infantil y adolescente. “En el Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención 2001-2006” realizado por la Secretaría de Salud (2002) se detallaba que en nuestro país existían un millón y medio de niños y adolescentes con esta dificultad. Lo cierto es que la cifra aumenta constantemente, hemos visto en los últimos años intentos desesperados desde distintos campos por hacer frente a esta explosión.

Según los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales más utilizados, el CIE-10 (sistema de clasificación internacional propugnado por la OMS) y el sistema nacional americano DSM IV-TR (2002), -aún considerando que entre ambos existen ciertos matices de diferenciación- señalan como definitorio del TDA-H: el déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad.¹

Para este trabajo nos centramos más en el proceder del DSM dado que es el sistema de clasificación que más impacto tiene en nuestro país. El DSM a partir de su tercera edición está marcado por criterios descriptivos y por la pretensión de objetividad la cual consideramos no se cumple. Copia el proceder de la medicina clasificadora, que tiene a su vez el modelo de clasificación de las especies naturales, donde a partir de la observación se describen los fenómenos tal como se presentan a la vista. Mirada que “atraviesa el cuerpo del paciente para posarse en la taxonomía. Otra característica de la medicina clasificadora es su desconfianza o su escepticismo ante toda pregunta por las causas de lo

¹ Ver los anexos 1 y 2. A partir de aquí cuando decimos “DSM” hacemos referencia a la revisión de la cuarta versión del Manual (DSM IV-TR, 2002), a excepción de los casos en que se especifica se habla de otra versión.

observado. Procede de 'modo lógico': observa, describe, designa, clasifica" (Braunstein, N., 1980, p. 15.).

Conductas como: "dificultad para mantener la atención hasta el final de sus trabajos", "no saber priorizar las cosas importantes", "prestar atención a dos estímulos a la vez", "hablar en momentos poco oportunos y responder precipitadamente preguntas que no se le terminan de formular", "olvidar planificar", "ir de un lugar a otro sin motivo aparente", "correr o saltar en exceso", "hablar en exceso", "actuar como si tuviera un motor", etc, son descritos como comportamientos ligados al TDA-H y sin embargo parecieran más conductas consustanciales a la infancia que propias de niños con dificultades en el aprendizaje, problemas psicológicos o expresiones de una maduración cerebral deficiente o tardía, pero la actual patologización de la infancia así los interpela. En el fanatismo imaginario del equilibrio psíquico así son vistos.

Con la enumeración de estos síntomas y considerando que las nuevas versiones del DSM han agudizado una forma de concebir los trastornos mentales basándose en el cumplimiento o encasillamiento de criterios o categorías diagnósticas, olvidando cada vez más los procesos psicológicos mismos, existe una dificultad para establecer un diagnóstico del TDAH claro y conforme más se difunde el uso del término mas son las conductas que intentan englobarse bajo esta etiqueta. Como todo tema psicológico puesto democráticamente en el debate público ha acarreado una miríada de versiones que incluso hacen dudar de la existencia real del Trastorno.

Si sólo se diagnostica por la presencia de conductas hiperactivas, impulsivas y de inatención se corre el riesgo de encuadrar a niños con patologías de otra índole. El DSM a partir de síntomas que insisten crea entidades clínicas desadaptadas. Y sin embargo la práctica lo desmiente. La labilidad de los criterios descritos provoca múltiples confusiones; los síntomas de desatención a menudo se confunden con otros trastornos descritos en el DSM, por ejemplo, con comportamiento perturbador, trastorno de ansiedad, del estado de ánimo, etc. House (2003) observa también una comorbilidad del TDAH con Trastornos del aprendizaje,

Trastorno desafiante, y los Trastornos del estado de ánimo. Una alta concordancia también con el Trastorno negativista desafiante en niños que cumplen con los ítems especificados para el TDAH. Una asociación entre los Trastornos de aprendizaje y el predominio de déficit de atención (p. 103).

El DSM es realizado para “facilitar” el trabajo diagnóstico, gran parte de los ítems que dan forma a un trastorno aparentan ser “claros”; pero figuran como signos tan específicos como confusos, descripciones que soslayan causas. Y sin embargo tienen sobresalientes sesgos, pues aún cuando no lo quieran se pone en juego la subjetividad del observador. Como esta clasificación no admite fallas, siempre hay una categoría para lo que no es claro, para encuadrar lo inclasificable y para abrir los márgenes. Para ello crean los “trastornos no especificados”.

Nos interesa analizar críticamente los criterios utilizados para el diagnóstico del TDAH, consideramos necesario conocer cuales son los fundamentos de dicho sistema de clasificación y sus implicaciones en la práctica clínica, así como su impacto en la subjetividad.

Consideramos necesario tomar una posición frente a la tendencia a medicalizar el trastorno una vez que la postura de las neurociencias parece entronizarse y permear el imaginario popular de salud, y también recalcar que el sujeto que sufre reclama ser escuchado y que la escuela no ha podido ni querido hacerlo, busca recetas que la ayuden a controlar, normalizar, acallar; y en esto se colude o encuentra tranquilizador el discurso de la ciencia.

Lejos de poner en duda la existencia del trastorno nos manifestamos en contra del sobrediagnóstico, de las generalizaciones, de la marca indeleble que podría significar un diagnóstico invalidante y de la medicación como primera opción sin que se hayan agotado y estudiado las posibilidades para evitarla.

Los cuerpos malformes, de escasa productividad escolar, de inteligencia limitada contradicen las representaciones ideales y ponen en duda la imagen de la completud. A lo que se hace frente de diversas formas: ignorando, sobreprotegiendo, con compasión, vigilando o medicando. Formas que intentan

poner a salvo de la angustia que causan los diferentes, los desordenados, la horda de desterrados de las normas, objetos de corrección de los profesionales encargados de ordenar lo desviado.

Estos ideales son históricos, siendo cambiante el “deber ser” en distintas épocas. Por eso consideramos que de no reflexionar y ser cuestionados estos ideales de normalidad se avanza hacia mecanismos excluyentes y discapacitantes. El ideal de integración que no duda ante las marcas de lo normal subvierte su propósito, toda vez que centrado en intervenciones que buscan enmendar y corregir sostenidas por la idea del “bien hacer” y el “bien decir” niegan la diferencia y se oponen a la ética que se centra en la singularidad que encierra el simplemente hacer y decir.

Los estereotipos del buen alumno, de la correcta conducta en la actualidad son representaciones sociales que al no cumplirse estigmatizan a los niños y con frecuencia los profesionales implicados no logran escapar a este discurso de representaciones ideales ideologizadas.

Apoyándonos en los aportes del psicoanálisis y en otros pensadores de la subjetividad consideramos necesario revisar críticamente el proceder y el sustento del modelo dominante de explicación e intervención sobre el TDAH, el modelo neurológico, la mirada médica que resalta también factores hereditarios en la etiología del trastorno. No podemos permanecer ajenos a los cambios en la subjetividad ni a la tendencia a medicar y corregir por la vía de la modificación conductual síntomas que incomodan a padres y maestros, prácticas directivas que someten y manipulan, centradas en eliminar síntomas, pero sobre todo que intentan acallar el malestar que se manifiesta en el cuerpo robándoles la palabra.

El psicoanálisis no puede permanecer indiferente y guardar silencio ante el avance en nuestra época de las neurociencias y la ingeniería genética. Avance totalizante y en ocasiones totalitario respecto al decir del ser humano, entronizando y agotando desde el biologicismo sus determinaciones. Hoy es moneda de uso común la afirmación y su aceptación de que el desciframiento del genoma humano

preverá los detalles con los que se podrá conocer el origen y la corrección de cualquier “mal”. El objetivo de este trabajo es anteponer una mirada y una escucha diferente que esta representada por la propuesta específica del reconocimiento del sujeto del deseo.

Las definiciones de lo “desviado anormal” establecidas a partir de una normatividad recuerda una agudización de las prácticas correctivas y excluyentes de principios del siglo pasado sobre los degenerados y los menos aptos. Con base en esto considero necesario realizar una historia crítica del TDAH, enmarcando los principales momentos que dan cuenta de ella (el pasaje del degenerado moral a la noción de daño cerebral, lesión cerebral mínima, hasta llegar a la denominación del TDAH) en un contexto de producción que explique en que están basados los estándares de anormalidad en cada pasaje. Podremos darnos cuenta así de que las ideas de la degeneración, el darwinismo social, y el descubrimiento de las leyes genéticas corren a la par de la conformación del Trastorno, pudiendo observarse una continuidad, toda vez que el avance de las neurociencias se afianza en la actualidad como “discurso oficial”, y que va de la mano con el perfeccionamiento de técnicas correctivas del comportamiento, y que además cobran sentido y validez en tanto brindan una respuesta de modificación comportamental aparentemente instantánea, acorde a las exigencias que demanda la época. De esto nos ocupamos en el primer capítulo.

En el segundo capítulo se revisan tres aproximaciones sobre el TDAH. El enfoque médico, el conductual y el psicoanalítico. El primero señala como factores ligados a la etiología del TDAH alteraciones bioquímicas; factores hereditarios y alteraciones del funcionamiento cortical, un funcionamiento defectuoso de los circuitos de los ganglios basales, región cerebral reguladora de la inhibición de las respuestas. Respecto a esta aproximación tampoco parece haber consenso y el diagnóstico frecuentemente se sustenta en sospechas. Aunque no hay acuerdo si parece existir la certeza de que hay algo del funcionamiento cerebral alterado, o algo del orden de la herencia que tendrá que ser debidamente detectado. De cualquier forma el desacuerdo valida y legitima la espera de futuras innovaciones.

Posteriormente revisamos el enfoque conductual, creemos que lejos están los tiempos en que el conductismo tomaba un protagonismo para hablar del origen de los que denominaba como comportamientos disfuncionales, en la actualidad ha cedido en gran medida su explicación a las neurociencias para sólo en un segundo momento fungir como técnica de corrección, acompañada o no de la administración farmacológica. Estas dos perspectivas corren a la par, acompañándose bajo el esquema de estigmatización de la que consideran infancia y conducta anormal, de ello se desprende la necesidad de corrección hacia comportamientos adaptativos.

De la creencia que hay una afectación del orden bioquímico o genético que ocasiona en los niños dificultades para atender, permanecer quietos, con el consecuente fracaso en la escuela y la dificultad de los padres para relacionarse con ellos, surge también la promesa y oferta desde la farmacología conductual para corregir y eliminar dichos síntomas a la velocidad e inmediatez que los tiempos lo exigen.

Podemos decir que anima el desarrollo de este trabajo una toma de partido y una discusión respecto a estas aproximaciones. Proclives y defensoras de la triada: diagnóstico, medicación y modificación conductual.

En el segundo capítulo también hacemos algunas consideraciones sobre el TDAH desde el psicoanálisis. Lejos de tener una explicación única y siendo fieles al caso por caso en el que se sostiene el descubrimiento freudiano retomamos algunos comentarios extraídos de la casuística de algunos autores; creemos que un aire común (al que nos sumamos) alienta sus propuestas y es el que queremos rescatar para este trabajo: una alerta respecto al uso del diagnóstico que viene a designar al sujeto, donde el diagnóstico viene a ocupar el lugar del sujeto, a hablar por él, diagnóstico coagulante. Desmarcarse de esta práctica deviene en consecuencias clínicas importantes, toda vez que se abre un espacio para nuevas significaciones de los síntomas, para resignificar y apalabrar el malestar que en el cuerpo, y en el exceso de movimiento se presentifica. Es encontrarse con él en un lugar diferente fuera del signo que lo representa (“soy tonta”, “soy hiperactivo”,

“soy down”, etc.). Otro punto central aquí es considerar los denominados trastornos en la infancia como resultantes del proceso de constitución subjetiva. Por ello desarrollamos las tesis sobre la conformación del sujeto, sujeto de la cultura, del lenguaje, del deseo, del inconsciente. Lo que nos servirá para entender conductas ligadas al TDAH enmarcadas en el transitar del niño a través del Otro para instituirse sujeto, en el entendido que esta relación ya es angustiante de por sí.

El sujeto se deja ver en el sufrimiento y la angustia que se muestra en síntomas ligados al TDAH, y desde la mirada empeñada en diagnosticar comportamientos que en conjunto designan Trastornos; es precisamente el sufrimiento lo que se desatiende. La clasificación de niños a partir de lo que no pueden hacer: “permanecer en su lugar”, “respetar turnos en el juego”, “obedecer instrucciones”, etc., ignora que en el movimiento dan muestras de estar presentes. “El movimiento alocado encarna la angustia sin nombre, se erotiza en más la motricidad, el goce, el sufrimiento, entra en juego en el movimiento corporal” (Levin, 2004, p. 94). Imposibilitado el hablar y el jugar se propone desde el psicoanálisis la historización del padecimiento y la escucha de la angustia en contraposición a la concepción que ve signos sin historia y sólo marcas aisladas que rompen (desde su mirada) la línea recta del desarrollo psíquico.

En este apartado lejos de intentar dar respuestas, nos interrogamos más allá de la mera observación sintomática y del encierro químico que es encierro teórico también. Resaltamos que lo que está en juego en la hiperactividad no es el cuerpo-órgano, es un cuerpo poroso, de agujeros por donde circula el inatrapable deseo, consideración soslayada por la teología positivista en que descansan las neurociencias y la tecnología conductual, que ven sólo en el cuerpo huesos y cerebro.

A partir de la elaboración del segundo capítulo tenemos los elementos para discutir las implicaciones y consecuencias de las aproximaciones expuestas sobre el TDAH, reconociendo por qué algunas se afianzan como voces incuestionables en el decir sobre diferentes problemáticas infantiles.

El tercer capítulo podemos considerarlo la contextualización, las implicaciones de la época en la subjetividad, el suelo nutricional que explica la aparición o el auge de diversos síntomas. Diferentes teorizaciones sobre la posmodernidad se han realizado desde hace más de cuatro décadas. El concepto acarrea una miríada de problemáticas que no serán motivo de discusión. Nos centramos en las observaciones que respecto a la época ha desarrollado Dany-Robert Dufour (2007). Hablamos de posmodernidad en el entendido de que asistimos al derrumbe de los grandes referentes simbólicos y que esto acarrea consecuencias a nivel subjetivo. Pudiendo verse sus efectos en el ámbito escolar y familiar en donde hemos sido testigos de la aparición de inéditos malestares en las últimas décadas.

En el cuarto capítulo analizamos las consecuencias del diagnóstico que se sustenta en la adecuación a parámetros universales, a la agrupación de conductas para designar un trastorno. Anteponemos objeciones éticas y epistemológicas a la mirada que designa y anormaliza comportamientos. Revisamos aquí los fundamentos teóricos del DSM, haciendo notar algunas modificaciones de las distintas versiones, así como las inconsistencias que respecto al TDAH muestra, además de mostrar que hay señalamientos que el Manual hace y que son frecuentemente ignorados por sus usuarios.

Consideramos de efectos iatrogénicos desastrosos que se quiera diagnosticar y medicar basándose simplemente en la observación de criterios conductuales, como también que se intente legitimar las intervenciones farmacológicas y conductuales, o la existencia misma del Trastorno haciendo uso de exámenes neurológicos, aún cuando no pocas veces se muestran inespecíficos. La propuesta desde la ciencia y su pasión de saber es un intento de responder a la demanda contemporánea de eliminar el sufrimiento a toda costa universalizando los tratamientos; y si es un exceso que el recurso sea el mismo para todos, mayor lo es incluir en estos criterios a niños cada vez más pequeños (niños de 2 años medicados con metilfenidato). La simulación que representa creerse un observador imparcial, aséptico y ateórico no se sostiene. Hay una asociación

común en el campo médico y que también alcanza al campo psicológico: TDAH-daño neurológico. De la que se desprende que el medicamento sea indiscutiblemente válido. Discurso del Amo que deja sin espacio para pensar de otra forma, en otra posibilidad etiológica y de intervención. Aquí el ambiente familiar, las prácticas de crianza, otros datos que la entrevista clínica pudiera arrojar y no se diga de la estructuración subjetiva enmarcada en una historia salen sobrando o son ignorados. Son datos que desconciertan y salen de las coordenadas dentro de las cuales se piensa y que son construidas para enmarcar las cifras que salen de su conteo, el TDAH convertido en Unidad contable, necesidad de enlistar, volver Uno síntomas difusos y lábiles. “El significante-amor como unidad contable es el más estúpido de los significantes-amor que haya surgido en la escena de la Historia, el menos poético, pero también –reconozcámosle- el más elaborado, ya que está vaciado de cualquier significación” (Miller, 2006).

Desde su idea de normalización no hay lugar para la diferencia. Pero estos enfoques parecen proclives a una patologización de la infancia toda vez que conductas inherentes al comportamiento del niño son hechas pasar por comportamientos desadaptativos y que sustentados en su racionalidad pragmática se vuelven aplastantes. Consideramos vital evitar diagnósticos innecesarios que encierren y paralicen bajo el velo farmacológico al sujeto.

Creemos también que los puntos de vista aquí expuestos nos sirven para analizar diferentes malestares propios de la cultura contemporánea, así como el trato que se les da.

El capítulo cinco está dedicado al rastreo de la idea de infancia anormal, partimos de la genealogía misma de la anormalidad, para ello nos valemos de las ideas del filósofo francés, Michel Foucault (2001) respecto al tema. Una vez que tenemos los antecedentes del individuo anormal intentaremos pensar como se inserta el niño hiperactivo dentro de esta genealogía. De manera más específica y un tanto en continuidad o como complemento del primer capítulo realizaremos un breve recorrido histórico que nos permitirá entrever como va gestándose la configuración

del alumno anormal, delimitado en conjunto entre el discurso médico, jurídico y escolar; así como también los modos en que estos discursos han incidido desde hace más de un siglo sobre la infancia excéntrica a las normas, con prácticas que van desde las intervenciones quirúrgicas, la corrección, la medicación, entre otras.

Finalmente en el capítulo seis intentamos pensar algunos trastornos de la infancia aparecidos recientemente y entre los que contamos el TDAH a la luz del concepto de la “biopolítica”, término creado por Foucault (2000) para designar a los modos de intervención que el Estado, la política y el gobierno hacen sobre la vida biológica del hombre. El poder ejercido no solamente sobre el cuerpo, sino también sobre la población.

Es gracias a la aparición de diversos saberes científicos que proveerán de un inédito concepto de vida que veremos surgir también un nuevo saber/poder. La teoría de la herencia y la degeneración amalgamadas para hacer pasar en términos biológicos y científicos la vida misma, pero desde allí también explicar y justificar la construcción de nuevas nosografías y conductas anormales. Dilucidar sus efectos se presenta como una tarea por demás necesaria. Pues la reducción del ser a conexiones moleculares representa una derrota del sujeto, una domesticación y una tecnificación sobre la conducta señalada como anormal, un silenciamiento del síntoma que hace voz de la inadecuación que funda la subjetividad misma. Pero al niño hiperactivo le queda el cuerpo (que para nada es poca cosa) para gritar, aún cuando con psicofármacos intente ser acallado, psiquiatrizado, siempre se abre un resquicio en él que escapa a las coordenadas en donde intenta ser colocado.

Capítulo 1

HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN.

1.1 Historia

Para iniciar el rastreo del término TDAH conviene retomar algunos fragmentos extraídos del recuento que Parfrey (2002) realiza sobre la eugenesia, donde por más de un siglo vemos aparecen la herencia como causa de los degenerados, deficientes e imperfectos y el ideal eugenésico de perfeccionamiento de la especie que ilustra el constante debate entre la normalidad y la anormalidad. Muestra la visión de la psiquiatría desde finales del siglo XIX que deja una importante huella y una continuidad hasta nuestros días. El recorrido nos permite también traslucir que estos supuestos van a la par de la aparición en escena del TDAH.

Sir Francis Galton. Talento hereditario y carácter (1865).

Nuestra civilización humana es mucho más débil debido a la imperfección congénita que cualquier otra especie animal, sea salvaje o doméstica.

Herbert Spencer. Principios de sociología (1881).

No hay mayor maldición para la posteridad que la de legarles una población creciente de imbéciles.

Haverlock Ellis. La labor de la higiene social (1914).

El ideal eugenésico llevará a hombres y mujeres a rechazar a compañeros sólo a los hombres y mujeres que no son aptos de manera natural, los enfermos, los anormales, los débiles.

Adolf Hitler. Mi lucha (1925).

Aquellos que son física y mentalmente enfermizos y no aptos no deben perpetuar su sufrimiento en los cuerpos de sus hijos.

Juez Oliver Wendell Holmes. La sentencia de Beck contra Bell (1925).

Es mejor para todo el mundo si en lugar de esperar a ejecutar por sus delitos a los vástagos degenerados, o dejarlos morir de hambre por su imbecilidad, la sociedad puede impedir que aquellos que son manifiestamente no aptos continúen con su estirpe... tres generaciones de imbéciles son suficientes.

A.F. Tregold. Libro de texto de la deficiencia mental (1946).

El Estado debería poner fin a la existencia de los miembros defectuosos e ineficaces que hay en su interior. Probablemente la mayoría de las personas estarán de acuerdo en que sería mejor que no hubiera deficientes, y esta sugerencia es lógica... En mi opinión, poner fin a su existencia de forma indolora sería un procedimiento económico y humano, y no tengo ninguna duda, por mi experiencia personal, de que esto sería bien recibido por un gran número de padres.

The New York Times (1 de Diciembre de 1986)

La estructura genética de un niño tiene más influencia sobre su personalidad que la educación del niño, según el primer estudio que examina a gemelos idénticos creados en familias distintas.

La clasificación intenta poner orden al universo de la singularidad, a todos esos casos de enfermedades particulares, distintas. Pero lo que se organiza es la respuesta del profesional de la salud mental a una demanda formulada por un cliente, paciente, enfermo, etc. Los trastornos o enfermedades mentales solo existen al ser nombrados, acogidos taxonómicamente, no tenían materialidad antes de ser clasificados; una vez creadas estas coordenadas habrá quien pueda ubicarse y ser ubicado en ellas, es decir, lo importante es tener en cuenta la demanda, el proceso a través del cual se introduce un trastorno. Como y cuando se incluye la hiperactividad dentro de la clasificación de los desordenes mentales, que contexto teórico y sociopolítico la arroja. Tal es el propósito de éste apartado.

Safer y Allen (1976) señalan que para diversos autores, (aunque no reconocido explícitamente) la hiperactividad ha estado siempre presente (p.26). Se documenta que desde 1854, Hoffman, un médico alemán en su libro *El pequeño Phill* describió un síndrome caracterizado por la impulsividad, la inquietud y bajo rendimiento (Miranda [et. al.], 2001, p.11). “En el siglo XIX, la psiquiatría en Francia e Inglaterra reconoció la hiperactividad severa como un síntoma de la patología en niños disminuidos” (Bielsa Miranda [et. al.], 2003, p.1.). “Ireland, en 1877, postula las causas del retardo mental desde una concepción genética” (Risueño, 2006, p.34); estas ideas tienen una importante influencia en las primeras descripciones del niño hiperactivo.

Pero es importante considerar para lo que nos ocupa que a finales de este siglo se comienzan a diferenciar los niños con retardo mental de los niños que no admiten con facilidad la disciplina, que se muestran desafiantes y sin inhibición en sus conductas. Es decir, niños que muestran una inteligencia y una comprensión normal pero que son indiferentes al castigo, frecuentemente roban, atienden escasamente y se muestran impulsivos.

Sin embargo, es hasta inicios del llamado siglo del niño que encontramos descripciones más cercanas al hoy llamado TDAH. Los cambios en los términos para designar el trastorno son reflejo de las ideas dominantes en distintos momentos históricos y una muestra de cómo la infancia es un hecho cultural.

1.1.1 Degeneración moral.

En el primer tercio del siglo XX encontramos una tendencia a patologizar a las clases sociales bajas y una naturalización del orden social establecido teniendo como fundamento la científicidad de la época. A inicios del siglo vemos aparecer una preocupación por la educación de la infancia; leyes que prohíben el trabajo infantil y la mendicidad, escuelas para reformar a niños y jóvenes delincuentes y anormales mentales, psicopáticos y **difíciles**. La infancia y la juventud de clase baja es considerada peligrosa y salvaje y su educación (incluso de manera

profiláctica) un proceso civilizatorio necesario. Degenerados físicos, intelectuales y morales, un peligro para la sociedad que debían ser reformados.

Pedagogos, criminalistas y psiquiatras debían incidir como tutores y se dan a la tarea de frenar y corregir la inferioridad moral de los niños y los salvajes, su **impulsividad natural**¹, su resistencia a obedecer reglas, a desviarse de los valores morales, a rechazar la escuela. Al respecto señala “A. Binet en *las ideas modernas sobre los niños*, «las clases populares y miserables no presentan únicamente signos de degeneración física. La degeneración física va acompañada de degeneración intelectual y moral»” (Álvarez-Uría, 1996, pp.108-109). Sin capacidad para juzgar las cosas, carentes de sentido moral que los contenga surge la necesidad de corregirlos y controlarlos o bien, psiquiatrizarlos. Esta opinión es prácticamente compartida unánimemente por los reformadores de la época. Coincidían en esta opinión todos los reformadores de la época.

A finales del siglo XIX el Laboratorio de Criminología de Madrid, conformado por especialistas y reconocidos científicos discutió el problema de la delincuencia infantil; aceptó unánimemente la inferioridad moral del niño y discutieron algunas ideas expuestas por el entonces reconocido criminólogo de la escuela positivista italiana (Álvarez-Uría, 1996, p.109), Cesare Lombroso, que consideraba el delito como resultado de tendencias innatas, genéticas y como factores que incidían en su causalidad a la posición económica, el grado de civilización, la religión, entre otros.

Es en este marco que vamos a encontrar las primeras descripciones (matizando los conceptos y contextualizándolos) de lo que hoy conocemos como TDAH.

“Frederich Still en su conferencia dictada en 1902 en el Colegio Médico Real Británico, bajo el título de ‘Incapacidad para concentrarse y mantener la atención por defecto del control moral’, se refiere a un grupo de niños que

¹ Si bien no se habla aquí de impulsividad o de niños difíciles de la misma forma en que se entiende en la actualidad conviene ir recalcando términos nacidos para nombrar y legitimar la anormalidad.

presentaban dificultades del control de la conducta y los impulsos, con incapacidad de mantener la atención” (Tallis, 2004, p.195),

inestabilidad emocional, tendencia al robo y la mentira e insensibilidad al castigo. Descripción que denominó como ***Déficit en el control moral***. Estos síntomas tenían un substrato físico, una etiología orgánica y no eran causados por un déficit intelectual o un ambiente familiar inadecuado. Estas primeras descripciones cercanas a lo que hoy conocemos como déficit de atención e hiperactividad presentan una marcada influencia del darwinismo social.

Herbert Spencer defiende la posibilidad de aplicar el darwinismo a la sociedad. Creía que al eliminar a los individuos ineptos de la sociedad se vería beneficiada la raza. Por los pobres el Estado no debía hacer nada, pues los consideraba los menos aptos. Para el darwinismo social, popular desde finales del siglo XIX y hasta el fin de la segunda guerra mundial tiene mayor importancia las características hereditarias e innatas sobre lo adquirido, contamos entre esto a la educación. Con esta lectura y el descubrimiento de las leyes genéticas de Mendel, se sostenía la heredabilidad de la locura, criminalidad, diversos síntomas de la niñez; casi cualquier característica humana podía ser explicada por la herencia.

La causa de la conducta del degenerado es un desequilibrio funcional, un **estado** y quien lo porta no es un individuo normal. La herencia dará cuenta de dicho estado. Y lo mismo explicará el defecto de la inhibición, la pérdida del control sobre sus actos, los arrebatos de la carne, la vagancia, un asesinato, la embriaguez. En la teoría de la herencia psiquiátrica se establece no sólo que una enfermedad de cierto tipo puede provocar en los descendientes otra del mismo tipo, sino también que puede producir, cualquier otra enfermedad de cualquier tipo (Foucault, 2000, p. 291).

Existía una fuerte correlación con la clase social, regularmente los “no aptos” eran de entornos económica y socialmente pobres. Los “no aptos” contrapuestos al “genio”, “talento”. La inevitabilidad del progreso que se pregonaba podía verse

reflejada en las conceptualizaciones y los avances que desde las ciencias se daban.

Así, otros de los temas discutidos por el Laboratorio de Criminología fueron también

“las analogías que establece Spencer entre el niño, el salvaje y el degenerado, en la medida en que la *impulsividad* es el estigma común a los tres. La diferencia entre ellos estriba en que el niño y el salvaje tienen una impulsividad natural, mientras que en el degenerado es patológica” (Álvarez-Uría, 1996, p.109).

Desde el siglo XIX surge un interés por el tratamiento de personas “insanas” y con retardo mental. Así se hizo necesario distinguir a estos elaborando escalas de medición que permitieran tipificar para poder corregir; resultado de ello son los estudios de Esquirol (1838) sobre el retardo mental y de manera más clara la aplicación de la conocida escala creada por Alfred Binet y el Dr. Th. Simon.

A Binet se encarga en 1904 el estudiar los procedimientos para educar a los niños retardados; recomendaba que los niños que no pudieran responder a la educación normal fueran evaluados y asignados a clases especiales. Para llevar a cabo esto preparó en 1905 junto con Simon la primera escala que lleva sus nombres: un instrumento estandarizado para clasificar y distinguir el nivel mental. Más que preocuparse por evaluar la inteligencia les interesaba apreciar si el desarrollo intelectual coincidía con el de los niños de la misma edad o de una edad diferente, determinando así la edad de la inteligencia y diagnosticando el nivel intelectual de los anormales. La aplicación de la escala arrojó la clasificación de tres grupos: los que por deficiencia mental no aprenden, un grupo de desequilibrados y otro mixto con ambas desviaciones; “los desequilibrados que también pueden denominarse indisciplinados, son anormales principalmente en cuanto a su carácter; se distinguen por su indocilidad, falta de atención y a veces por su maldad” (Tallis, 2004, p.195).

Tenemos entonces una mitología genética que dará cuenta de la degeneración moral y una justificación para incidir no sobre una enfermedad sino sobre defectos. Hay un estado anómalo, efecto de la herencia que puede devenir en la cosa más inimaginable y en cualquier momento. La aceptación de la degeneración dará pie a la medicalización y a otros mecanismos de control que vienen a fungir como una defensa de la sociedad de los comportamientos humanos desviados, diferentes o retrasados.

Tanto de Still como en Binet y Simon podemos destacar para nuestro interés el reconocer conductas propias del TDAH, como la dificultad para mantener la atención y la impulsividad.

1.1.2 Freud y la infancia

No sólo la necesidad de mano de obra barata explica el interés por reformar a los niños y adolescentes delincuentes o difíciles. No podemos dejar de mencionar aquí la influencia que también ejerció el psicoanálisis en este periodo en la concepción de la infancia. El psicoanálisis caló en la historia de la educación quizá más que muchos reconocidos pedagogos y en el tema que nos ocupa lo hizo también.

El niño en Freud representa una visión revolucionaria para su época al mostrarlo como una entidad propia, singular, lejana a la pureza, y sobre todo sexuado. Esto representa un viraje con consecuencias enormes pues son ideas que surgen a la par, o como telón de fondo de la constitución del concepto infancia, de aparición muy reciente.

El objeto infancia no existía en la edad media donde el niño es un adulto reducido, abandonado y explotado; para el siglo XVI el infante es considerado débil e inocente, una pureza de carácter divino. Hacia finales del siglo XIX e inicios del XX el Estado comienza a tener mayor responsabilidad sobre los niños, empieza a pensar en sus necesidades: asistencia a madres lactantes, dota de médicos a las

escuelas para atender las dificultades psicofísicas, etc. Juristas y políticos se dieron cuenta de la ineficacia de las medidas represivas y punitivas adoptadas con los delincuentes infantiles y juveniles y las cambiaron por un modelo pedagógico correctivo. Se crean entonces tribunales tutelares en toda Europa (Álvarez-Uría, 1996, p.109).

Es inicio de siglo y las condiciones de la escuela pública en el medio rural y urbano son lamentables. Altas tasas de mortalidad infantil de los hijos de obreros en comparación con los hijos de las clases acomodadas. Surgen políticas para disminuirlas y disminuir también epidemias y la causa de las enfermedades.

“El término de *enfermedad escolar* acuñado entonces abarca enfermedades de los órganos sensoriales, defectos del habla, trastornos cerebrales y nerviosos, psicopatías, desviaciones de la columna vertebral causadas, al parecer, por el defectuoso diseño de los bancos escolares, por la mala postura al escribir y por el peso excesivo de libros y útiles escolares transportados en bolsas y carteras inadecuadas” (Delgado, 2000, p.197).

La concepción de la infancia con derechos se inaugura. Amparadas en el discurso higienista surgen disciplinas como el trabajo social, la pedagogía, la psicología, la psiquiatría infantil, la fonoaudiología, y el psicoanálisis deja su impronta en ellas.

El psicoanálisis mostró y muestra aún una vía diferente en la explicación de los síntomas de la infancia. Sus ideas no dejan de incomodar a los defensores de la causalidad orgánico-cerebral de la hiperactividad y la desatención. Tan es así que aún en 1976 un mexicano defensor de la organogénesis, apunta:

“L. A. Lurie tenía razón cuando en 1938 se quejaba de que los paidopsiquiatras atribuyeran todos los trastornos de la conducta infantil a las represiones, frustraciones, rechazos, identificaciones, sentimientos hostiles, etc. Era evidente que se ejercía una excesiva influencia de las ideas psicoanalíticas en torno a la psicopatología infantil. Afortunadamente, después de un largo periodo de dicha influencia, el clínico ha vuelto su mirada hacia un trabajo que había quedado inconcluso: la valoración

objetiva de los cambios estructurales y funcionales del cerebro como principales responsables de ciertos trastornos de la conducta del niño” (Velasco Fernández, 1976, p.20).

Sin duda la explicación de los trastornos infantiles sustentados en lesiones cerebrales, aunque en ocasiones no detectables, ni observables cobro especial relevancia y se fue afianzando hasta primar en la actualidad.

1.1.3 Síndrome hiperkinético y lesión cerebral mínima.

La Primera Guerra Mundial deja ya instalado el concepto de **infancia**. Son reconocidos los efectos de guerra en los niños. No solo los causados a los que participaron en la guerra, sino también los provocados por la orfandad y el exilio. Como reacción en 1924 se redacta la primera Declaración de los Derechos del Niño (Declaración de Ginebra).

Muchos niños que sobrevivieron a la Primera Guerra Mundial desarrollaron trastornos del comportamiento similares a las mencionadas por Frederich Still (con incapacidad para mantener y controlar la atención y la conducta). Estas alteraciones se explicaban y diagnosticaban como lesiones orgánicas, específicamente cerebrales. Quizás hablar de una lesión orgánica era más tranquilizador y cómodo; se forcluian los efectos psíquicos ocasionados por la lucha armada y se hacían pasar problemas sociales por individuales². A la guerra siguió una pandemia de encefalitis que dejó niños con alteraciones psiquiátricas atribuidas también a enfermedades cerebrales.

La “hiperactividad” es pensada también en este tenor. “En 1934 Kahn y Cohen describen la presencia de un cuadro con alteración de la conducta, hiperkinesia, déficit de atención e inquietud, catalogándolo como de ‘manejo orgánico’ producto de una encefalopatía congénita o adquirida” (Tallis, 2004, p.196).

² Esta misma observación aplica para la actual tendencia a diagnosticar tal como lo hace el DSM y explicar la hiperactividad como un inadecuado funcionamiento neurológico.

En estos años surgen otros trabajos que acentúan la excitación motriz como problemática en los niños. Con base a investigaciones realizadas en laboratorio con animales Lewis en 1938 observa una correlación entre daño cerebral y la inquietud en niños y adultos retardados (Bielsa, 2003, p.16).

“En 1925 aparece el importante estudio de H. Wallon: *El niño turbulento*, y en el mismo año, De Sanctis indicaba como inestable a ‘todos los sujetos indisciplinados, inquietos, cambiantes, irregulares por motivos constitucionales o adquiridos muy diversos’... En 1940 aparece la tesis de J. Abramson *El niño y el adolescente inestable*; este exceso de movilidad es lo que los autores anglosajones comienzan a denominar *síndrome hiperquinético*” (Tallis, 2004, p. 196).

En esta etapa la medicina, la psiquiatría y la psicología están construyendo estándares de normalidad y anormalidad. Las antiguas categorías psiquiátricas (idiota, imbecil, débil mental) se han abandonado; también va decreciendo el interés por las explicaciones de las patologías infantiles basadas en la herencia degenerativa, o por taras sociales (alcoholismo o pobreza). Muy lejos se está ya de la búsqueda de marcas del criminal nato; en su lugar la organogénesis va ganando terreno.

Respecto a lo que nos ocupa se afianza la idea de una posible lesión cerebral que afecta la conducta, la atención y el desarrollo cognitivo.

“Strauss y Lethinen tuvieron el merito de asociar las descripciones de los trastornos de la conducta emocional y motriz, los señalamientos de docentes sobre fracaso escolar y los síntomas encontrados en secuelas de enfermedades neurológicas, para realizar un primer acto fundacional del síndrome bajo la denominación de *Lesión Cerebral Mínima*” (Tallis, 2004, p.197).

Estos autores pensaban que si las conductas de hiperactividad e impulsividad se observaban en traumatismos craneoencefálicos o en secuencias posencefálicas, entonces al presentarse los síntomas en otros niños se podía inferir que padecían

algún “daño cerebral mínimo”. Pero muchas veces el daño no era demostrable, por lo que algunos clínicos sugirieron que los niños no fueran etiquetados como “cerebro dañado” basándose exclusivamente en la observación de conductas. Esta precisión dará pie al surgimiento de una nueva categoría como veremos más adelante.

De estas fechas datan los primeros tratamientos con anfetaminas, estimulante del sistema nervioso central. De uso clínico desde los años 20 entre la milicia para incrementar la atención y evitar el cansancio. Su uso desde entonces es sumamente variado, en 1946 se enlistaban 39 desórdenes que podían ser tratados con ella. “Bradley (1937) descubrió que la benzedrina producía una mejoría remarcable en niños que presentaban problemas y alteraciones del comportamiento. El tratamiento disminuía la inquietud y mejoraba la concentración y la motivación” (Bielsa, 2003, p.18).³

En 1944 se sintetizó el metilfenidato, del grupo de las anfetaminas en los laboratorios *Ciba-Geigy* precursores de *Novartis*, productores de Ritalin: medicamento con mayor impacto en el tratamiento del TDAH en nuestros días.

Si bien la tendencia a **neurologizar** el trastorno comienza a generalizarse, surgen investigaciones que muestran el influjo del contexto familiar en la explicación del movimiento excesivo y la desatención en los niños.

“Levin (1938) realizó un riguroso estudio doble comparativo en más de 200 niños inquietos con un grupo de control normal. Descubrió que sólo las hiperactividades más severas se pudieron asociar con lesiones a nivel cerebral, y los grados leves de hiperactividad fueron asociados a problemas familiares” (Bielsa, 2003, p.18).

³ La marca Benzedrina es la presentación clásica desde 1930 de la anfetamina.

1.1.4 Disfunción cerebral mínima.

En la década de los sesenta se asoció el término hiperquinesia ligado a una lesión cerebral que en la mayoría de los niños no se encontraba por el de **Disfunción Cerebral Mínima** (DCM) acuñado por Clemens en 1966. Si se prefiere hablar de Disfunción es porque no se encontraba claramente localizada una lesión por los medios de exploración de los neurólogos en estos años.

Se incluían bajo el síndrome de la DCM a:

“los niños con trastornos del aprendizaje o de la conducta que están asociadas a desviaciones en la función del sistema nervioso central y se pueden manifestar por distintas combinaciones de impedimentos en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, **control de atención, de los impulsos o de la función motora**” (Borunda Miranda, 2008, p.11).⁴

En éste periodo la literatura médica amparada en el concepto de DCM acogió el síndrome en su campo de trabajo, pero también estos niños comienzan a ser atendidos en el campo educativo como niños con dificultades en el aprendizaje.

El término DCM se reveló como excesivamente inclusivo y un fenómeno diverso, así, en años posteriores se intentó encontrar una clasificación científica más clara.

1.2. Hiperactividad y desatención en el DSM.

Los metodólogos me recuerdan a la gente que limpia sus anteojos tan concienzudamente, que no tiene oportunidad de ver con ellos.

Sigmund Freud.

El DSM I (1952) es creado por el comité de la American Psychiatric Association (APA), y aparece como una variante del apartado destinado a los trastornos mentales de la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades

⁴ El subrayado es nuestro.

(CIE) publicado por la Organización Mundial de la Salud. Esta primera edición y la sucesiva DSM II se sustentaban teóricamente en la psiquiatría de orientación psicoanalítica y psicodinámica. En ellos aparecían estructuras caracterológicas básicas existentes en todos los seres humanos, y que da como resultado sólo diferencias cuantitativas únicamente entre lo normal y lo patológico.

Roudinesco (2000) señala que la psiquiatría dinámica nace de la medicina y se distingue por privilegiar la causalidad psíquica en contraposición a la organogénesis (causalidad orgánica) (pp.32-33). Conviene señalar aquí los cuatro modelos que se desprenden de la psiquiatría dinámica (apuntando que existen distintas escuelas que privilegian uno o más modelos dependiendo del país de origen o la época).

1. Modelo nosográfico. Parte del modelo médico que intenta definir y clasificar las enfermedades. La clasificación de las enfermedades mentales nace de la psiquiatría con Philippe Pinel en el siglo XIX que con una orientación empirista ante la locura, fija su atención en los signos y síntomas de la enfermedad, en detrimento de la búsqueda de su asiento en el organismo. Este modelo organiza el psiquismo en grandes estructuras: Psicosis, perversión, neurosis, fobias, histerias, etc.

2. Modelo psicoterapéutico. Con Franz Anton Mesmer y su técnica del “magnetismo animal” y con Charcot se comienzan a tratar diversos padecimientos psíquicos. Con el sólo contacto Mesmer aliviaba síntomas de una enfermedad. Charcot por su parte utilizó el hipnotismo para curar a sus pacientes histéricas. Se reconoce el poder de la sugestión y la hipnosis como métodos de curación. Se comienza a pensar en estratos oscuros, y profundos no accesibles al yo y que acarreaban problemas a la voluntad y la integridad psíquica de la persona.

3. Modelo filosófico o fenomenológico. Reconoce la influencia de los procesos psicológicos como causantes de la psicopatología. Explica el trastorno psíquico o mental a partir de la experiencia consciente o inconsciente del sujeto.

4. Modelo cultural. Señala la importancia del contexto social. Las conductas anómalas son producto de los aprendizajes, interacciones familiares y culturales. La estructura fisiológica es influida por los aprendizajes.

Las distintas revisiones del DSM abandonan proporcionalmente la subjetividad, un olvido de los cuatro modelos de la psiquiatría dinámica. Una asepsia del vocabulario psiquiátrico y psicoanalítico, el abandono de términos como psicosis, neurosis, perversión a conceptos como desorden o trastorno. Un olvido de las bases psicopatológicas de los procesos mentales. Una sustitución de estructuras clínicas por un listado conductual “fácilmente” observable que daría cuenta de los desordenes.

Al revelarse impreciso el término Disfunción Cerebral Mínima y en la medida en que van ganando terreno el uso del diagnóstico de la APA éste se cambió en el DSM II (1968) por Síndrome hiperkinético de la niñez.

Entre 1970 y 1980 aparecen documentados en bibliografía especializada los déficits de atención. Se comienza a dar especial relevancia a la impulsividad y a la incapacidad para atender y no solamente a la hiperactividad. Configurándose así las tres principales características observadas en el trastorno.

La aparición de múltiples investigaciones modifica e influye en las definiciones de la APA. “Douglas (1983) aportó la teoría de que el déficit básico del desorden era el fracaso al regular la excitación de la atención y el mando inhibitorio, defectos que eran más fundamentales en el desorden que en la inquietud” (Bielsa, 2003, p.17). Es decir, se privilegia un desorden en los neurotransmisores que provoca deficiencias en la atención. Esta idea lleva al comité de la APA a establecer en el DSM III (1980) el Síndrome de déficit atencional, que puede ir acompañado o no de hiperactividad: bastaba que los síntomas estuvieran presentes en un contexto (familiar, escolar, social). A partir del DSM IV estos debían aparecer como mínimo

en dos situaciones. La principal razón fue sin duda disminuir la población diagnosticada. Y homogenizar criterios establecidos por el CIE 10.⁵

El DSM III-TR (1987) cambió la terminología a Trastorno Hiperactivo con déficit de atención que recalca nuevamente la movilidad como principal característica del trastorno y se señalan síntomas en tres áreas: inatención, impulsividad e inquietud.

En el DSM IV (1993) y el DSM IV-TR (2002) vemos aparecer nuevamente el mayor énfasis en la desatención con el nombre de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Y se clasifican tres tipos según el síntoma predominante: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y el subtipo combinado.

A partir del DSM IV se ubica los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador⁶ dentro de los Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Aunque aclara que muchas veces estos trastornos que no son diagnosticados sino hasta la edad adulta, suelen tener su inicio en la infancia.

Lo principal en el trastorno es el déficit de atención y no la hiperactividad. Por eso se establece como déficit de atención con o sin hiperactividad. Esto quizás apoyado en investigaciones que señalan que la actividad excesiva suele desaparecer, no así las dificultades con la atención.

Los criterios diagnósticos establecidos por la APA son “claros”, describen nueve síntomas relacionados con desatención y otros nueve con la hiperactividad e impulsividad⁷; si se observan seis o más en cada uno de ellos y están presentes al menos durante los seis últimos meses podemos diagnosticar como TDAH o establecer algún predominio si únicamente se presentan sintomatología de un grupo. Otras consideraciones a tomar en cuenta son que los síntomas estén

⁵ Ver anexo 2

⁶ Los comportamientos perturbadores señalados en el DSM IV son: Trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante.

⁷ Ver cuadro y para mayores detalles anexo 1.

presentes antes de los siete años y en dos o más ambientes pues si se observan los síntomas en un solo contexto se descarta el diagnóstico, además los comportamientos deben ser explicados mejor por este trastorno y no por la presencia de otro.

Criterios para el diagnóstico de TDAH según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR.	
DESATENCIÓN	HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD
(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas. (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente. (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista desafiante o a incapacidad para comprender instrucciones). (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos). (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p- ej.) juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas). (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.	Hiperactividad (a) A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento. (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado. (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud). (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio. (e) A menudo “está” en marcha o suele actuar como si tuviera un motor. (f) a menudo habla en exceso. Impulsividad (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno. (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

Consideramos que es más conveniente mostrar las implicaciones de este diagnóstico que entrar en detalle con las conductas descritas por el Manual en el TDAH.

Son muchas las investigaciones que en los últimos años se han realizado sobre el TDAH. Abundante la bibliografía que desde distintos campos del saber aparece. Se ha puesto como tema de debate público y no es gratuito si consideramos que es la patología infantil de nuestro tiempo por excelencia. Lo que ha generado la

creación de departamentos especializados para su atención en escuelas especiales. Una de las principales causas de consulta en los consultorios psicológicos. Motivo de alerta e incomodidad en las escuelas. Y un jugoso negocio para la industria farmacéutica.

En el tercer capítulo entraremos mas a detalle en las implicaciones de los diagnósticos actuales de la infancia y de cómo significantes como *deficiencia, trastorno, anormalidad, etc.*, son conceptos construidos socialmente que trastocan la singularidad de los sujetos.

A continuación mostramos tres formas de aproximarse y explicar el TDAH.

Destacando desde ahora que el enfoque conductual lejos de detallar una etiología se ha centrado en fungir como intervención correctiva y en el mayor de los casos ha cedido la explicación sobre el origen del trastorno al enfoque neurológico y genético. Detallamos también que estos últimos son los modelos que ha tenido mayor impacto en nuestro país. Por ello, dedicamos un apartado que se entrelaza y se entiende desde estos dos enfoques para sondear la situación en México ante uno de los problemas de salud que más interés y alerta ha causado. Sin embargo no se ha generado un verdadero debate y predomina una postura principalmente con modelos de intervención norteamericanos. Este estudio introduce la mirada psicoanalítica ante los TDAH, con la intención de coadyuvar al debate tan necesario y llevar a cabo reflexiones que permitan una postura crítica y ética ante el diagnóstico y la subsecuente definición de anormalidad que de ellos se desprenden.

Capítulo 2

APROXIMACIONES A LA HIPERACTIVIDAD.

Las causas son aún tema de continua investigación desde distintas disciplinas y con diversas técnicas: a) a partir de la observación de gemelos, b) relacionando lesiones cerebrales que pudieran estar asociadas a síntomas de la hiperactividad, c) a partir de observaciones con animales, induciendo experimentalmente lesiones que se considera pudieran estar relacionadas con el trastorno, d) correlacionando estadísticamente síntomas y características de las familias y/o diversos factores, etc.

Consideramos aquí tres puntos de vista: 1) El enfoque médico, de sumo interés ya que es la explicación que más fuerza ha cobrado, opinión compartida por los encargados de elaborar las políticas públicas de salud, y por gran cantidad de maestros y directivos escolares, por padres de niños diagnosticados con TDAH. Además este enfoque está directamente ligado a la intervención con fármacos. 2) Revisamos también el enfoque conductual, que si bien no nos da una explicación acerca de la etiología del trastorno, si nos ofrece un modelo de intervención que avala fuertemente al enfoque médico. Aquí también presentamos una serie de intervenciones que desde el ámbito escolar se promueven, pero que dan cuenta de la reducción del fenómeno a conductas que deben ser eliminadas o reaprendidas. 3) Finalmente desde el psicoanálisis aclaramos que lejos de poder darse una explicación sobre el origen del TDAH, la teoría inventada por Freud ofrece una posibilidad diferente de lectura de las patologías infantiles y del sufrimiento del niño una vez que se considera al infante como un sujeto en estructuración, un sujeto deseante. Sostenemos que si lográramos saber y atender a lo que el niño nos dice, seguramente muchas etiquetas serían innecesarias.

2.1 Enfoque médico.

2.1.1 Déficit de Dopamina.

La especulación respecto a la etiología del TDAH domina desde hace años este campo de trabajo. No hay consensos (incluso entre colegas que comparten la aproximación a trastorno) que den por terminado el debate. Aún con los adelantos tecnológicos y los adelantos en biología molecular hay frases que frecuentemente anteceden a las hipótesis y a la presentación de los resultados obtenidos en investigaciones: “Se cree”, “se podía sospechar”, “resulta difícil identificar una única causa o mecanismo explicativo”, “todavía no hay acuerdo”, “**su etiología es desconocida en la actualidad**, sin embargo existen suficientes datos a favor de una base orgánica” (Campisto, 2003, pp.217-218. Moyano Walke, 2005, p.27. Kosak, 2005, pp.31-32. Moreno García, 2005, p.39). Lo anterior nos lleva a ser cautos respecto a la explicación de las causas que desde este enfoque se dan.

Una de la tesis más citada desde este campo es que se trata de una disfunción de los sistemas noradrenérgicos y dopaminérgicos; unos de los principales neurotransmisores del sistema nervioso central que “se cree que tienen un papel importante en las funciones ejecutivas y como reguladores del estado de alerta, atención y control inhibitorio de las respuestas” (Campisto, 2003, p.218); relacionados también con la regulación de algunas funciones motoras y neuroendócrinas, e implicado en conductas ligadas a la motivación y la emoción.

La deficiencia de dopamina parece también ligada a enfermedades de Parkinson, esquizofrenia, epilepsia, dependencia de drogas con alto rango de adicción como la cocaína, anfetaminas, y otros psicoestimulantes, propensión al alcoholismo, etc. De aquí la importancia que ha tenido su investigación y el desarrollo de técnicas para cuantificarlas en las últimas décadas. “Se han identificado por lo menos dos genes relacionados con la dopamina, el principal neurotransmisor involucrado en la génesis del ADHD. Estos genes son el DAT 1, o gen transportador de dopamina, y un gen receptor de dopamina” (Moyano Walker, 2005, p.27).

El estudio de las emociones no había sido integrado a la investigación experimental. Las neurociencias han acercado en los últimos años el estudio de las emociones relacionándolo con la neuroanatomía y el funcionamiento subcortical, cuestionando el clásico dualismo cerebro-mente. Los estudios en neurociencias cuentan cada vez con técnicas de neuroimagen más sofisticadas que han permitido observar el funcionamiento del cerebro, cuantificar un neurotransmisor o neuroreceptor.

Entre las imágenes cerebrales más utilizadas se encuentra la PET (tomografía por emisión de positrones) y SPECT (tomografía computada por emisión de fotones individuales). Esta última, se dice, no alcanza a diferenciar entre niños con y sin TDAH, por lo que no la recomiendan para su diagnóstico. La primera se utilizó por primera vez desde 1990 en un paciente diagnosticado con TDAH intentando encontrar una alteración cerebral con esta tecnología (Benasayag, 2007, p.18). Las investigaciones del Déficit de dopamina demostrada por PET y ligada al TDAH aún no muestra resultados concluyentes.

Basados en técnicas de neuroimagen se ha sugerido que los lóbulos frontales y los circuitos de los ganglios basales en niños diagnosticados con TDAH –regiones del cerebro que intervienen en la actividad motriz y que regulan la inhibición de las respuestas- muestran defectos en su funcionamiento (Miranda Casas, 2001, p.19). Al respecto también los resultados entre investigadores difieren.

2.1.2 Herencia y TDAH.

La heredabilidad del TDAH es sostenida por gran número de autores (Garza Gutierrez, 2005, p.22. Elías Cuadros, 2005, pp.139-146. Miranda Casas, 2001, p.18. Campisto, 2003, p.220. Tallis, 2004, p.205), tesis sustentada en investigaciones donde el riesgo de que un hermano de un diagnosticado con TDAH también presente el trastorno se eleva en relación a la población general. “Investigaciones recientes informan que entre el 15 y el 40% de los padres de niños con ADHD presentan un diagnóstico positivo ellos mismos, comparado con

el 3 al 7% en la población general” (Moyano Walker, 2005, p.27). Y cuando es el padre el afectado el hijo tiene más del 50% de posibilidades de presentar también TDAH (Campisto, 2003, p.220).

El origen genético es sustentado también con base al análisis de gemelos, con mayores posibilidades de presentarse el trastorno en homocigotas que en heterocigotos. Heredabilidad del 80% en gemelos con idéntica información genética. Y 30% de posibilidad en gemelos no idénticos.

Las investigaciones desde la genética se realizan a partir de la búsqueda de un gen candidato, que se sospeche que está involucrado y de intentar encontrar si hay mutaciones en él. Así, se ha sugerido que los genes causantes probablemente son los que modulan la concentración dopaminica, ciertos receptores y transmisores de este neurotransmisor.

Otros estudios se centran también en el mapeo genético intentando encontrar el origen y pretendiendo servir como instrumento diagnóstico del TDAH. Se estudian piezas de ADN del mapa molecular cuya ubicación en el genoma humano se conocen previamente o son sospechosas de estar relacionadas con el TDAH, la idea es delimitar la búsqueda ciñéndose a la menor cantidad de genes. A partir de la observación de cientos de marcadores en familias con dos o más diagnosticados con TDAH se intentan localizar genes de riesgo, investigando cuantos de estos marcadores se repiten entre hermanos y parientes. Con base en esta metodología se ha sugerido que posiblemente el cromosoma 16 esté ligado con el TDHA, aunque con mucho tendría que ver sólo un 30% (Moyano Walker, 2005, p.27).

Los estudios de genética molecular relacionados con el TDAH aún son tentativos. Se ha sugerido que estamos frente a un trastorno en el que intervengan varios genes con pequeños efectos cada uno. El déficit de dopamina es una tesis aún investigada y que no muestra conclusiones claras.

En la actualidad el cuadro Disfunción Cerebral Mínima ya no nos dice nada. Anteriormente los niños así diagnosticados eran candidatos a la medicación,

máxime si se detectaban en un electroencefalograma alguna alteración. Hoy los instrumentos de medición e investigación se han refinado notablemente. Sustentados en el conocimiento y estudio del genoma humano y del funcionamiento del sistema nervioso seguramente en unos años estaremos frente a clasificaciones más variadas, diferenciaciones más delimitadas y específicas. Sin embargo, desde esta postura las causas del TDAH son aún especulaciones, no hay evidencias y acuerdos de genes claramente asociados con el Trastorno; y éste ni siquiera se presenta como una entidad médica fundada, parece más bien una entidad artificial compuesta por hechos aislados.

2.1.3 Déficit dopamínico y psicofarmacología.

Si la neurología establece que los trastornos psíquicos tienen una causalidad ligada a un incorrecto funcionamiento de las células nerviosas, la psicofarmacología que existe un medicamento para él. Como señalamos antes se liga un gen transportador de dopamina con el TDAH, se suele considerar como relevante este hecho “ya que corresponde al sitio donde actúa mayoritariamente el metilfenidato y otros agentes bloqueantes de la recepción de dopamina” (Campisto, 2003, p.220).

Este punto de vista ha justificado el uso del metilfenidato en niños diagnosticados con TDAH. Sin embargo, esta sustancia parece responder también al contexto en el que se aplica. En un estudio se administró a un grupo de niños con TDAH metilfenidato y a otra parte del grupo placebo. Al ejecutar tareas simples y complejas se encontró que: “Llamativamente, la dopamina aumentó durante la ejecución de tareas descritas por los niños como interesantes, estimulantes, motivadoras y excitantes y disminuyó con el cansancio, independientemente de que la medicación fuera administrada o no” (Benasayag, 2007, p.28). Por supuesto que estos estudios frecuentemente presentan importantes sesgos, pero llama la atención que el uso de fármacos para controlar la sobreactividad motora y la atención goce de tanta aceptación.

Importantes cuestionamientos podemos sacar de esto. La escuela en los últimos años se enfrenta a inéditos retos. No dejan de proponerse nuevas técnicas y modelos de enseñanza. Parece un consenso que la educación tradicional que exigía sumisión, disciplina, obediencia a leyes y prohibiciones, basada en castigos y premios ha quedado sepultada por modelos que provean al niño de iniciativa, independencia, libertad, creatividad, capacidad de opinar y construir sus aprendizajes. En la práctica la escuela poco se mueve. Y sin embargo son cada vez más los niños medicados. Niños que no paran, que parecen no atender aquello que paradójicamente permanece intacto, sin movimiento. Si la actividad dopaminica responde a un medio ambiente estimulante, y la medicación con metilfenidato eleva sus niveles solo si se presentan tareas interesantes para el niño, no así con las que lo aburren habría que voltear más hacia las aulas y hacia los maestros.

Se habla de efectos imprevisibles de los estimulantes:

“Ente 20 y 30% de los pacientes tratados no mejoran o incluso empeoran, y entre aquellos que mejoran , no todos lo hacen de igual manera, algunos sufren una mejora en algunas medidas de cognición y de comportamiento y no en otras. Es más, en ocasiones, se ha observado una respuesta diametralmente opuesta entre diferentes estimulantes en un mismo paciente” (Castells, Ramos-Quiroga, Escuder, Bosch y Casas, 2003, p.279).

En este campo que se erige bajo los supuestos de la objetividad y la cientificidad existen dudas acerca de la dosis más eficaz, así como de los efectos, que son variables y por lo tanto singulares, a lo que se hace frente con diversos ensayos dosis-respuesta hasta llegar a la obtención de sus resultados. Parece cierto que los estimulantes introducen mejoras en el comportamiento, en las relaciones sociales y en el desempeño escolar. Sugerente y seductora solución representa una dosis de Ritalin. Señalan los expertos:

“Los estimulantes mejoran muchas de las manifestaciones clínicas del TDAH. Disminuyen los comportamientos disruptivos como la impulsividad,

el oposicionismo y la agresividad, al tiempo que aumentan la atención, la persistencia en las tareas que se están desarrollando y el cumplimiento de las normas. Ello se traduce en una mejora en las relaciones con los padres, los profesores y los compañeros y en una disminución del riesgo de sufrir accidentes y de presentar conductas de abuso o de dependencia a sustancias” (Castells, Ramos-Quiroga, Escuder, Bosch y Casas, 2003, p.279).

Los beneficios de la medicación parece uno más de los supuestos donde no hay conclusiones claras, aunque su eficacia se estudia desde hace más de cincuenta años no por ello deja de ser a lo que con mayor frecuencia se recurre. El medicamento posee la ventaja de exentar responsabilidades; llama la atención que se cite disminución de comportamientos con la administración de estimulantes como el cumplimiento de normas o la disminución del oposicionismo, mostrados como producto de desajustes bioquímicos en los que en apariencia los padres o maestros no tienen implicación o responsabilidad, y menos posibilidad o necesidad de hacer frente a ellos.

En el campo farmacológico se crearon estimulantes para estar a tono con las exigencias de la vida cotidiana. El metilfenidato parece la respuesta a la aceleración que la sociedad contemporánea impone. Los avances científicos junto a los laboratorios médicos multinacionales han legado una nueva medicina, pero también nuevos miedos, nuevas epidemias. Estamos ante un entramado en donde factores medioambientales, familiares, nutricionales y escolares aparecen citados y considerados (por demás está decir que la subjetividad queda casi enteramente ignorada) pero frecuentemente nublados por las bases orgánicas como sostén y explicación de la causalidad del TDAH.¹

¹ En el tercer capítulo analizamos y enunciemos distintas hipótesis acerca del por qué se sostiene el uso de fármacos en el TDAH y en que se sustenta la entronización de esta mirada.

2.1.4 Otros factores.

Desde el campo médico se señalan también algunos factores que aunque aclaran no están directamente relacionados con la etiología del TDAH sí parecen aumentar las posibilidades de que aparezca (Moreno García, 2005, p. 40. Miranda Casas, 2001, p.18. Campisto, 2003, p. 221): Consumo de alcohol o tabaco durante el embarazo, deficiencias nutricionales, la exposición a algunos tóxicos como el plomo, complicaciones pre y posnatales, bajo peso al nacimiento, hipoxia, retraso en la maduración neurológica, situaciones de estrés y pobre interacción con la madre. Dificultades en el parto como prematuridad, traumatismos, etc.

2.2 Enfoque conductual.

Lejos están aquellas ideas que sugerían que el aprendizaje estaba en la base de los comportamientos disfuncionales o negativos. La mirada conductual ha cedido su lugar a la explicación de la génesis de los trastornos psíquicos al campo de las neurociencias para limitarse al intento de corregir conductas indeseables. Así, vemos como propuesta una serie de recetas, de sugerencias generalizables para tratar el TDAH; modelos de intervención en el ámbito familiar y escolar. Podríamos argumentar que no requieren conocer la etiología de lo que trata, pero si una adecuación a la norma, a un desarrollo esperable congruente con el proceder del DSM. La revisión de la intervención conductual es de suma importancia si se considera que la triada **diagnóstico-medicación-intervención conductual** es por mucho, la que más adeptos tiene.

Es frecuentemente en la escuela donde se intentan solucionar los problemas de desatención e impulsividad, por ello se sugieren diversas estrategias, recomendaciones para hacerles frente, la mayoría provenientes de enfoques cognitivo-conductuales. No es el objetivo de este trabajo recopilarlos; sin embargo conviene enumerar algunas técnicas para entender cual es la forma en que proceden y la visión del problema que se desprende desde este marco de intervención.

Desde los años setenta se han desarrollado distintas intervenciones conductuales para modificar el comportamiento de los diagnosticados con TDAH.

“El tratamiento cognitivo-conductual para tratar la hiperactividad se lleva a cabo actualmente en el marco de *programas* multicomponentes integrados por distintas técnicas operantes (reforzamiento, extinción, economía de fichas, costes de respuesta, etc.) y cognitivas (entrenamiento de autoinstrucciones y terapia de solución de problemas fundamentalmente) que se insertan en un régimen de *tratamiento unitario*.” (Moreno García, 2005, p.149).

Es decir, dependiendo las características del niño y de lo que se intente corregir principalmente.

El *Entrenamiento en Autoinstrucción* como otras técnicas del modelo cognitivo-conductual, consiste en identificar los pensamientos que anteceden y que llevan a un comportamiento disfuncional para poder modificarlo mediante técnicas de reaprendizaje. Una autoinstrucción es una frase o un pensamiento, un diálogo interno producto del aprendizaje que guía el comportamiento de las personas y controla sus acciones. Antes de actuar el niño se autoinstruye, pero ha aprendido autoinstrucciones disfuncionales que dificultan la concreción de sus objetivos. Mediante técnicas se busca un reentrenamiento de estrategias cognitivas que replacen los pensamientos que controlan las conductas desadaptativas. Así, en un niño con TDAH se buscará cambiar las verbalizaciones internas negativas por instrucciones que le permitan realizar actividades que requieren atención y autocontrol. El adulto reforzará las conductas apropiadas del niño. Regularmente se conjuntan distintas técnicas dependiendo las necesidades.

Otra de las más utilizadas pero que marcha en el mismo tenor es el “entrenamiento en solución de problemas” enfocado a enseñar a los niños una estrategia para hacer frente a las dificultades que se les presenten y permitiéndoles analizar el problema, buscar soluciones eficaces, discriminar y

elegir la más funcional al caso y aplicarla adecuadamente en distintos escenarios o en el contexto en el que se ha entrenado.

Los programas de trabajo sugeridos por distintos autores son la intervención en los diferentes ambientes donde se desarrolla el niño, para ello se requiere el entrenamiento de padres y maestros para generar una modificación conductual optima.

Algunas sugerencias de trabajo para los padres desde el entrenamiento conductual son: Desde la base de que la conducta es aprendida y por lo tanto puede ser modificada y que las conductas recompensadas se repetirán, se sugiere reforzar positivamente las conductas deseadas. Castigar retirando recompensas y no con castigos físicos. Entrenamiento cognitivo para reemplazar los pensamientos negativos de los padres hacia sus hijos. Enseñanza y establecimiento de reglas claras y explícitas, reforzando las aproximaciones del niño a ellas. Observar, prever y planificar comportamientos en casa y públicamente con el fin de anticipar y evitar las dificultades que el niño pueda tener, esto es, controlar y erradicar los comportamientos disfuncionales o problemáticos atendiendo a los estímulos ambientales que los provocan o potencian. Evitar la influencia de entornos adversos y proveer de un ambiente favorecedor de comportamientos adaptados.² Adecuar la vida familiar a hábitos y evitar la sobreestimulación, ruidos, exposición a múltiples imágenes, etc. Modificar las pautas de comunicación con el niño, negociar no prohibir, criticar o reprender.

Además de algunas de estas sugerencias que también pueden aplicarse en la escuela, sugieren condiciones con las que niños con TDAH tienen mejorías en su rendimiento en el ámbito educativo. Que los maestros refuercen los avances en atención sostenida. Observen y modifiquen los estímulos que causan inquietud. Organicen las tareas por secuencias y eviten las que requieren periodos de atención prolongada. Den ordenes breves evitando ambigüedades. Establezcan

² Intentamos ser fieles a su terminología.

contacto visual con los niños al darles instrucciones. Eviten enfrentamientos con el niño. Presenten tareas interesantes y motivantes para el niño.

La cura desde aquí es reducida a la mejora de horas de quietud, de menor movimiento y nivelación de las condiciones de convivencia en la escuela y el hogar. El TDAH aparece como una entidad blanda, sumamente maleable que remite a un “déficit”, un debilitamiento de ciertas áreas de desarrollo, de la personalidad “normal”, de lo esperado.

2.3 TDAH en México.

En nuestro país, según datos de la Secretaría de Salud (SSM) en 2006 se calculaba existían cinco millones de personas con este trastorno. De los cuales 1.5 millones son niños de entre seis y doce años (SSM, 2002, p.10). Como dijimos antes la noción comúnmente aceptada acerca del origen y tratamiento del TDAH, son los enfoques que acabamos de revisar; opinión compartida por “expertos” en el tema, por la información proporcionada por los laboratorios que producen los fármacos ofertados para tratar el TDAH o por artículos de divulgación aparecidos en la red y en los diarios de circulación masiva: la triada: origen neurológico; tratamiento farmacológico y tratamiento conductual.³

Esta opinión es compartida por la Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados A. C. (AMDAHTA) que se presenta como una organización sin fines de lucro, con reconocimiento de múltiples asociaciones

³ La bibliografía al respecto es basta. Contamos la citada con anterioridad en éste capítulo. Vease Anexo 4: El consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico del Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad (TDAH). Especialistas en neurología, pediatría, psiquiatría y pediatría de diversas instituciones y universidades del país reunidos del 19 al 21 de Julio del 2002 en Cuernavaca, Morelos para debatir no sobre si el tratamiento farmacológico es la mejor opción, eso no entra a debate, implícitamente entienden que sí. Se reúnen para legitimar su uso, y dar instrucciones de cómo administrar las dosis. Todo disfrazado de una supuesta apertura a otros tratamientos cuyos especialistas no fueron invitados. Reunión promovida por la Secretaría de Salud vía la Academia Mexicana de Pediatría (AMP) como su “órgano consultor”. Dicha acción es una muestra también de la orientación que tienen los directores de las políticas de salud en nuestro país. Los resultados del “Consenso Morelos” se presentaron en la AMP el día 29 de agosto del 2002, en la presentación del SIMPOSIUM SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DE DÉFICIT DE ATENCIÓN.

internacionales dedicadas al tema. A manera de ejemplo y como una importante muestra del impacto que el enfoque médico-farmacológico y el modelo educativo-conductual tienen en nuestro país es conveniente analizar alguna información vertida en su página web (www.deficitdeatencion.org) por ser una asociación que ha tenido un fuerte impacto en el debate público sobre el tema, con entrevistas a sus dirigentes en medios con grandes audiencias y artículos en los más importantes diarios del país, congresos y conferencias, presentando iniciativas de ley para evitar y sancionar la discriminación y ayudar a personas con TDAH.

Hay que decir que aunque los artículos aparecidos en su página son heterogéneos y no son responsabilidad directa de AMDATHA, si representan la visión de la asociación. Hay congruencia en cuanto a causas y tratamientos. Hay una defensa explícita al uso y la efectividad del Ritalin y productos similares. Abundan artículos que promocionan medicamentos e incluso un listado con las direcciones de las farmacias que tienen a la venta novedades farmacológicas.⁴ Sus sugerencias para el diagnóstico se basan en la observación a los parámetros fijados por el DSM IV-TR, atendiendo únicamente a los síntomas conductuales observables.

La presidenta de la asociación Lic. Adriana Pérez Legaspi señala que “estamos frente a un trastorno que va a estar presente toda la vida y que solo pueden ser modificados los síntomas”. “Otra de las metas que se ha planteado Pérez Legaspi es tener acercamientos con las empresas farmacéuticas Novartis, Jansen-Cilag y Eli Lilly para que reduzcan el precio de los medicamentos, ya que dicho trastorno es crónico y requiere de su uso en toda la etapa de aprendizaje de un niño”. Y conocedora del tema recalca “Los infantes no toman un solo medicamento, sino que son cocteles de fármacos” (Ríos, 2006).⁵

De esta manera el niño diagnosticado con TDAH queda atrapado en las redes de la industria farmacéutica, con escasa posibilidad de ser escuchado y si de acallar

⁴ Claro ejemplo es Concerta, methylfenidato de una sola dosis es anunciado como la opción más práctica, una dosis cada doce horas, sin necesidad de interrumpir sus actividades para tomar su medicamento y evitando la pena de que los demás se enteren que el niño esta medicado. Así reza su campaña publicitaria. De la información sobre en donde conseguirlo AMDATHA se encarga.

⁵Los entrecomillados del párrafo pertenecen a este artículo.

sus síntomas. De aquí en adelante cualquier comportamiento “anómalo”, fuera de lugar podrá ser explicado por el padecimiento. Con facilidad el niño podrá ser interpelado como hiperactivo antes que como sujeto en estructuración. Habrá una respuesta anticipada para lo que haga. **El niño Ritalin** puede ser un modelo de anti-sujeto. Un no-lugar.

AMDATHA ha participado activamente en la elaboración de iniciativas para sancionar el maltrato, la discriminación y el trato diferente a niños con TDHA. Pugnando se castigue la negación del derecho a la educación, ya que documentan casos donde niños con características del TDAH son expulsados y les es negada la permanencia en la escuela. Ha solicitado también que se creen programas en los diferentes niveles de enseñanza para detectar y canalizar a los niños con TDAH. Aunque paradójicamente también señalan la necesidad de establecer normas para que sean los especialistas y no los educadores los que diagnostiquen.

Sin embargo en nuestro país no hay -por parte de la opinión pública, de las organizaciones educativas, profesionales de la salud, las comisiones especiales de la Cámara de Diputados, padres de hijos con TDHA y demás involucrados- iniciativas que señalen la necesidad de una evaluación interdisciplinaria que considere la singularidad de cada caso, alertas a la normativización en la administración de fármacos, a verlos como la última opción para el tratamiento y no como la vía más “fácil” y rápida, así como una investigación de los efectos de estos en los niños y en la familia que no se rija por intereses económicos. Hay sólo escasas denuncias al sobrediagnóstico (Ríos, 2006. Székely, 2009).⁶

⁶ En el artículo de Laura Ríos contradiciendo las opiniones de Legaspi se incluye la opinión de César Tort (especialista en conflictos entre padres e hijos) donde tacha al TDAH como enfermedad ficticia. Las denuncias al sobrediagnóstico provienen también y principalmente de psicoanalistas que trabajan con niños y que rechazan que la medicación sea la única vía para hacer frente a esta problemática. La periodista Ágata Székely en una revista de circulación masiva y centrada en la orientación al consumidor, para que elija los mejores productos que el mercado ofrece publica un artículo mostrando la opinión de detractores de la medicación y que pone en duda sus beneficios con base en testimonios de familias de diagnosticados con TDAH, además de cuestionar el proceder diagnóstico del DSM IV-TR e indagar sobre los efectos del metilfenidato y otros estimulantes.

La Federación Mundial de la Salud Mental junto con el Dr. Russ Barkley, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Medicina del Sur de Carolina, Estados Unidos, y los **laboratorios Lilly**, aplicaron un cuestionario a los padres de niños con TDAH. El estudio se realizó en distintos países y tenía como objetivo conocer las experiencias de la gente afectada por el TDAH. En México el reclutamiento de personas para contestar el cuestionario lo realizó AMDAHTA, aunque en su página web aclaran que sólo funcionó como contacto y facilitador para el ingreso al protocolo de investigación que fue realizado por la UNAM. Los resultados fueron presentados en Agosto del 2004. Señalamos a continuación algunos datos estadísticos obtenidos así como algunas cuestiones que pueden discutirse a partir de ellos. Desconocemos la cantidad de personas encuestadas y como se llevaban a cabo las entrevistas.⁷

2.3.1 Diagnosticar y medicar.

Más de la mitad de los padres encuestados (53%) señala que sus hijos fueron erróneamente con algún otro desorden previamente al diagnóstico de TDHA. Po supuesto se tendría que criterios se utilizaron para constatar el TDAH. Lo cual no se dice, pues se parte de que son portadores del trastorno. En México se encuentra el porcentaje más alto en este rubro de todos los países encuestados. El tiempo promedio que pasa desde que los padres visitan a un profesional de la salud y hasta que se emite un diagnóstico acertado es de 1.9 años. Por supuesto que los padres perciben este tiempo como un lento y difícil transitar. La burocracia en los sistemas de salud del país, y la escases de especialistas es reflejo de la estadística.

Los padres quieren aliviar los síntomas durante el día, esperan eso del tratamiento (81%). En la encuesta jamás se pregunta a los padres si quieren saber cual es la causa del trastorno. Pero sí, la mayoría acepta (93%) que los niños deberían de

⁷ Los resultados completos obtenidos en México pueden verse en el anexo 3. Para conocer los resultados comparativos de los distintos países donde fue aplicado el cuestionario remitimos a <http://www.deficitdeatencion.org/investigaciones.htm>

recibir tratamiento médico, farmacológico se entiende. Estadística que suponemos alegra a los laboratorios que promueven la investigación que arroja dichos datos. Lo interesante es que pocos padres (32%) piensan que el tratamiento que reciben sus hijos en la actualidad controla los síntomas. Sería conveniente saber que tratamiento reciben, la estadística aquí sirve para legitimar y reforzar la conveniencia del tratamiento médico. Para que se sigan creando nuevos medicamentos que cumplan con las demandas de los padres, efectos más duraderos con dosis única al día, etc. Pero también muestran que es difícil frenar el movimiento de los niños y que expresa lo difícil que es acallar el sufrimiento.

2.3.2 La familia en movimiento

La mayor parte de los padres se encuentran estresados y preocupados por sus hijos (93%), observan que el comportamiento de sus hijos acarrea dificultades con el éxito escolar. La mitad de los padres encuestados señala que las actividades familiares están alteradas. Los datos muestran una herida en el narcisismo parental. Para los padres muy posiblemente la causalidad es de origen neurológico. Y entonces ellos poco tienen que ver al respecto. No es que el entorno familiar esté afectado y que como consecuencia aparezca el trastorno. Pero lo contrario si.

En la realización de este estudio participó los laboratorios Eli Lilly fabricante de uno de los medicamentos más utilizados en el tratamiento farmacológico de la Hiperactividad: Strattera.⁸ Esto debe crear ya ciertos matices en la lectura de los resultados, no creo que se tenga que ser sumamente desconfiado para pensar

⁸ De paso cabe señalar que el laboratorio recientemente anuncio cambios en la etiqueta del medicamento en donde señalan un pequeño pero significativo aumento de pensamientos suicidas, en niños y adolescentes tratados con Strattera, observación obtenida de pruebas clínicas. Información más detallada en la página: http://www.deficitdeatencion.org/oct2005_02.htm.

Importantes polémicas surgen también sobre la posible adicción causada por el uso de Ritalín de laboratorio Novartis. La agencia antidrogas de EU coloca al Metilfenidato contenido en el fármaco como un estupefaciente, en el mismo nivel de la morfina y la cocaína. En el capítulo 3 de este trabajo nos encargaremos de analizar más a detalle la complicidad de la industria farmacéutica con las políticas de salud que tienen como verdadero móvil ganancias económicas millonarias.

que los resultados pueden estar orientados hacia remarcar la necesidad del tratamiento farmacológico, así como de la entronización de éste.

En este trabajo nos inclinamos hacia el rescate de la subjetividad. Proponemos como hilo conductor antes que la etiqueta TDAH, al sujeto. Creemos que la aceleración de los procesos propios de la posmodernidad tiene fuertes implicaciones en el surgimiento de nuevas patologías. Que se han creado epidemias que reales o no acogen a niños hipermovedizos producidos en cantidades insospechadas. Y que la aportación que desde distintos campos del saber se hace no debe ser descartada; que es necesaria una mirada interdisciplinaria; que el problema son los diagnósticos parciales en exceso, pero también que se medique a partir de generalizaciones, o parcializando en síntomas de origen desconocido. Y que se restrinja la conducta a criterios de normalidad que no dejan lugar para la singularidad, para la inadecuación, lugar fundante de la subjetividad.

2.4 La escucha psicoanalítica.

Para ser congruentes con el caso por caso propuesto por el psicoanálisis debemos decir que no hay desde este campo una explicación generalizable acerca del origen de la hiperactividad.

Existen diversas situaciones que pueden estar ligadas en cierta forma a la hiperactividad: Un duelo familiar, situaciones de abuso y de violencia, depresión, algún conflicto por el que atraviese la familia y que le robe demasiada energía al niño, una perturbación estructural más permanente, exceso de actividad escolar y extraescolar, problemas socio-económicos. El maltrato o el abuso pueden generar niños capaces de mostrar el sufrimiento, la tramitación de su angustia, con el movimiento incontrolado, pero también mostrarse introvertidos. En ambos casos el cuerpo dice algo, cuando grita o cuando enmudece. La imposibilidad de tramitar por el lenguaje un acontecimiento que deja una importante inscripción psíquica puede revivirse en un movimiento excesivo y fuera de control.

El título de este apartado responde a que desde el invento de Freud se presenta una escucha inédita del síntoma; una advertencia y un cuestionamiento a los medicamentos del espíritu, *modernas* camisas de fuerza (Roudinesco) como la vía para “suprimir” el sufrimiento psíquico.

El discurso psicoanalítico ha pintado su raya y se ubica en un lugar a-parte, su interés se centra en eso que la neurología y gran parte de las prácticas pedagógicas y psicológicas desechan: El lugar del inconsciente, un saber que determina y escapa al sujeto, pero que insiste en mostrarse. Y es precisamente en este corte que se contrapone al sujeto clásico (al in-dividuo), donde la falta del sujeto en relación al saber se muestra, hace síntoma.

Señala Freud en “El malestar en la cultura” que existen tres fuentes de sufrimiento; mismas que podemos encontrar ligadas con el TDAH: a) el propio cuerpo, b) la relación con los otros, y c) el mundo exterior. Atendiendo a esto desarrollamos este apartado de la siguiente manera.

Primeramente, a partir de algunos casos particulares presentados por distintos psicoanalistas podemos extraer algunas precisiones sobre la hiperactividad, recalcando (y no está por demás repetirlo) que la singularidad del sujeto nos impide establecer explicaciones únicas y totalizantes. Para ello, desarrollamos el recorrido necesario del niño para constituirse como sujeto deseante. Proceso en el que se pone en juego también el armado del cuerpo, la constitución subjetiva posible a partir del encuentro con el otro.

Más adelante y a partir de la afirmación de que todo síntoma va acompañado de angustia. Señalamos que en el TDAH el niño actúa su malestar nunca exento de angustia. Misma que se da al incumplirse con la exigencia que impone la época y al darse una inadecuación a lo esperado.

Finalmente mostramos algunas intersecciones entre la escuela y la producción de subjetividades inéditas. Creemos que la escuela se ha lavado las manos acerca de las mutaciones de las últimas décadas en su propio ámbito, pero ella ha puesto

su grano de arena como productora de sujetos que cada vez con más facilidad aparecen en las descripciones del Manual diagnóstico de la APA.

2.4.1 Imagen corporal, constitución del sujeto y TDAH.

La imagen del cuerpo, la adquisición por parte del niño de sus propios movimientos se dan en un entramado entre lo especular, la constitución del yo en tiempos del narcisismo primario y también con la entrada en lo simbólico. A continuación desarrollamos algunas ideas en torno a la constitución subjetiva para entender más adelante como se vinculan ciertas dificultades en este proceso, además de otras ligadas al armado del cuerpo con los TDAH.

Para Lacan el reconocimiento del niño en el espejo muestra la capacidad de la imagen del prójimo como formadora del yo. Pero el estadio del espejo se aleja del sistema percepción-consciencia:

“es un drama cuyo empuje se precipita de la insuficiencia a la anticipación; y que para el sujeto presa de la identificación espacial, maquina las fantasías que sucederán desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad –y a la armadura por fin asumida de una identidad enajenante, que va a marcar con su estructura rígida todo su desarrollo mental” (Lacan, 1989, p.90).

Es la imagen -que en primera instancia inserta una tendencia intrusa, una unidad primordial extraña- la que comienza a formar al yo. Posteriormente esta imagen dará entrada a un “alguien” mediante el drama de los celos: el objeto de satisfacción es poseído por otro, por un semejante. De una imagen se pasa a un alguien, se produce un salto mediante el cual el niño encontrará al otro que no es él; diferenciará al yo de los objetos y del otro. Así, a partir del encuentro con la imagen el niño ya no va a ser el mismo; quedara fijado a una imagen que lo enajena pero al mismo tiempo lo constituye. De ahí en adelante el niño se jugará en la tensión instalada entre una imagen que rompe el esquema de semejanza y

que no termina por reflejar todo y el sujeto que ve su reflejo en esa imagen distorsionada.

Cuando el niño se ve en el espejo los movimientos corporales se hacen propios, adquiere habilidad motriz que proviene no del mundo cognitivo sino del exterior pues es su imagen en el espejo la que logra que dicha habilidad quede instaurada.

“El movimiento corporal se conquista bajo la forma virtual, en el espejo está la imagen pero también está el Otro que sostiene al niño con su palabra. Esa imagen del cuerpo no se constituye sin el sostén simbólico que representa la madre, su mirada y su voz, diciéndole al niño “ese sos vos” y deseando algo allí” (Pernicone, 2005).

La constitución subjetiva recorre un largo trayecto; desde antes de nacer se va construyendo una matriz simbólica e imaginaria alrededor del niño que habrá de embestirlo al momento de su nacimiento. Los padres proyectan sus deseos, esperan ciertas características que el bebé habrá de tener; hablan sobre el futuro hijo; lo espera un soporte de deseos, de discursos. El niño cuando nace es ya un entramado de deseos de los que lo rodean, se le asigna un nombre, un apellido, ideales impuestos por los padres, es portador de deudas paternas, se sitúa al niño en un linaje, una historia familiar.

El niño nace siendo objeto de deseo del otro, en primera instancia de la madre.

“La insuficiencia del desarrollo del sistema nervioso lo coloca en una dependencia radical del gesto del prójimo; el humano recién nacido está desde su origen condenado a la socialización o a la muerte. Esta inferioridad biológica con respecto al animal abre una brecha que lo entrega en manos del otro” (Jullien, 1992, p.36).

Nacemos prematuros y permanecemos así hasta la muerte, dicha inferioridad biológica es conservada toda la vida como un estigma, sin embargo el inacabamiento orgánico se suple con la identificación en la imagen especular y es en ese otro donde encontramos un punto de anclaje para nuestro ser prematuro.

En ésta primera relación con la madre el niño se identifica como el objeto de su deseo de ella, como falo. Pero el niño no es todo para ella y ambos tendrán que descubrirlo para que comience la puesta en marcha de la constitución subjetiva del niño. El paso de Objeto a Sujeto comienza con las ausencias de la madre; el niño se enfrenta con que la madre tiene otra vida fuera de él, se ausenta y presenta, da o no según su voluntad, responde al grito-llamado del niño según su capricho, atiende a otros hijos, se va de casa, regresa. Con estos movimientos de la madre el niño se comienza a cuestionar si es todo para ella. La manera en que responda a esta pregunta será un gran paso para su conformación como sujeto. El niño aparecerá como privado de algo, de la misma forma que la madre está privada del falo en tanto sometida también a la ley simbólica. La ley aquí aparece como omnipotente e incontrolada.

En lo imaginario el niño depende del deseo de la madre, lo que el niño desea más que los cuidados de la madre es ser su deseo.

“Aquella madre que va y viene, a la que se llama cuando no está y cuando está es rechazada para poder volver a llamarla. Ese algo más que falta es precisamente la existencia detrás de ella de todo el orden simbólico del cual depende, y que como siempre está más o menos ahí, permite cierto acceso al objeto de su deseo; que es ya un objeto tan especializado, tan marcado por la necesidad instaurada por el sistema simbólico, que es absolutamente impensable de otra forma sin su prevalencia. Ese objeto se llama el falo” (Lacan, 1999, pp. 188-189).

La necesidad en Lacan es la demanda significada, por eso arriba habla de ella pero instaurada por lo simbólico.

La necesidad se metafORIZA en demanda, no la sustituye, ni recubre por completo, ese resto que no alcanza a decir es el deseo.

“La demanda de amor busca los signos de presencia del Otro todopoderoso en forma incondicional. El Otro primordial, representado eventualmente por la madre, al responder a esta demanda le reconoce como faltante en tanto que ella misma

es confrontada a la falta. Esta dialéctica no sutura la hiancia sino que la presentifica” (Tendlarz, 2007, p.37).

El falo encarna la falta, la representa, metonímicamente sostiene la ecuación niño-falo; metafóricamente aparece como significante del deseo del Otro; organiza imaginaria y simbólicamente la estructuración del sujeto.

En un primer momento el niño se enfrenta a un Otro absoluto, a la madre como objeto primordial que vehiculiza el lenguaje y está en juego para el aquí, ser o no el objeto de deseo de la madre.

Será necesaria la entrada de un Tercero. Algo que los trascienda para que quede inaugurada la simbolización, un “más allá”, Designamos a este tercero como la función paterna, en el entendido de que no es presencia sino palabra, por lo que nada o poco tiene que ver con el padre biológico del niño. Dicha función se establece a través del discurso de la madre, basta con que ella hable sobre otro a su hijo para que la función paterna se ponga en marcha. El padre aparece como castrador, en la separación muestra al niño que el no es el falo, y a la madre que ella no posee el falo. A la madre prohíbe reingresar su producto y en el niño viene a separar,, a imposibilitar que éste se identifique con el objeto del deseo materno. La prohibición paterna acota el goce pulsional con el cuerpo de la madre y abre al deseo. Lacan habla sobre la imposibilidad de goce que tiene el sujeto que habla, para el que habla el goce esta prohibido, sin embargo algo del goce se cuela en la palabra.

Hay que insistir que la función paterna es simbólica, está más allá de la madre y el hijo, los trasciende, es una metáfora que posibilita la construcción de otras metáforas en tanto introduce a la dimensión del deseo. El deseo se sostiene en el Nombre-del-Padre al introducir la falta entre la madre y el niño.

Del modo en que el niño salga del movimiento, del como se acote el goce en el que madre e hijo están involucrados tempranamente, como se posicione la madre frente al hijo y el deseo de éste ante la madre con la instalación de la función

paterna se tendrá como resultado un abanico de estructuras y -en tanto no hay incorporación perfecta a la ley- de patologías.⁹

La subsecuente identificación con el padre marca la entrada en el universo del lenguaje y por lo tanto en la cultura. La intrusión del significante Nombre-del-Padre es también la inauguración del niño como sujeto. El tránsito de la identificación con la madre, en tanto objeto, a la identificación con el padre como sujeto. Es la madre la que reserva un lugar a la palabra del Nombre-del-padre para que de entrada a la Ley, hay un movimiento: el deseo de la madre es sustituido por el Nombre-del-Padre y con esto el niño podrá nombrar al causante de su falta. La posibilidad de socializar y de ir en busca de nuevos objetos se inaugura también, el niño podrá estar con otros porque no pudo estar con la madre; para que haya búsqueda tuvo que haber una pérdida.

Para Lacan una metáfora es: “Un significante que viene en lugar de otro significante. El padre es un significante que sustituye a otro significante” (Lacan, 1999, p.201). El significante que viene a sustituir es el significante materno. El Nombre-del-Padre confiere la categoría de sujeto deseante.

“El beneficio de esta adquisición sólo se obtiene por medio de una nueva alienación. En efecto en cuanto se transforma en sujeto deseante el deseo de ser parlante se vuelve cautivo del lenguaje en el que se pierde como tal, para ser representado solamente por significantes sustitutos que imponen al objeto de deseo la calidad de objeto metonímico”. (Dor,1994., p.100).

Hemos hecho notar que la función de la madre y el padre es simbólica. Hay una identificación del niño con la madre y el padre; pero también de estos con el hijo. Esteban Levin (2004) ha denominado a esto como “doble espejo”, “donde no sólo la madre funciona como espejo para ese hijo, sino que también el funciona como espejo para esa madre” (p.96.). **La función del hijo** es aparecer como una

⁹ Esto no representa una patologización de la infancia como si lo hace un diagnóstico sintomatológico (DSM) del TDAH que pasa como problemas conductas inherentes a cualquier niño. Desde este enfoque nosológico se intenta despatologizar la estructura psíquica. Misma que nosotros rescatamos como “necesaria”, pues en la inadecuación se funda la subjetividad, la singularidad de cada sujeto.

incógnita para los padres. El niño-hijo coloca a los padres también en una nueva posición simbólica. Hay una renuncia necesaria a aparecer como hijos, pero también como hombre y mujer para de ahora en adelante con ésta pérdida constitutiva emerger como padre y madre.

Una posible lectura del TDAH desde el psicoanálisis es ligando el trastorno a los modos de entrada en lo simbólico. La vivencia del Complejo de Edipo y la inscripción de la Ley paterna son la condición para advenir sujeto así como, “para insertarse en el mundo social, que implica que puedan desarrollarse y desplegarse ciertas y determinadas actitudes y destrezas como la capacidad para la quietud, para escuchar, atender, responder, interactuar con los otros, tolerar, interesarse, así como aceptar responsabilidades y normas” (Casanova, 2005).

Podemos pensar la excesiva movilidad como un llamado a que se asigne un lugar dentro de la estructura parental. Una madre persecutora que no deja espacio en el niño para la duda, la reflexión y la quietud, que no deja de dar ordenes al niño, le deja poco espacio para descubrir su propio deseo. No aparece al llamado la Palabra paterna que rompa con la relación madre-hijo, quedando éste aprisionado y desfavoreciendo su advenimiento como sujeto de deseo.

La conquista de la acción motriz es una condición para ir más allá del goce narcisista con la madre. Los primeros atravesamientos del cuerpo-órgano por el lenguaje, donde movimiento y palabra se entrelazan. Y que son posibles si hay algo que trascienda a la madre, un más allá de ella que testifique la intervención de la metáfora paterna.

A partir de aquí viene un progresivo dominio psicomotriz, deambular, correr, saltar, subir escaleras, etc. El movimiento “constituye una forma de desprendimiento de lo materno y al alejarse y separarse el niño cae del dominio fálico de la madre” (Pernicone, 2005).

En el movimiento excesivo el niño no encuentra un límite a su aplastante inquietud, la asistencia de la Palabra paterna aparece difusa o inexistente. La ley no aparece de manera clara y el movimiento desafiante la llama con

desesperación. En el “no parar”, “moverse como motor” y en la aceleración hay un intento de desprenderse de la demanda materna. “Forma de movimiento, que en su andar ansioso, representa un intento activo del escaparse del encierro objetivante que permanecer allí supone. (Movimiento que se organiza en relación a desasirse de la demanda del Otro” (Pernicone, 2005).

Cuando desde la psicología y el ámbito educativo se insiste en la necesidad de poner límites al “niño hiperactivo” se hace pensando en frenar conductas. Se estrellan contra un niño que no para, que marcha desbocado sin atender y que sí, efectivamente clama por un límite, pero que venga de otro lugar virtual, desde una terceridad que atraviese el discurso materno. Es necesario que el límite venga de la función paterna, y que hayan sido llamados, reprendidos y hasta expulsados por el maestro(a) o director escolar no basta. Se pone un límite a la conducta pero no al goce. El maestro no puede hacerlo, pero desde aquí puede entender por que el niño no para de moverse, de contestar mal, de agredir a sus compañeros, por que no atiende. El niño pide un freno al goce que lo involucra con su madre.

El estatuto del padre se ha modificado en distintos momentos históricos. El siglo XX nos reveló la declinación de la figura paterna (Jullien, 1990. Milmaniene, 2004, pp.15-59). El discurso médico pone en entredicho y vuelve obsoleto el fundamento de la paternidad sustentado en la procreación. Con la inseminación artificial y las modernas técnicas de fecundación la paternidad biológica ya no es más la razón del ser padre. No sólo la ciencia sino también el campo jurídico subrayan esta insuficiencia. La madre podrá o no registrar al niño como hijo del **procreador**. Y ya lejos quedó el fundamento de la paternidad atribuido a las nupcias, al lazo conyugal, el hijo que tiene como **padre al esposo de la madre**.

Con los derechos del niño, desde el siglo XIX pero más claramente en el XX, “padre” es el que se hace cargo del niño, el **padre educador**; el encargado directo pero que habrá de asumir esta función siempre bajo los lineamientos del Estado. El Estado regula la relación entre padres e hijos y establece los límites y las condiciones bajo las que esta relación habrá de regirse. También surgen saberes que velarán por los intereses del niño y que sustituirán gradualmente atribuciones

que previamente eran exclusivas del padre. Pediatras, psicólogos, pedagogos, etc., que deben atender las demandas, cuidados y derechos del niño, vigilar que sean atendidos sin violencia.

“De esta manera la justicia, desde hace más de un siglo, multiplica los controles judiciales y administrativos para limitar el poder paterno. Y de esta manera cuando el niño tiene dificultades psíquicas, sociales, escolares, se dirá entonces, con mucho gusto, o de buen grado, que hay una carencia paterna. En efecto, la paternidad, hoy porque es ocupacional, se convirtió en social, es compartida, estallada, plural y entonces por definición es intercambiable por el bien y el interés del niño” (Julien, 1990).

Con el paso del tiempo fue el Estado el encargado de regular las relaciones familiares. El desgaste de la familia como institución capaz de forjar lazo social entre sus miembros ha generado que ahora sea el Estado el que se encargue de atender ciertas demandas que anteriormente eran satisfechas por la figura paterna. Los problemas infantiles pasan a ser cuestión de Estado y abandonan su carácter de problemas privados exclusivos del seno familiar. Sin embargo en la actualidad esta función del Estado es también puesta en duda y se pone a debate la llegada de un nuevo regulador de relaciones sociales ¿el Mercado tal vez?

En la actualidad la desacreditación del padre, declinación o como se quiera llamar ha devenido en efectos en la subjetividad. ¿Qué ha tomado su lugar?

“La razón por la que actualmente el padre no se encuentra sosteniendo la tradicional relación al saber es porque allí ha tomado el relevo el discurso de la ciencia, la que a su vez no espera que el saber sea producido por ningún sujeto sino que este discurso ya se ha ocupado de crear los programas de satisfacción” (Prandi, 2004, p.149).

Podemos agregar que el discurso de la ciencia se encuentra cobijado por el mercado. Es decir, allí donde la función paterna debiera aparecer como una prohibición que dejara un vacío abriendo camino al deseo, aparecen múltiples posibilidad de “satisfacción”, intentos permanentes de colmar la hiancia bajo el

imperativo: “goza”. Estas “necesidades” impuestas son el sostén del mercado, que basa su relato en la decepción que causa la insatisfacción pulsional, cerrando el ciclo de la oferta y la demanda.

Es el goce ya no ligado a la ley paterna sino regido por una economía mercantil. “En términos discursivos quiere decir que la producción del objeto *a*, como vía de recuperación de un goce que la operación del padre deja interdicto, se sustituye por un falso plus de goce que depende de la ley del mercado” (Prandi, 2004, p.149). El objeto *a* es la forma que se torna exceso para cubrir una falta fundamental y constitutiva. El falso plus de goce al que se hace referencia, representa el intento por dotar de objetos sustitutivos a algo que está perdido desde el inicio, un objeto caído del discurso, que no nos pertenece pero que pone en movimiento nuestro deseo.

Ahora bien, elucidar este déficit de la función paterna y de la acción del Nombre-del-Padre con efectos en lo simbólico ha sido desde hace años tarea del psicoanálisis. Hay también una tendencia desde la psicología y la pedagogía a hacer notar la “crisis de autoridad y poder” de los padres sobre los hijos. Contra “Hijos tiranos” con “Síndrome del emperador” y otros nombres similares que han adoptado para reconocerlos sugieren disciplina, reglas y contratos conductuales. Argumentan sobre las causas de pérdida de autoridad sobre estos “niños sobreprotegidos” (Vid. Chávez, 2008): La culpa por no saber manejar la abundante información sobre psicología y pedagogía del niño y adolescente que les genera miedos y angustia ante la posibilidad de afectar su “autoestima” o “traumarlos” si no los complacen en sus demandas; el poco tiempo que pasan con ellos genera la creencia de ser “malos” padres; entre otros. Encuentro en estos textos observaciones importantes pero también una “ordenación natural de la vida”, es decir, sostienen que hay un equilibrio natural en la organización familiar, que la dota de armonía y que se sustenta en la jerarquización y el cumplimiento de roles, (la madre debe cuidar a los hijos, al amparo de la tesis de la maternidad como acto natural y espontáneo, un instinto materno que debe ser respetado para conseguir la homeostasis en las relaciones familiares) una construcción también

de la normalidad, de la familia normal. Aunque tiene que ver con este trabajo la cuestión del ejercicio de la autoridad consideramos que esto requiere una revisión específica y exhaustiva que rebasa nuestros objetivos.

Cada niño es una conformación subjetiva diferente. Por esto desde el psicoanálisis insistimos en lo inadecuado y contraproducente que resulta diagnosticar encerrando en categorías. Pensar al niño desde su singularidad ya incide incluso en lo escolar. Al niño hiperactivo parece no bastarle una orden para dejar de moverse, su estructuración no le ayuda y habrá que escucharlo de otra manera. Lejos de marcas diagnósticas que le arrebaten la palabra.

2.4.2 La angustia en escena.

Desde antes de nacer al niño ya lo esperan los deseos paternos. Los padres construyen un espejo ideal a partir de su propia historia infantil en el que viene a reflejarse su hijo. Ahora bien, dicho espejo lleva también toda la carga que impone la exigencia social, escolar y del mercado a los padres. Desde aquí se interpelará al niño-hijo como objeto de consumo. Su desarrollo, el dominio corporal, y las habilidades cognitivas y conductuales; así como el dominio de actividades pedagógicas y de instrumentos técnicos lo posicionarán como más “apto”, un digno representante acorde a la velocidad y exigencia de los tiempos, será competente en el mercado.

Son frecuentes las escuelas de preescolar que sustituyen horas de juego por clases de idiomas y ejercicios de preparación a la lecto-escritura. Colegios que demandan que a la entrada a la primaria los niños lean, escriban y tengan cierto dominio de las operaciones matemáticas básicas, en muchas ocasiones sustentadas en un aprendizaje memorístico (adiestramiento) que no pocas veces deviene en una pobre comprensión lectora y de los procesos de solución de problemas.

Fuera del campo educativo esta necesidad de velocidad, de exigencia de resultados rápidos se presenta también con remarcada insistencia. Al presentarse alguna “deficiencia” en el desarrollo, comportamientos o aprendizajes fuera de lo esperado, y ante ciertos síntomas que incomoden la vida familiar surge la demanda de solucionarlos rápidamente. Es el hándicap donde el niño no puede rezagarse. La función del hijo aquí “falla” constantemente o se ve cuestionada. Pensamos que lejos de carencias o falta de entrenamiento de ciertas habilidades cognitivas o conductuales se presenta un entramado ligado a una inadecuación lógica de la estructuración subjetiva.¹⁰ Las paradojas de la aceleración posmoderna,

“los efectos de esta urgencia-exigencia generan en la infancia nuevos y famosos síntomas (anorexias y bulimias infantiles, niños hiperquinéticos, síndrome disatencional, crisis nerviosas-agresivas, adicciones, depresiones, insomnio, para citar sólo algunos de ellos. Lo que en esta sintomatología está en juego es siempre el gran temor y angustia del niño de perder el amor parental, acrecentado ante semejantes exigencias que no puede cumplir” (Levin, 2004, p.98).

En la actualidad es común la preocupación y angustia de los padres por no cumplir con su función, de fungir como autoridad e imponer límites. Está es una muestra de la declinación (¿o inversión?) de la figura del padre que anteriormente sustentaba y en el que se depositaba la posibilidad de brindar salud, servir como guía y modelo al niño. Las expectativas familiares están puestas en los hijos, que son urgidos a ser más y mejores que sus padres, las frustraciones parentales deben ser enmendadas por ellos.

Al ser el niño espejo de los padres se intenta que se refleje como ideal. El ideal para el niño aparece presentificado, al instante, y no a futuro. Hay que ser ese ideal esperado en la casa, en la escuela y en todo contexto donde el niño se

¹⁰ El pasaje por el estadio del espejo supone también la maduración de ciertas habilidades motrices y cognitivas que encuentran en él, el punto de arranque. El espejo producirá la posibilidad de adquirir modelos cognitivos, conductas y habilidades que en un inicio provienen del exterior, de otro.

desenvuelva. La pérdida de sentido de la palabra del otro en nuestro tiempo ha trastocado la educación como promesa de bienestar a futuro. Maestros y padres como portadores de la palabra han perdido autoridad.

El niño en su función aparece (o no) sin saber cuál es su lugar, angustiado, moviéndose desenfrenadamente, temiendo permanentemente la presencia del otro. “Ante este exigente espejo ideal, el niño inteligentemente responde moviéndose. Capturado por la acción, está atento a estar dis-atento. Actúa a través del movimiento, la angustia incontenible de un niño que se queda sin espejo” (Levin, 2004, p.99).

La imposibilidad del niño de apropiarse de su historia y así encontrar un lugar desde donde simbolizar y representar lo imposible de su malestar habla de dificultades en la estructuración subjetiva y no sólo de conductas disruptivas. Al privilegiar y centrar las prácticas de intervención exclusivamente en ciertas conductas “disfuncionales” se da pie a intentar encasillar a estos niños en diversos historiales de diagnósticos y señalamientos de problemáticas orgánicas.

Esteban Levin (2004) relata que un niño diagnosticado como disatento exclama: “No soy yo el que me distrae, es mi cerebro que maneja mi cuerpo” (p.86.). Frase que enuncia la fragmentación y negación del sujeto al hacer impropios sus actos. Es su cerebro que no es de él y que aparece como el conductor de sus acciones, que se le muestra ajeno. “En el mecanismo de negación y escisión se pone en escena el dramatismo y la angustia de lo que para él no tiene explicación; inteligentemente genera entonces una versión posible, alegórica, frente a lo imposible de dominar y representar” (Levin, 2004. p. 86).

Esta ajenidad corporal por paradójico que parezca pone de manifiesto el lazo que une el sufrimiento con la imagen corporal en el TDAH. El niño así diagnosticado se muestra acelerado pero permanentemente al Otro que lo mira representando el síntoma que lo encubre de la angustia, que es demanda de un Ideal colocado en lo corporal. Hay angustia en esa relación con el Otro, pues en esa relación se sostiene su propia imagen.

2.4.3 Juego e hipermovilidad

El niño se constituye también en el jugar, pues desde allí se coloca en un lugar diferente (el espejo) en relación a otro. El juego implica parar y respetar límites, reglas, y el excesivo movimiento, el andar impulsivo y la desatención lleva a actuar la angustia, a desbordarla y no a jugar, pensar o prever lo que vendrá. El juego como señala Lacan (1989b) es asunto de escritura y no de pantomima (p. 492).

Hay en el TDAH una dificultad o imposibilidad para encontrar espacio para el juego. Recordemos que uno de los ítems del DSM IV-TR para el diagnóstico de la hiperactividad es: “a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo” otro más es “a menudo tiene dificultades para jugar”. Jugar es angustiante, no hay espacio para lo ficcional, para la escritura, donde hay que representar una ausencia, representarse en otro significante, y en su lugar aparece un movimiento excesivo, disatención, sin posibilidad de desdoblarse en personajes, construir metáforas, en un atrapamiento sí a un significante que lo habita y que lo mantiene presente, la etiqueta TDAH. El movimiento mismo pone en escena la angustia, es la respuesta a la incapacidad del niño para entender y tramitar en palabras lo que le pasa.

El furor clasificatorio del DSM IV-TR justifica y legitima como siguiente paso la psiquiatrización y la intervención que soslaya la explicación, que ignora las determinaciones patológicas. No es ningún descubrimiento el afirmar que hay un intento por excluir la subjetividad. Por supuesto que intervenir atendiendo exclusivamente a lo sintomal vuelve innecesarios los estudios longitudinales. Pues se cree que al eliminar conductas indeseadas el problema esta resuelto. Observar y estudiar los efectos a mediano y largo plazo mostraría quizás que la intervención de éste corte. Los malestares podrán “desaparecer” pero al ser suprimidos mutarán hacia nuevas formas de expresión. Silvia Bleichmar (1998) señala que algunos niños diagnosticados como hiperactivos y medicados por un tiempo devienen posteriormente hacia cuadros psicóticos (p. 45).

2.4.4 Inadecuación escolar.

En la escuela se localizan y expresan distintos malestares que conforman gran parte de los síntomas de la infancia. Es principalmente porque no se logra un rendimiento esperado que comienzan a detectarse niños inquietos, agresivos, distraídos, con dificultades específicas para lograr aprendizajes y relacionarse con los demás.

Algunos trastornos de inicio en la infancia descritos en el DSM IV-TR no han sido de gran interés para las ciencias médicas (por ejemplo: trastornos de la lectura, del cálculo, del lenguaje y los de la expresión escrita). No ha pasado lo mismo con los TDAH o el Trastorno negativista desafiante, que cada vez de manera más temprana son objeto de diagnóstico y también de tratamiento farmacológico.

Esta asociación con el fracaso escolar y la incapacidad de los padres de lograr controlar y convivir con los así nombrados aparece como constante demanda en los consultorios psicológicos.

Hemos ya hecho notar antes el efecto boomerang que representa para la educación estos niños. El sistema propone conocimientos que intenta generalizar y hay en estos casos algo que no se ajusta, pero que se desprende del sistema mismo. Las propuestas educativas de finales del siglo XIX e inicios del XX están en el origen del psicoanálisis y no únicamente lo contrario. Así, estos nuevos síntomas infantiles manifestados, agudizados u observados en la escuela plantean nuevamente interrogantes al psicoanálisis. “Desde nuestra orientación sostenemos que el ser hablante sufre una inadecuación estructural, y no es sino la consecuencia de cómo dicho desajuste es tratado como se producen los síntomas de cada época” (Prandi, 2004, p.136).

Desde aquí podemos leer que cada niño se coloca de manera diferente frente a la angustia, que es estructural, y por lo tanto un estado siempre presente. Pero que se enlaza como malestar en una época caracterizada por la instantaneidad y que

origina nuevas modalidades del síntoma. La tecnología provee de adelantos, comodidades y servicios a la mano para el disfrute y no es paradójico que la época no admita el estar mal del niño.

Analizamos los efectos del diagnóstico emanado del DSM IV-TR y del discurso de la ciencia en el TDAH en el siguiente capítulo. Para éste apartado nos centramos en el TDAH como síntoma que insiste en mostrarse en el campo educativo dado que en otro lugar y de otra forma no han sido escuchados. Con su movimiento el niño hiperactivo no responde a las leyes que en la escuela debieran guardarse, ante la imposibilidad de regularlo el saber educativo queda cuestionado.

“El hecho de que la infancia sea un tiempo de despliegue y desarrollo de potencialidades hace que signos tales como ‘no lee’, ‘no dibuja’, ‘no razona’ puedan ser considerados indicadores que lleven a la consulta cuando cuestiones más cruciales de la constitución subjetiva no pueden ser vislumbradas” (Baraldi, 2002, p.47).

Con el TDAH encontramos en la escuela que los aprendizajes muestran discontinuidades, es desde este campo de donde regularmente viene la demanda de intervención clínica. Para analizar esto y sus consecuencias conviene hacer algunas precisiones conceptuales, clarificar el abismo que separa el adiestramiento del aprendizaje. Existen niños que son entrenados a leer y realizar operaciones lógico matemáticas incluso en los primeros años. Se ofrecen cursos de lectura veloz, programas y herramientas para optimizar el “aprendizaje”. Si se entiende el aprendizaje como una respuesta previamente condicionada o entrenada aceptamos que los humanos somos adiestrables.

Quisiera plantear una experiencia para ejemplificar o problematizar los términos que intentamos clarificar. Al practicar ya hace varios años en la CUSI en la materia de Educación Especial se trabajaba desde un enfoque conductual. Se nos pedía que incidiéramos en el entrenamiento de habilidades básicas que sirvieran como soporte de otras de mayor complejidad. Así, evalué, planeé una intervención en habilidades de atención y seguimiento de instrucciones con Alan, un niño de 5

años aproximadamente y que ahora podría considerar estaba más del lado de las psicosis. La intervención se movía en el plano del adiestramiento, ignorando por supuesto la búsqueda de causas, se reforzaban por aproximaciones sucesivas las conductas deseadas.

Había algo que me llamaba la atención, Alan podía clasificar objetos. Su padre vendía dulces de distintos tipos en los camiones. Los asesores pedían que hiciéramos una visita a su casa, en ella pude ver como separaba dulces (3 o 4 tipos diferentes) y los organizaba en filas casi perfectas. ¿Esto entra dentro del campo del aprendizaje? Me parece que no, pero por un lado pone en duda una concepción desarrollista-lineal de la adquisición de habilidades; y por otro, muestra que un niño puede armar rompecabezas complejos, mostrar madurez visomotriz, tener producciones en el aula, pero esto no siempre es señal de que estemos en el terreno del aprendizaje. La especificidad del aprendizaje debe buscarse en otro lugar, debe hacerse ver a la par del sujeto.

Silvia Bleichmar (1998) tiene una propuesta similar, retomando a Habermas sostiene que hay que diferenciar entre un comportamiento regular y la acción. En el primero hay una observación de un proceso, de un comportamiento que tiene que ver con las regularidades. La acción en cambio es dirigida por normas y reglas, es un comportamiento intencionado que puede ser entendido. Lo que los diferencia es el sentido. En el primer caso se observa, se describe, en el segundo se comprende la acción, una norma, se interpretan los movimientos y la intención de la gente.

Desde esta perspectiva surge el preguntarse ¿cómo ver los comportamientos hiperactivos? Un camino es describiéndolos, pero en la conducta humana hay interrelaciones subjetivas, intenciones mediando entre sujetos, significaciones que deben ser comprendidas.

“Es desde esta perspectiva, entonces, que volvemos a la cuestión de la hipetrkinesis para definir las acciones humanas en términos de aquello que debe ser comprendido, restituido o engarzado en algún nivel de

significación, previo o propuesto al sujeto, si es que pretendemos que sus comportamientos devenguen acciones válidas en el ejercicio de la práctica social” (p.49).

El organismo está dado desde el nacimiento, por naturaleza; pero será necesario que un sujeto lo habite para que podamos hablar de cuerpo. Es importante esto porque cuerpo y aprendizaje se entrelazan. Hemos visto antes como se constituye el sujeto, podemos decir entonces que no hemos evocado otra cosa que el habitar del cuerpo.

“Cualquier otro cachorro sabe exactamente qué debe hacer a las pocas horas de nacer. El cachorro humano no sabe nada, tiene un par de reflejos nada más, como el de succión y quizás el de mirar, pero si no hay Otro que tome una posición de deseante respecto de él y articule este reflejo de succión, [...] otro que pueda ofrecer su propia mirada como timón de los ojos del pequeño, estos dos reflejos rápidamente van a desaparecer” (Baraldi, 2005, p.19).

Hay una dependencia como ya vimos al deseo del otro. Y el aprendizaje estará marcado guiado a partir de la demanda del que al cuidarlo le habla al niño; al menos eso es lo esperado. Y así se incorpora la voz y la mirada. Y aquí el aprendizaje ya está en juego. La consolidación del cuerpo en esta primera etapa, o en otras palabras la consolidación del “yo soy”. Las dificultades en el armado del

Una vez que esta en escena el “yo soy” debemos pasar al “yo pienso”, lugar del saber. Cuando un niño pregunta esta es posibilidad de dejar de ser todo para el Otro. La pregunta sitúa el no saber en el Otro. Y es también una renuncia de ser todo para el Otro en tanto este puede desear otra cosa. “Entonces, ubicaría el campo del aprendizaje entre el cuerpo y la palabra, la palabra tiene que ver con la búsqueda del saber, de averiguar, con el preguntar, con el disentir, con el discutir” (Baraldi, 2005, p.19).

Hablar de sujeto en psicoanálisis (\$ para ser más precisos) implica una ruptura con la noción de individuo (indivisible). Sujeto lleva implícita una idea de sujeción, una ley que constriñe y al mismo tiempo posibilita ser, otro. Condición para la

constitución del sujeto –no está dado, adviene- como ya hemos apuntado. No se trata de un sujeto que posea una dimensión consciente y una dimensión inconsciente, sino de un **sujeto del inconsciente**.

El aprendizaje se sitúa entre el Otro y el \$. No hay aprendizaje sin \$ ni lo contrario. Es necesario que otro demande al \$ aprender para que el aprendizaje tenga lugar. “Si no hay otro que espera que un niño aprenda a vestirse, a atarse los zapatos o a recordar los días de la semana, etc., difícilmente estos aprendizajes pueden ser consolidados” (Baraldi, 2002, p.47).

Considerar esto nos sirve para pensar las dificultades de los aprendizajes. Los TDAH vistos como una tensión entre el \$ y el Otro, donde comportamientos deseables y aprendizaje se ven imposibilitados. Y donde la obstinación por enarbolar la observación de conductas para nombrar un trastorno se erige como oferta seductora. Y es así porque esta vía representa una negación de la falta de que No-Todo puede ser dicho al anteponer un Universal. Toda nueva revisión del DSM es un intento equiparable al de Sísifo por que nada escape a su descripción. Pero la subjetividad del \$ es inatrapable y obstinadamente terca.

La apuesta desde el psicoanálisis es historizar y no silenciar, que el órgano sea habitado por un cuerpo. Cuando el otro aparece tensionando la relación con el \$ no hay adiestramiento que muestre avances. Proponemos no tipificar, optar por un no saber, por reconocer que el lugar que la ciencia llena está vacío. Esto representa una ética del sujeto en la que su síntoma lejos de ser acallado es considerado una verdad.

Siempre y afortunadamente quedará inconcluso el intento de explicación de la hiperactividad desde el punto de vista psicoanalítico. Intentamos aquí llamar la atención sobre la necesidad de una escucha del inconsciente y del Otro. Que la hiperactividad y la desatención son la tramitación de angustias y de limitaciones para poner en palabras. Limitaciones para expresar de otra forma el malestar del sujeto, que él padece también la excesiva movilidad pues esto deriva en problemas con la familia y la escuela.

Los siguientes capítulos pueden ser considerados una deconstrucción del TDAH a partir de elementos brindados por el psicoanálisis en su mayoría. Primeramente mostramos que hay síntomas que responden a una época. Observamos la necesidad de contextualizar los malestares infantiles de la época. Posteriormente discutimos y oponemos al diagnóstico que se desprende del DSM IV-TR consideraciones epistemológicas y éticas, haciendo notar que tiene un biologicismo encubierto y finalmente, analizamos el discurso de la ciencia que legitima el proceder-médico farmacológico y que se erige como modelo Universalizante.

Capítulo 3

Posmodernidad e infancia

“La infancia era, desde el fondo de su irrealidad, desde el fondo de su idiotez, uno de los últimos bastiones de la ilusión poética del mundo [...] Pero que como los muertos, como las mujeres, como las masas, como el objeto, como todas las categorías expulsadas de la razón dominante, conserva todos los medios para vengarse”

Jean Baudrillard

La resignificación de conceptos tan esenciales como infancia, autoridad, Dios, sujeto, Otro, etc., implican un cambio en la propia condición humana, resulta imposible pensar que el tiempo no nos trastoca. La posmodernidad ha traído un nuevo lenguaje para comprendernos, y su efecto ha sido catastrófico, pues antiguas categorías que nos resguardaban se han desmoronado. Y cuando ya no hay certezas la incertidumbre se vuelve difícil de sobrellevar; cambian nuestros actos, nuestras palabras, cambia la manera en que pensamos el mundo y nos relacionamos en él.

En este marco de cambios en el lenguaje, de invención de formas nuevas de nombrar las cosas, de replanteamiento de conceptos y significados; conviene reflexionar sobre los efectos del tiempo en nuestra subjetividad. Podría decirse que estamos frente a una transformación de la condición subjetiva, que el sujeto actual se presenta bajo modalidades diferentes al sujeto de generaciones anteriores. La aparición de nuevos síntomas tales como la depresión o los desordenes alimenticios, el dominio de la toxicomanía, la multiplicación de niños con trastornos sociales, el surgimiento de goces y sufrimientos inéditos, etc., son una muestra clara de que estamos presenciando el advenimiento de una nueva forma de subjetividad cuyas manifestaciones están determinadas por la ausencia de referentes simbólicos.

Los tiempos precedentes a la posmodernidad se caracterizaban por la presencia de un gran Sujeto, un Otro que regulaba todos los aspectos de la vida social y que se encargaba de otorgar a los individuos una condición subjetiva que les permitiera realizar intercambios sociales; “los sujetos hablantes, simbolizables como *yo* y *tu*, nunca dejaron de construir terceros, eminentes <<él>>, dioses ante quienes podían autorizarse a ser” (Dufour, 2007, p.38), este Otro explica la cuestión del origen y asegura a los sujetos una permanencia, un fin, un orden; con esto facilita el acceso a la función simbólica, habilita la construcción de una espacialidad y una temporalidad que nos permita ubicarnos, la posibilidad de existir se origina en este tercero pues “para que yo este aquí, hace falta que allá esté el Otro” (Dufour, 2007, p.47).

Con el paso de los años esta figura se fue desgastando y la distancia entre este garante simbólico -representado en la figura del Otro- y los sujetos se fue haciendo cada vez mas corta hasta reducirse a nada con la llegada de la posmodernidad. El derrumbe del Otro nos condeno a hacernos cargo de nosotros mismos, pues la ficción alrededor de la cual organizábamos nuestras vidas ya no estaba; quedamos a la deriva, condenados a la autorreferencia y a la autofundación, perdidos en la ilusión de la autonomía y la independencia. Sin embargo si es el Otro el que nos posibilita la entrada en el mundo simbólico ¿Cómo accedemos si este Otro se ha diluido? Cuando no hay ficción que nos sujete el riesgo que se corre es el de dejar de ser sujetos pues no hay una articulación con “algo” que nos supere, estamos solos ante una subjetivación que tenemos que asumir sin que ello implique que estemos en condiciones de hacerlo; si a pesar de esto somos capaces de “hacernos” sujetos, lo seríamos de formas diferentes pues accedemos a lo simbólico de formas diferentes. La mutación simbólica que se genera no es vivida por los sujetos como un estado de locura patológica sino como una avería en el registro simbólico, un estado permanente, ordinario, con síntomas mas imperceptibles y que al ser compartida por los demás sujetos pierde su carácter de anormalidad. Esta mutación se manifiesta ya no a manera de delirios o alucinaciones sino en la imposibilidad de hacer frente a las situaciones mas ordinarias, Dufour (2002) llamara a esta nueva forma “*psicosis*

fría” y la caracterizara por una dificultad para resolver los problemas mas insignificantes que nos presenta la vida cotidiana pues al no saber remitirnos a experiencias pasadas perdemos cualquier tipo de referencia. La psicosis dejo de ser una patología para convertirse en una forma de vivir la vida en la posmodernidad.

Ahora cabría preguntarnos ¿Cómo vive el niño estas nuevas formas de simbolización? ¿junto con el nuevo sujeto surge un nuevo infante? Los “niños de hoy” presentan también enormes conflictos con su estructuración subjetiva, dejada la tarea de educarlos en manos de la televisión son adiestrados para el consumo y la violencia. La televisión arrebató el lugar que le correspondía a los padres como generadores de transmisión generacional y cultural pero lo hizo de una forma diferente: sin derecho a réplica, a interpelación, el niño que pasa horas frente al televisor no se instituye o se instituye débilmente, como sujeto hablante. El acceso a la función simbólica se da primordialmente a través del discurso, y mas específicamente del discurso de los padres; cuando las personas que rodean al niño le hablan posibilitan que él a su vez hable a los demás y así se establecen las referencias simbólicas fundamentales que permiten al niño identificarse según un tiempo y un espacio y desde ahí convocar mediante su discurso al resto del mundo. Con la televisión, este discurso es puesto en peligro pues al ser un medio que no se dirige a una persona en específico impide la interpelación, la transmisión de relatos familiares se interrumpe y en lugar de un dialogo frente a frente entre padres e hijos, los niños se enfrentan a la necesidad de procesar por si solos las imágenes que la televisión les provee. Cuando el niño escucha una historia es capaz de ubicarla en un universo de fantasía, echa a volar la imaginación y crea un mundo imaginario que se distingue de la realidad, sin embargo la televisión muestra imágenes demasiado realistas que fácilmente se confunden con el mundo real,

“la pluralidad de imágenes virtuales es tal que los chicos pueden refugiarse y confundirse en ella, al no poder desmentir la virtualidad de lo que ven o creen conocer a través de la pantalla... Inmersos en la pantalla, se

desconectan se desconectan de una realidad y se introducen en la otra, plena de imágenes fractales, veloces, estimulantes, en las cuales tienen un lugar seguro” (Levin, 2006, pp. 76, 145).

Horas frente al televisor y sin ningún adulto que le acompañe el niño se enfrenta a la angustia que provoca un medio hecho para el consumo y la consumición.

Los problemas para que los niños accedan correctamente a la función simbólica se multiplican si tomamos en cuenta que los padres han perdido también la capacidad de ubicarse, de actuar autónomamente y de manera práctica. Las sociedades posmodernas se encuentran llenas de adultos que han perdido “parámetros de referencia en el universo simbólico” (Dufour, 2002, p.151) y que son por lo tanto incapaces de asumir frente al niño la función de transmisores, de figuras de autoridad, de coautores de un mundo en el que paradójicamente se sienten perdidos y ajenos. Los adultos no quieren ser adultos, se niegan a adquirir las responsabilidades que el paso de los años trae consigo, no se identifican en un mundo del que también son autores y si no adoptan la posición de adultos, no pueden tampoco situar al otro en la posición de jóvenes o de infantes; la diferencia generacional que estaba en manos de los padres instaurar queda a la deriva y son los nuevos sujetos los que tendrán que enfrentarse a las consecuencias de esta imposibilidad de envejecer que la generación adulta padece. Aquí podría explicarse la urgencia de los padres por que los niños maduren, se les exige tempranamente que adquieran autonomía, se les educa en la independencia, se estimulan sus capacidades, se les enseña idiomas, computación, etc., se les pide que adquieran características propias del mundo adulto y con esto se invierten los papeles entre hijos y padres, los lugares están confundidos: los padres ya no ostentan el poder. “La infancia, desde ese lugar ideal y de poder, se confunde con el universo adulto. Fluye en él, sin saber ni poder decidir nada, no comprende donde está ubicada y los límites se dispersan hasta provocarle un ‘estar mal’” (Levin, 2006, p.138). La autoridad parental se ve deslegitimada y con esta falta de legalidad de los padres todo lo que a ellos les correspondía como transmisores de normas sociales y representantes de la ley simbólica, se tambalea.

Si los adultos ya no son los encargados de engendrar a las nuevas generaciones, podríamos preguntarnos ¿en manos de quien esta la generación de nuevos sujetos? ¿tendrán los niños que hacerse cargo de sí mismos? La autofundación pasa a ser un problema para la infancia también, pues ésta tendrá que asumir su postura en el mundo sin los adultos que le sirvan de guía. Si el hombre actual ha roto cualquier lazo con ese Otro que le confiere el estatuto de sujeto, los niños han pasado por un proceso similar. Se enfrentan también con una sociedad que les exige autonomía y libertad (ahí están los derechos del niño como ejemplo de una exigencia de autonomía inmediata hacia la infancia), el declive de la autoridad parental es alentado por las instituciones sociales que instan a los padres a no “exigir demasiado” a los hijos, a respetar sus derechos, a no usar métodos que los violenten, a no perturbarlos. Los padres se pierden en esta serie de recomendaciones que se ven en la obligación de acatar pues esto traería consigo niños mejores, niños mas capaces, niños mas libres, pero ¿libres de que o de quien si nunca han estado atados? Los niños de hoy no le deben nada a nadie: no tienen deudas con sus padres pues estos no se asumen como tales, los profesores tampoco son capaces de brindar coordenadas que ayuden a los alumnos a ubicarse pues ellos mismos no las tienen. La deuda simbólica que una generación joven tiene hacia la generación que le precedió se ha roto, al igual que los adultos, los niños no tienen un tercero en quien apoyarse, no hay Otro y si no hay Otro tampoco hay sujeto posible o si lo hay seria un sujeto sumamente débil, con fallos severos en su universo simbólico.

Las exigencias actuales van encaminadas al goce ilimitado, al disfrute de sí, al autocuidado y la satisfacción, sin embargo los nuevos sujetos son inermes a sus propias emociones, sus vivencias ya no se tornan en experiencias, apegados a maquinas electrónicas que solo les devuelven estímulos instantáneos, son capaces de vivir tantos mundos y tiempos como presenten los medios de comunicación, mas no pueden resolver los problemas mas triviales que su vida cotidiana les presenta, viven su tiempo de manera fragmentada pues no ven al pasado ni les importa el futuro, mas sin embargo el presente tampoco es el que habitan, podríamos decir que viven en una realidad donde los tiempos y los

espacios se confunden¹. Y si el sujeto posmoderno es reflejo del mundo en el que vive; el niño sería su correlato pues “la infancia ha sido y será un producto histórico que, surgido en la modernidad, gesta las formas de subjetividad que la sociedad requiere” (Vasen, 2008, p.4), los niños son vistos y tratados como producto, como ejemplo esta toda la mercadotecnia desplegada alrededor de ellos para ayudarles a los padres con esta tarea de *producción*: los anuncios televisivos enseñan a los padres a educar a sus hijos en el arte del consumo. La publicidad se erige como la nueva mediadora entre padres e hijos, las relaciones familiares giran en torno a ella, no solo es capaz de regular sino que produce lazo social. El único momento de reunión familiar suele ser cuando determinado programa televisivo comienza, ahí los miembros se reúnen en torno al aparato mediático que les informará lo que consume una *familia armónica*, la televisión les presentará un ideal que ellos se verán forzados a imitar, el modo de relacionarse será condicionado por esta sucesión de imágenes que funcionaran a manera de brújula, si queremos ser buenos padres o buenos hijos tendremos que comprar determinados productos que nos facilitarán el acceso a la felicidad, menudo timo pues al final solo quedan sujetos inmersos en su incapacidad para relacionarse sin la mediación de la sagrada televisión, insatisfechos se retiran a sus habitaciones en donde cada uno y por su cuenta volverá a encender la tv para ahogarse en el mar de su infinita soledad.

Sin embargo, el niño es más propenso a resentir los efectos que esta nueva sociedad trae consigo pues su estructuración aun esta en proceso, se encuentra desprovisto de los elementos que le permitirían hacer frente a esta situación, sin elementos simbólicos fuertes, el niño procesara su malestar en otro registro: el cuerpo.

El cuerpo se convertirá en el filtro por donde pasara toda la angustia que lo simbólico no logró encauzar ¿Qué por qué existen niños que se mueven tanto? Tal vez porque la sociedad se acelera también cada vez más y algunos de estos

¹ Esta característica más que propia del hombre posmoderno, sería propia del neoteno pues este es incapaz de ocupar el espacio y el tiempo del instante y lo reemplaza por una actitud histórica.

niños “descargaran compulsivamente en forma corporal las situaciones que les acontecen; y será entonces su cuerpo el que hablará por ellos” (Untoiglich, 2005, p.11). Si no hay espacio para la tramitación de la angustia, la sociedad se angustiara por ellos: los padres y maestros buscaran formas para que estas manifestaciones físicas de malestar y exceso frenen sin saber que tal vez sean ellos mismos los causantes. El cuerpo del niño hiperactivo revela cierto malestar social; incomoda a la sociedad de la que al mismo tiempo es producto, se mueve mas rápido que los demás y con esto cuestiona, los adultos no son capaces de ayudarle a tramitar su angustia pues ellos mismos están inmersos en la propia. El mal estar se encarna en el niño, se hace carne, cuerpo, síntoma.

El niño y su cuerpo están *out of time* (Baudrillard, 2000, p.121), la aceleración de todos los aspectos de la vida cotidiana, el gusto por la inmediatez y por lo momentáneo ha desequilibrado profundamente a la infancia; esa etapa del desarrollo humano que se caracterizaba por el movimiento, por el juego, por estar inmersa en el mundo imaginario, ahora ha venido a convertirse en un eterno, pues su fin que antes era alcanzado por la llegada de la adultez, ahora se ha esfumado. Al niño no le interesa llegar a convertirse en adulto, queda atrapado en éste periodo infantil. La división generacional se estrecha, se difumina; los adultos son inquietos, latosos, conservan características propias de los niños, a los infantes por su parte, se les exige cada vez mas que se comporten con sabiduría, con autonomía y ética, que presenten la capacidad de reflexionar en torno a sus actos, que sean responsables y ejerzan una libertad que se han ganado no por derecho, sino simplemente porque son niños.

Las edades y los roles se confunden; los padres gastan dinero y esfuerzo en encontrar el *elixir de la eterna juventud*, tienen una “nueva prioridad: la de ser perpetuamente ‘joven’” (Lipovetsky, 2006, p.84) y las generaciones mas recientes maduran demasiado pronto. Sin embargo, la infancia esta destinada a perderse y el mundo adulto nos invade queramos o no, el niño “llegará a ser, de todas formas, el Otro, pero como Alien, monstruo surgido de la ruptura de la cadena simbólica de las generaciones” (Baudrillard, 2000, p.123). ¿Cómo ser niño en un mundo

donde no hay adultos? La inscripción en una línea generacional, la posibilidad de ser y hacer historia, de asumirse en un pasado y con un futuro, la creación de lazo social, todo se mueve cuando los agentes sociales no asumen su posición; estamos ante sujetos solos, carentes de Otro y de otros y que educan a sus hijos en esta ausencia de alteridad, no se reconocen en otros pero tampoco son capaces de reconocer a otros, los niños quedan a la deriva, flotan en un mar donde las identificaciones no son ya posibles y por lo tanto patanean, avientan manotazos, se mueven excesivamente, piden auxilio, no se quieren ahogar. La disyuntiva es si los adultos son capaces de escuchar esta llamada de auxilio.

Gilles Lipovetsky (2006) caracteriza la época actual "*hipermoderna*" como dominada por el ritmo desenfrenado, por la "generalización del reinado de la urgencia" (p. 81.), las relaciones entre los sujetos y el tiempo se han modificado, se han acelerado. Vivimos en un mundo donde el imperativo es ganarle al tiempo, usarlo eficazmente, hacerlo rendir; nos faltan horas para realizar todas nuestras actividades mas cuando tenemos tiempo libre no sabemos que hacer con él. Hay una explotación del tiempo que irrumpe poderosamente en el niño: por la mañana la escuela y por la tarde el taller de música, el curso de futbol, la clase de dibujo, las artes plásticas, el jazz, el karate, idiomas, computación, etc. El tiempo libre que antes dedicaban los niños para jugar en la casa, hacer la tarea o realizar alguna actividad de su agrado, ahora se tiene que aprovechar exhaustivamente. La infancia vive en esta época; donde la aceleración es necesaria pues el tiempo es escaso, somos esclavos de la aceleración, el tiempo domina todo y la forma de relacionarnos entre nosotros cambia; el tiempo no alcanza para que los padres disfruten momentos en familia y los hijos tienen por su parte demasiadas ocupaciones como para recordar las bondades de la convivencia familiar. En esta nueva forma de vivir el tiempo, el niño tendrá que encontrar su lugar, constituir su subjetividad que no permanecerá ajena a esta tendencia a la aceleración. Nuevamente se presenta esta pregunta ¿Qué por que existen niños que se mueven tanto? Misma respuesta: porque la sociedad lo demanda, porque la sociedad se mueve aceleradamente también "los infantiles sujetos quedaron ligados, amarrados a los modos de vivir de los adultos de la comunidad"

(Minnicelli, 2008, p.18). Es inútil tratar de situar las patologías y los modos de subjetivación infantiles sin atender su tiempo histórico, su momento social, volvamos los ojos al mundo adulto y encontraremos las coordenadas que nos ayudaran a entender el actuar de los niños hoy.

CAPÍTULO 4

DIAGNÓSTICOS EN LA INFANCIA. EL TDAH Y LA DERROTA DEL SUJETO.

“Antes de la mirada que nombra y adjetiva, que se conmueve tan fácilmente como se burla, que impone lástima en defensa propia o, en su defecto, inaugura una taxonomía, que en un golpe de ojo acusa, juzga y condena o a conciencia ignora, que normaliza y mitiga o, al contrario, aparta y exagera: Antes de la mirada está la simple existencia de los seres y las cosas, el mero acontecer del mundo.

En ese abismo incognoscente, imperio de la naturaleza en estado puro y cristalino, nada es maravilloso y nada es horrendo. Nada es bello ni monstruoso, agraciado ni vil, feliz ni trágico. Todo es: sencillamente.”

Mauricio Ortiz

Hemos adelantado ya en la primer parte del presente trabajo las implicaciones del diagnóstico del TDAH que se ciñe exclusivamente a los parámetros propuestos por el DSM IV-TR (APA, 2002).¹ Queremos aquí extendernos al respecto. Primeramente observaremos más a detalle la manera de establecer trastornos por medio de la búsqueda de universales de salud que fijan los parámetros de lo que se desvía y lo que cuadra con ésta. Analizaremos las consecuencias y limitaciones del DSM en relación al TDHA para así fijar una postura y definir un lugar desde donde sostener nuestras objeciones en dos líneas entrecruzadas: epistemológicas y éticas.

¹ Recordemos que cuando decimos DSM hacemos referencia a la cuarta versión del Manual (DSM IV-TR).

Finalmente damos cuenta que por más que quiera evitarlo el Manual no puede escapar a establecer criterios para la anormalidad a partir de sus clasificaciones. El diagnóstico define al otro “diferente”, pone distancia entre nosotros los sanos y aquellos los enfermos; mas que favorecer un acercamiento a los trastornos delimita fronteras pues el anormal siempre es el otro, y con esto da la sensación de que se avanza en la solución del problema, cuando solo se ha dado una descripción fenoménica de los síntomas. Descripción y no explicación. El DSM mismo se presenta como un pleonasma de la anormalidad, condición constituida socialmente y proceso del que también pretendemos dar cuenta.

4.1 El TDAH en el DSM IV-TR. Objeciones epistemológicas y éticas.

Resulta imposible separar un proceder en la manera de conocer y abordarse un objeto de estudio y las implicaciones éticas que se desprenden de dicha práctica. De ahí la dificultad y lo incorrecto que sería el separar las objeciones que anteponeamos al ejercicio práctico y clínico apegados al DSM. Por tanto una práctica conlleva una ética.

Podemos entonces reconocer al menos aquí dos vías en el estudio de los TDAH. Los estudiosos de distintas disciplinas que comparten el clasificar atendiendo a parámetros establecidos, casi siempre conductuales; pero también legitimando el diagnóstico a partir de evaluaciones neurológicas. En la mayoría de los casos se desprende de esto una intervención farmacológica y de modificación conductual. Evidentemente aquí hay un proceder *sobre* el sujeto, o mejor sería decir, sobre su *objeto* de estudio.

Por otro lado desde el psicoanálisis planteamos que detrás de la aparente abulia que parece no decir nada, el movimiento incontrolado del cuerpo (al no haber mejor espacio para la tramitación de la angustia) habla por el niño. Y que el asunto es como posibilitar un terreno de producción que permita el decir y el escuchar. Donde el niño hable de lo que es, que desdiga lo que ha escuchado para desplegarse fuera del discurso parental, escolar y médico. Para poner en palabras

el sufrimiento que le impide relacionarse con otros y que lo coloca en constante improducción en lo escolar.

Analizamos a continuación algunos supuestos planteados en el DSM IV-TR y que frecuentemente son ignorados por sus usuarios; pero antes estudiamos también algunos cambios significativos que han tenido sus distintas versiones. Cambios que dan cuenta de modificaciones teóricas y variaciones en los modos de ver los trastornos mentales.

Una aclaración previa no de menor importancia acerca del DSM: La palabra “*Diagnóstico*” proviene del griego, *dia*, a través de, y *gignōskein*, conocimiento. Se refiere entonces a la generación de conocimiento a través del análisis de las complejas interacciones entre los distintos elementos constituyentes de un fenómeno dado. Si nos apegamos en sentido estricto a esta definición el Manual no es un diagnóstico sino una nosología, es decir, una descripción, diferenciación y clasificación de enfermedades o trastornos patológicos. No hay una contrastación desde distintos campos o medios para que se logren captar las dimensiones del fenómeno. Bajo esta advertencia es que hablamos de diagnóstico al referirnos a lo que se desprende de su uso.

El “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” publicado por la American Psychiatric Association (APA), en su primera versión (DSM-I) de 1952 fue un intento de facilitar la recogida de información estadística de los trastornos mentales. Aunque no era la primer nomenclatura de este tipo si fue la primera con utilidad clínica. Se sustentaba en la postura **psicobiológica** de Alfred Meyer, que argumentaba que los trastornos mentales “representaban reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos” (APA, 2002, p. XXIII). Había una posición teórica que explicaba las causas de la enfermedad mental. Y que podía estar dada en algunos de estos niveles o en su interrelación. El DSM II continúa la línea trazada por la edición que lo antecede.

El DSM III marca una diferencia con sus ediciones precedentes, una orientación hacia el modelo dominante en el campo de la salud mental de la década de los

ochentas, el enfoque **biomédico** en psiquiatría. . Es el intento de definir categorías nosológicas sustentadas en el método científico. Se descartan del Manual conceptos de raigambre psicoanalítico y **psicodinámicos** tales como “neurosis” e “histeria”, sustituyéndolos por síndromes y categorías en detrimento de conocimientos teóricos, excluyendo en este movimiento las causalidades culturales y sociales. La sociedad expía sus culpas en la generación de enfermos mentales; la cultura ya no es cómplice tampoco en su producción. Ahora son la excepción, casos desligados del contexto. Ahora el “mal” ya no es producto social, el “mal” se encuentra única y exclusivamente en ellos.

El DSM IV-TR es un intento de organismos internacionales de salud mental por definir criterios unificadores, pretendidamente atóricos y descriptivos que homogenicen parámetros comunes. La Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE-10) publicado en 1992 y elaborado por la Organización Mundial de la Salud, ha tenido recíproca influencia con el DSM IV-TR, las personas que han elaborado ambos manuales han laborado en contacto para coordinar esfuerzos (APA, 2002, p. XXVIII). Es importante notar la influencia que tiene la Asociación Psiquiátrica Americana en la descripción de los trastornos mentales en todo el mundo, para esta edición se ha buscado tener la mayor congruencia y reducir al mínimo la diferencia de los términos empleados por el CIE-10. Contrario a los avances teóricos en las ciencias sociales donde aparece como necesario el reconocimiento de las minorías, la pluralidad, las diferencias; las ciencias médicas siguen apostando por las generalizaciones.

El DSM es un instrumento que “facilita” la comunicación entre investigadores y clínicos aún cuando tengan orientaciones teóricas disímiles, también cuando es utilizado para dar a conocer los resultados estadísticos de estudios de salud pública, pues intenta servir como un lenguaje consensual. Se apoya, como puede leerse en su Introducción en la observación empírica, en las investigaciones vigentes y no solo en la opinión de los miembros de la APA.² Su proceder es más

² Podemos suponer que las investigaciones consultadas son afines a la formación y las ideas que conforman los grupos de trabajo.

o menos el siguiente: Hay un Comité Elaborador del Manual conformado por 27 miembros (p.IX) que son informados de los resultados de los grupos de trabajo, cinco o más miembros que estudian un trastorno y son responsables de cada sección del Manual. Sus opiniones se analizan a su vez por grupos de consejeros.³

El Comité Elaborador y los Grupos de trabajo realizan un proceso empírico en tres niveles: 1) revisión de la literatura publicada; 2) reanálisis de datos ya recogidos y; 3) estudios de campo (pp. XXIV-XXVI). Como primer paso esta una selección de investigaciones relevantes, se definen variables a estudiar y se revisan los resultados y la correlación de los hallazgos. Cuando la revisión de la literatura y los hallazgos son insuficientes se hace un reanálisis de los datos donde participan investigadores de diferentes países. Se analizan también datos de estudios epidemiológicos, y clínicos. Aún cuando señalan que toman en cuenta y consultan a personas que no estaban de acuerdo con las conclusiones expuestas en el Manual para lograr un “posible equilibrio” (p. XV) pensamos que hay una línea constante entre los que participan en la elaboración; en toda la Introducción flota el aire de una investigación que tiende a la objetividad y completud, equilibrio, observación empírica, de amplitud, no sesgos y claridad. Lógica desprendida de investigaciones planteadas con diseño y metodología científica, con el uso de herramientas estadísticas, etc.

Cada revisión del Manual parece la caza de lo que en el periodo de tiempo entre una revisión o edición y otra se escapa a su mirada e insiste. A pesar de que se plantea como atóxico y no reconoce o declara abiertamente un sistema filosófico su taxonomía deriva de un pragmatismo que rechaza la interpretación y el análisis clínico a favor de la descripción. Por más que se quiera evitar hay una preconcepción que tiene que ver con la orientación epistemológica y de la que no pueden desprenderse los que lo elaboran y que se verá reflejada en la supuesta fiabilidad y asepsia de la investigación empírica.

³ El grupo de trabajo para los “Trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia” se conformó por 16 miembros (p. X) y 31 consultores (pp. 1037-1038).

El problema está también y principalmente en el usuario que soslaya que esta frente a una descripción, pero la fatiga intelectual lo lleva a verlo como producto acabado que le sostiene su certeza de saber, que lo priva del malestar de encontrarse con que su “objeto” se mueve y displicente se resiste a ser encasillado.

Las categorías “no especificado” son un intento de dar cobertura a los casos cercanos a las definiciones específicas; resto que escapa a las reglas pero continúa sosteniendo lo Universal esperable, sosteniéndolo en una cuerda floja de lógica cerrada y sin margen de réplica. La idea de los grupos de trabajo es no crear más diagnósticos (que de atenernos a su lógica serían infinitos) sin tener investigaciones que los sustenten y evitar incluir entidades para sólo después investigar a detalle su sustento (p.XXVI). Implícitamente reconocen que hay algo que se les escapa, que se resiste a ser nombrado, lo cómodo es meterlos a coordenadas ficticias no específicas que sirven de contención en espera de pulir las entidades o mientras las investigaciones (que ellos pueden auspiciar y solicitar) sean capaces de justificarlos.

Ciertamente reconocen las dificultades de encasillar en coordenadas, pero su respuesta a esto es establecer algunas nuevas o abrir el margen en otras. Para la incertidumbre diagnóstica, como hemos dicho se crearon las categorías “no especificado”, utilizadas cuando la sintomatología no cumple del todo con las directrices que conforman el diagnóstico, aunque también cuando la etiología no es clara, cuando no existe la posibilidad de recoger los datos en su totalidad pero hay serias sospechas sobre el diagnóstico y también cuando los síntomas no son contemplados en el Manual pero son significativos para hablar de un malestar o deterioro en la conducta (APA, 2002, pp.XXIII, 4-5). Para el caso de la hiperactividad cuando no se presentan los criterios mínimos sugieren diagnosticar como TDAH no especificado.

Un especialista en el uso del DSM muestra lo dúctil del uso del diagnóstico y al respecto señala: “Tomemos como ejemplo el caso del niño que presenta cinco síntomas de la lista del tipo con predominio del déficit de atención y otros cinco de

la lista del tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. Aunque el niño manifieste diez síntomas del TDAH, no tiene los seis necesarios de un grupo o del otro, en cuyo caso el diagnóstico adecuado es TDAH no especificado. Es muy probable que en una evaluación posterior del niño se decrete otro síntoma de una de las dos listas, momento en que se modificará el diagnóstico por el del tipo más específico de TDAH” (House, 2003, p.83). La <<s>> del DSM es <<stadistical>>, y la estadística agrupa, jerarquiza, pero siempre hay algo que escapa, que se resiste a ser homogenizado, el DSM hace un esfuerzo por encuadrar aún aquellos trastornos que no han sido conceptualizados por él.

Con el TDAH es fácil caer en la trampa una vez que existe una presuposición sobre el. Por ejemplo, si los sujetos ya no presentan el trastorno completo, sólo síntomas que se consideran significativos, pero ya no se cumplen con los criterios para diagnosticar en algún subtipo se sugiere hablar de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en remisión (p.100). Estas indicaciones abren un amplio margen, incongruente con la objetividad en la que se erigen. Basta una sospecha para que se emita un juicio.

En la Introducción reconocen (p.XXX) las limitaciones de la conformación categorial. Argumentando que las entidades descritas no siempre están separadas, es decir, no tienen una delimitación exacta, y también se acepta que no todos los individuos diagnosticados igual tengan idénticas características. Se reconoce la heterogeneidad y que hay casos fronterizos difíciles de diagnosticar. Por lo que aconsejan usar con flexibilidad las categorías propuestas y ampliar la información con observaciones clínicas que complementen y reafirmen el diagnóstico. Sin embargo para hacer frente a la singularidad de los evaluados incluyen criterios politéticos, es decir, se enlistan un total de conductas y se da un margen para que cumpliéndose cierto número se pueda sostener el diagnóstico. Para el caso del TDAH, como ya hemos dicho se definen 9 síntomas ligados a la desatención, de cumplirse 6 de ellos ya podemos hablar de la existencia de éste padecimiento. Para la hiperactividad se enumeran 6 síntomas y para la

impulsividad 3, es decir, un total de 9, bastará también con que 6 de ellos estén presentes para hablar de un trastorno hiperactivo.

Para esta nomenclatura de los trastornos mentales la etiología y la teoría no importa, pues la observación empírica de los signos necesarios para una etiqueta diagnóstica puede prescindir de ellas. La ilusión es que hay un evaluador imparcial. Y a partir de lo que insiste se crean entidades clínicas. Ignorando las diferencias, lo que aparece como falla a las categorías propuestas.

Desde esta postura lo observado es algo concreto, que no se mueve ni engaña, que se muestra como un objeto fidedigno. Como si al preguntar a los padres de un niño presuntamente hiperactivo o al observar si “suele actuar como si tuviera un motor”, o “si corre o salta como motor”, padres, maestros y el profesional de la salud que realiza el diagnóstico entendieran y observaran lo mismo. Es decir, una apreciación subjetiva es reducida por la delimitación extrema de una conducta hecha pasar como criterio que no admite falla. Es importante plantearnos si esa búsqueda por el conocer desprendidos de toda teoría es posible. Como si los comités de investigación estuvieran conformados por computadoras que sólo registran lo que estadísticamente se les entrega. ¿O no hay interpretación al leer los resultados de las investigaciones que sustentan cada trastorno?

Al organizar desde un marco positivista se entiende la propuesta de categorizar y fragmentar el cuerpo. El hecho de clasificar ya es dimensionar. Hay escasa cabida al otro en tanto construyen para encuadrar objetos. Por un lado se parte de un paradigma que ya implica cierta concepción teórica, o que ampara un modelo de intervención congruente con ella. Su objeto es material y posee atributos que pueden aislarse para su estudio, se entiende desde aquí que hay distintas funciones en el organismo que pueden estudiarse y corregirse por separado. Por otra parte resultaría ingenuo creer que si los comités están conformados por especialistas del campo de la psiquiatría con una marcada tendencia hacia las neurociencias no anticipen con el establecimiento del diagnóstico una génesis de los trastornos ligada a algún gen o una disfunción cerebral. Es decir, el diagnóstico se presenta como un primer paso, como guía, y hasta aquí no hay pregunta

explícita por las causas. La interrogante vendrá después pero la respuesta ya está dada, pues aparece anticipadamente insinuada. Hay que corregir y/o medicar.

4.2 ¿Clasificación de lo natural?

El DSM intenta evocar el modelo de clasificación de las especies botánicas utilizado por Linneo a comienzos del siglo XVIII. Es el intento de poner orden a las extensas variables psíquicas, de identificar y nombrar las desviaciones, el intento de forjar conceptos unívocos mediante una separación diferencial y una agrupación en el entendido de que clasificar permite saber más sobre las características de un trastorno. Se aíslan grandes categorías y progresivamente categorías más pequeñas que dan paso a subcategorías. Hay una confianza ciega en la observación despojando de toda implicación al observador. El laboratorio y la experimentación animal de aires positivistas animaron un espíritu objetivista en la investigación de la conducta. Desde aquí se plantea como innegable el supuesto de que el organismo responde a los estímulos que se le presentan, que es adiestrable, y que su conducta se puede predecir, medir y modificar.

El DSM se sustenta principalmente en la **psicopatología descriptiva** propuesta por Kraepelin en la segunda mitad del siglo XIX que fundamentalmente podemos decir divide los procesos anormales (opuestos jerárquicamente al mundo de los sanos) en categorías y tipos naturales. Centrándose en la clasificación y la descripción; con el objetivo de convertir en un saber positivo a la psiquiatría la etiología pasa a segundo término. El legado de Kraepelin es su análisis semiológico, su sistema nosográfico y su afán ordenador que deja una impronta destacable en el proceder psiquiátrico actual.

El Manual es pensado como una clasificación del otro diferente que se distingue de lo Uno, del promedio y el estándar, que viola los márgenes de los atributos de lo correcto. La salida del límite, de la frontera del Uno puede estar dada por la falta o la deficiencia de algún miembro del cuerpo o capacidad psíquica, o por su mal funcionamiento.

A pesar de que el término “trastorno mental” no deja satisfechos a los que elaboran el Manual, sostienen que no han encontrado una palabra mejor para sustituirlo. Quizás le agradecería sustituirlos por “trastornos conductuales”, pero esto reduciría y evidenciaría su exclusivo campo de acción. La insatisfacción en el uso del término la sustentan en lo inconveniente de separar trastorno mental y físico, en lo inadecuado de separar mente-cuerpo. Pero seguramente es más por lo inespecífico del término “Mental”, de escaso raigambre objetivo y científico, pues todo lo que suene oscuro e irracional intenta evitarse.

En el diagnosticar tal como lo propone el DSM hay un conocimiento que posee el que reconoce los síntomas. No queda claro, pero lo que se sugiere o posibilita el diagnóstico sustentado así es que cualquiera puede convertirse en un perito experto en “ordenar” lo “patológico”. Se parte del supuesto: “A iguales conductas, mismo diagnóstico”. Y por consecuencia la terapia desde aquí es reducida a eliminar síntomas.

Desde hace décadas esta propuesta de proceder objetiva y asépticamente se ha puesto en tela de juicio. Sabemos que en el observar y clasificar se pone en juego una implicación epistemológica, histórica, política y subjetiva.

Esto lo podemos ver al realizar un recorrido histórico de la conformación del TDAH. Si bien algunos autores sostienen que ha existido desde siempre, al revisar el contexto en que se privilegian ciertos términos sobre otros (degeneración moral, daño cerebral, hiperactividad, etc.) nos damos cuenta que el objeto de estudio se deduce, se crea por quien da cuenta de él, por quien lo investiga y que estos significantes deben contextualizarse pues nos hablan de una atención diferente de los malestares de cada época.

A continuación analizo algunos puntos controversiales enunciados en la introducción al Manual y en el apartado del Trastorno que nos ocupa. Transcribo en la medida de lo posible literalmente algunas tesis enunciadas que pueden ser discutidas.

1. No se califica a las personas sino a los trastornos que ellas padecen. Desligándose con esto de poder expresar «un esquizofrénico», y en su lugar decir, «un individuo con esquizofrenia» (p.XXIX).

Al enunciar la necesidad de no clasificar personas el Manual procede de modo políticamente correcto, pero no alcanza esto para evitar las generalizaciones clasificadoras. Su proceder epistemológico no le da para dejar de aparejar y fundir el trastorno y su “portador”. Y más aún, lejos están de ver que un déficit tiene efectos en los padres, maestros, sociedad y en los profesionales de la salud.

Reconocen efectos de su proceder diagnóstico en la práctica clínica (p.XXII), pero no señalan cuales y mucho menos intentan evitarlos. Porque hay efectos que se desprenden del déficit, pero también muchos otros de sus significaciones y que acarrear consecuencias iatrogénicas⁴ y patologizantes.

En el desplazamiento del término TDAH desde el discurso científico hacia el social circulan significantes como indisciplinado, disatento, problemático, incontrolable, anormal, excepcional, etc. Todos estos términos implican marcas al sujeto en cuestión. Y no ha sido el discurso científico el encargado de evitar que pasen como condenatorias y como sentencias indelebles. Desde esta posición el niño diagnosticado con TDAH es interpelado como “enfermo” debido a un desajuste neurológico. Sin posibilidad de desplazarse hacia otro lugar en el cual inscribirse, un antes y después de... Una cristalización de la enfermedad en el tiempo. Así, toda historización remitirá al diagnóstico, a cierta intervención clínica, a la búsqueda de causas mediante los instrumentos más sofisticados de lectura del cerebro. “Esta temporalidad hace a una duración y no a una cronología, cronología que se daría cuando algo pasa (de diferente), pasando el hoy a ser pasado, con un nuevo presente y apertura a un mañana distinto” (Fainblum, 2004, p.23).

En el caso del TDAH se procede a partir de la observación de lo que aparece deficientemente, de lo que debiera y no está. Lo que se muestra como limitante

⁴ Se denomina iatrogénica una alteración del paciente producida por el médico. Aquí llevamos su significado a toda intervención del profesional implicado que con vistas a “curar” o “corregir” consigue los efectos contrarios.

para el óptimo desempeño escolar, familiar y social. Y procede fragmentando funciones o atendiéndolas aisladamente.

- No hay atención.
- No hay seguimiento instruccional.
- No hay control sobre el movimiento.
- No hay respeto por las reglas y la autoridad.
- No hay inhibición del habla, etc.

Desde la postura del DSM hay un proceso de diferenciación del otro como incompleto y diferente, una negación de lo que hace humano al humano, su estado de inacabado, incompleto y finito. Con el argumento de completud devienen también mecanismos para subvertirlo, la medicación o el entrenamiento conductual aparecen para completar lo que hace falta, para conseguir lo socialmente esperado. La tesis del otro incompleto necesita la figura del explicador, que a su vez es sostenida por la creación que él hace del incapaz. Explicador→incapaz se vuelven un binomio inseparable, poniéndose en juego un saber que le es arrebatado al segundo, a la “alteridad deficiente”, al “disfuncional”, el reconocimiento de la palabra, y de su saber sobre lo que le pasa.

Reducido el sujeto a un déficit, o cuando se cree que el cerebro es el responsable del movimiento excesivo del niño, cuando se reducen sus acciones a lo orgánico e impersonal se generaliza y antepone un saber SOBRE él. Saber aplastante donde la singularidad es negada. A partir de aquí será nombrado desde lo que no aparece, desde el trastorno que lo nombra, favorecido este movimiento con la necesidad de los padres de encontrar una explicación, un significante que nombre y hable de lo que al niño le pasa, que restituya su imaginario cuestionado, que le de un pronóstico de lo que le pasará, se crea un efecto iatrogénico de consecuencias discapacitantes.

No rechazamos el conocimiento de problemas orgánicos y/o negamos el reconocimiento de las características del trastorno. Sino los efectos patologizantes que se desprenden de ellos. De homogenizar pronósticos, tratamientos y técnicas

sin el análisis de cada caso, las generalizaciones de la mirada sintomatológica en reiteradas ocasiones genera mayores consecuencias que los déficits orgánicos.

Los TDAH cuestionan los ideales de disciplina, inteligencia y aprendizaje. Pero parece también una incapacidad de docentes y padres para seguir el ritmo de muchos niños en la actualidad. Una maestra especialista en el enfoque psicogenético me comentaba que pareciera como si hubiera dormido una década y al despertar encontrara en su salón de clases a otros niños; con capacidad para atender dos o más cosas a la vez: para jugar y responderle sobre algún tema que acababa de dar y aparentaban no atender. La sobreestimulación ha dado frutos. Poca adaptación y cambio han mostrado padres y docentes que ven cuestionada su autoridad y a los que los métodos pedagógicos clásicos parecen ya no funcionar del todo.

El ideal de infancia no pocas veces muestra fragilidad y frecuentemente vemos su caída, en el afán de mantener esa imagen narcisista se crean mecanismos de segregación para los que se alejan de ella. “Esta sociedad excluye a aquéllos que no responden a los criterios (normales) de ‘utilidad’ y ‘rendimiento’, sociedad mecanizada que para integrarlos necesita producir ‘mecanismos robotizados’/ que respondan a la ‘Normalidad’ (en términos de normas)” (Fainblum, 2004, p.28). En términos de conductas que de no cumplirse adquieren el estatuto de síntomas. Si los profesionales implicados no analizan estas consecuencias patologizantes de la infancia se corre el riesgo de incidir únicamente como adaptadores sociales y escolares en respuesta a las demandas sociales-ideales, a conductas dictadas a priori como normales.

Proponemos un pasaje de la mirada que sella e iguala sujeto y discapacidad, que conduce a hablar de un “discapacitado”, “un hiperactivo”, etc., a una escucha de respeto a lo singular que no reconoce estereotipos e interroga los ideales impuestos socialmente.

“Esta propuesta hace a una ética por el respeto de la subjetividad, es decir, de la condición humana. Esta se define por dos dimensiones propias e

interrelacionadas: a) lo *universal*: el orden de lo simbólico, el lenguaje, la cultura, y b) lo *singular*: la marca propia, irrepetible en la que se hace presente un sujeto; interrelacionadas en torno a la primera se plasma a través de lo irrepetible de cada sujeto” (Fainblum, 2004, p.31).

2. El diagnóstico debe ser una guía que se acompañe de una evaluación clínica más elaborada, sin seguir al pie de la letra el Manual (p. XXXI).

La aceleración de la sociedad actual alcanza la práctica diagnóstica, hay mucha prisa por saber. A menudo se olvida que el diagnóstico es una guía, la seducción y la certeza de saber eclipsa frecuentemente la necesidad de juicio clínico en detrimento del enlistado de síntomas. Llevado a cabo incluso por legos, no son pocas las veces que el primer “diagnóstico” viene dado por los maestros. En gran medida ese es el propósito (aunque lo nieguen) que persiguen los creadores del Manual, o quizás podamos aventurarnos y decir que al pretender crear conceptos unívocos, y dar el mismo sentido a las palabras y los actos, sueñan incluso con dar una herramienta sofisticada para un autodiagnóstico.

La radicalización en la unificación del lenguaje entre los profesionales ha traído un olvido casi total de las bases psicopatológicas, la homogeneización contrasta con la falta de precisión. Y sin embargo el Manual advierte desde sus primeras páginas sobre el uso de la evaluación categorial, aclarando que los criterios son directrices que requieren entrenamiento para su correcto uso clínico; los criterios son realizados por consensos, por estadísticas pero no deben ser seguidos al pie de la letra, como un manual inalterable. Criterios que regularmente se olvidan; letras pequeñas de contrato bancario.

3. La prevalencia del TDAH entre países occidentales presenta variaciones, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas (p.101).

Podemos suponer que la práctica diagnóstica de Estados Unidos es sólo en parte culpable del alto índice de niños con TDAH. El Trastorno se establece en el DSM-III-TR en 1987, un año después había 500.000 niños diagnosticados con el cuadro

en Estados Unidos, para 1997 la cifra era 4.400.000. El diagnóstico se ha generalizado a cualquier síntoma que se asemeje. Este aumento exponencial y desbordado está directamente relacionado también con el incremento del consumo de metilfenidato. Se estima que en E.U. 10 y 12% de los niños de 6 a 14 años presentan un diagnóstico de déficit de atención, con un consumo de 330 millones de dosis diarias, mientras para el resto del mundo es de 65 millones. Dificilmente la industria farmacéutica alertaría sobre esto, su ganancia anual en este país es exorbitante si tomamos en cuenta que en algunas escuelas entre 30 y 40% de una clase esta medicada (Tallis, 2005, p.191).

Al respecto conviene hacer ciertas precisiones y plantear interrogantes: ¿Hay desde los creadores del DSM cierta maña y tendencia hacia que sea llevado el diagnóstico directamente a la medicación? ¿desde su marco teórico que vuelve necesaria la fragmentación del cuerpo y sus funciones y las ve como normales o anormales, alcanzan a ver los efectos que diagnosticar así traerá? ¿las consecuencias perversas vienen de la industria farmacéutica que saca ventaja de las nominaciones funcional-disfuncional?

En el 2002 “se denuncia que algunos miembros de la Asociación de Psiquiatras Norteamericanos (APA) tiene vinculación con la industria farmacéutica y que ellos colaboraron en la organización del DSM-IV, facilitando la unificación diagnóstica y terapéutica” (Benasayag, 2007, p.9).

Respecto a los resultados de investigaciones también se observa la influencia de intereses dudosos: “En Norteamérica la FDA (Food & Drug Administration) reconoció recientemente que no puede controlar todos los ensayos clínicos que se realizan en su territorio porque el poder lo detentan las empresas farmacéuticas y no permiten, por contrato, que se publiquen resultados negativos” (Levy Yeyati).

Lo cierto es que en el debate sobre la hiperactividad se han entrometido intereses empresariales que hacen suponer complicidades y manejo turbio de la información, con el argumento de que al financiar la investigación se favorece el

avance científico. Sin duda es necesaria una revisión exhaustiva al respecto que rebasa los objetivos de este trabajo.

¿Pone todo lo anterior en tela de juicio la psiquiatría?

Tomamos postura frente a cierto proceder de la psiquiatría, sobre el bio-poder, descrito por Michel Foucault como una política de manejo e imposición sobre el cuerpo y el espíritu que sustentada en lo biológico se convierte en un sistema totalizador; sobre lo cual nos detendremos en el siguiente apartado. Pero creemos también en la necesidad y en la posibilidad del trabajo interdisciplinario, con intervención de psiquiatras cuando los casos lo ameriten, pero siempre con una intervención que tenga como eje rector el respeto a la singularidad del sujeto, lo que implica proceder a la inversa, problematizando la normalidad para repensar lo “correcto”, lo “universal”.

Seguramente así como no deja satisfechos a los elaboradores del DSM el término “Mental”, tampoco los dejaría hablar de “normal” o “normalización” y sugerirían sustituirlo por “disfuncional”, o cualquier otro eufemismo que terminaría por nombrar una diferenciación de lo que “debe ser”. Pues desde su perspectiva, desde sus argumentos y argucias no puede ponerse en tela de juicio conceptos que le dan sostén, creaciones bajo las cuales sobreviven. Lo “incorrecto”, “diferente”, “extraño”, “anormal”, versus lo “mejor”, “funcional”, “correcto”, “anormal”.

4. “Es difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los 4 o 5 años, porque su comportamiento característico es mucho más variable que el de los niños de más edad” (p.102).

Una sociedad donde los intercambios fluyen a velocidad, que invita al niño a estar cada vez más “despierto”, que lo estimula tempranamente, que le reconoce el juego como derecho, de repente se ve fuertemente incomodada por estos seres que se mueven en exceso. Busca respuestas, algo que apacigüe la angustia; el diagnóstico lo da en cierta medida. Los niños: producto social con reacción boomerang, vueltos contra ella lo que le queda a la sociedad es nombrarlos,

restringir sus movimientos, categorizarlos como trastornados. La incomodidad es para la escuela, la familia, los padres y sin embargo es al “hiperactivo” al que se le demanda cambiar, normalizarse, adaptarse.

No sólo es frecuente el diagnóstico de TDHA a muy corta edad, sino también la medicación. Se observa un aumento del uso de estimulantes en niños de menos de cinco años de edad, aún cuando está contraindicado en menores de seis años; pero esta obsesión correctiva alcanza a algunos bebés de apenas un año (Tallis, 2005, pp.188-189. Benasayag, 2007, p.22); aún cuando “en los niños más pequeños es difícil diferenciar los desarrollos madurativos normales, asociados a períodos de perturbación en la conducta o la atención, que pueden ser confundidos con la mencionada patología” (Benasayag, 2007, p.22). La medicación es sostenida basada en la creencia de que produce niños más “despiertos” y mejores alumnos.

Si anteriormente la exigencia y medida de ser buen padre recaía en los progenitores: saber disciplinar, corregir, guiar al niño para que tuviera éxitos deportivos, escolares y laborales. Ahora parece invertirse la situación y recaer en el niño la necesidad de un desarrollo óptimo que devuelva una imagen de paternidad acorde a la exigida por la globalización cultural y conforme lo marcan los cánones mediáticos, influencia fuertemente marcada por la cultura norteamericana.

Así, tenemos a los bebés en prácticas de estimulación temprana, de gimnasia cerebral y de aprendizajes iniciales reforzados por juguetes educativos, columpios y cunas con balanceo automático y melodías integradas; programas televisivos, videos, softwares educativos y otros utensilios tecnocientíficos para que el niño explore y ponga alerta sus sentidos, etc. Desde esta posición el bebé es interpelado como consumidor y como objeto a manipular, tecnificar y estimular con el fin de que logre un desarrollo armónico y de volverlo más “despierto”, inteligente y apto para su futura vida escolar y productiva. El niño inteligente devuelve reflejada como espejo la imagen de padres inteligentes.

Hay frecuentemente en la relación con el niño-objeto una confusión, un modo de los padres de desligarse al dotar de medios para que el niño se “desarrolle”, medios frecuentemente impersonales despojados de alteridad, donde el lenguaje, la mirada, el juego corporal con el Otro, condiciones para la estructuración subjetiva y la construcción de la imagen corporal poco aparecen.

Cuando el Otro (padres, maestros, sociedad y la cultura) le posibilitan al niño “una fórmula, una rutina, unos ejercicios, una respuesta mecánica repetitiva para ser más inteligentes y mejores, el mundo del bebé queda cerrado, despojado de misterio, de enigmas, de ficción, de invención” (Levin, 2002). La palabra del Otro aparece escasamente y por consecuencia también poca escucha y atención. Para hablar hay que escuchar previamente el lenguaje y la autoridad de la palabra, y sólo después se podrá escribir, unir imagen y texto, escribir la propia historia y transitar a pesar de los tropiezos producidos por no librar limpiamente los obstáculos que la globalización cultural y técnica imponen.

Entendemos entonces la situación que se destapa cuando el niño-objeto no logra “adaptarse” a las exigencias que se le presentan, ya sea por algún problema orgánico o por una dificultad psíquica estructural. No pocas veces estas exigencias de madurez, adaptación e inteligencia son para maestros y profesionales de la salud “sus parámetros, sus supuestos y performances que les permiten evaluar y diagnosticar un fracaso escolar, un síndrome disatencional, un retraso madurativo o un problema en el desarrollo, con la incertidumbre y la estigmatización que semejante sentencia acarrea, tanto para el funcionamiento parental, como para el filial” (Levin, 2002).

Consideramos la estructuración subjetiva como un transitar fundado en la inadecuación, en la falta, y desde aquí, al hablarle y preguntarle al bebé se le reconoce un saber, pues aún cuando todavía no habla responde con lo que los padres entienden o interpretan que quiso decir, la respuesta viene del lugar del Otro. Es la construcción de una ficción; palabra que designa un efecto de fingir, pero también de invención y producción. En el acto de reconocer un saber en el

bebé (saber inédito en tanto único y singular) hay también un reconocimiento, una producción del niño como sujeto deseante.

Hemos visto en el punto anterior y en este la necesidad de cuestionar los parámetros de anormalidad y desarrollo ligados con la hiperactividad, que vista solamente como un déficit de atención y del control motriz muestra las carencias que deben corregirse, enuncia una discapacidad, que algo no funciona conforme a lo esperado; cuando es vista exclusivamente como un hecho individual que excluye la interrogación por lo social que esta en su producción, no hay cuestionamiento del “deber ser” enunciado socialmente.

5. “Durante los grados elementales, los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad suelen ser más prominentes. A medida que los niños maduran, los síntomas tienden a ser menos conspicuos. En el último período de la infancia y el inicio de la adolescencia, son menos frecuentes los signos de actividad motora excesiva” (p. 102).

Tesis creo también frecuentemente ignorada. Comúnmente, mientras mejoran las condiciones de conducta se suele medicar. Y varias veces hay un atrapamiento diagnóstico y farmacológico. Defensores del origen biológico del Trastorno que argumentan que la medicación es de por vida. Y no solo un medicamento sino un coctel de ellos. Pero la quietud y las buenas maneras no pueden esperar pues el tren del conocimiento, las competencias y los aprendizajes no suele detenerse.

De notarse es también que no hay preguntas por los orígenes, ¿por qué en un preciso momento (a determinada edad y bajo ciertas circunstancias) el niño no se encuentra quieto? ¿Qué lo mueve? Interrogantes soslayadas cuando las cosas pueden “ajustarse” con una pastilla.

En otro momento histórico el castigo fue visto como el remedio para hacer frente a ciertos malestares infantiles. En la actualidad el medicamento se presenta como la solución.

“Según el informe de Education World que tomara el Journal American Medical Association, de los once millones de prescripciones de methylphenidate (Ritalina) que se hacen cada año, alrededor del 80% son para niños. Por esta razón la manufactura de dicho medicamento se ha incrementado dos veces y media en la última década. El uso de la medicación para el tratamiento de los chicos de entre cinco y catorce años creció aproximadamente 170%. A la vez el número de adolescentes medicados creció 311% durante la última década y media” (Prandi, 2004, p.137).

Lo que lleva a pensar que si el síntoma se generaliza sucede lo mismo con la medicación. Aún cuando los criterios diagnósticos se han hecho más restrictivos. Recordemos que en el DSM III-TR bastaba con que los síntomas se observaran en un solo contexto (escolar, familiar o social) para que pudiera hacerse efectivo el diagnóstico.

6. Puede observarse desatención en el aula cuando niños de elevada inteligencia están situados en ambientes académicamente poco estimulantes (p. 104).

Es en la escuela donde comúnmente se manifiestan o detectan muchos de los malestares que forman parte del catálogo de los nuevos síntomas infantiles. El niño no atiende a las indicaciones de la maestra, el niño no para de moverse, entorpece el ajuste que desde el sistema escolar está establecido para todos los niños en cada edad. Este “fracaso escolar” aparece como síntoma social; no solo es que los niños presenten dificultades en la escuela, es el “fracaso” como significante de desajuste a lo que TODOS debieran saber, a como TODOS debieran comportarse y atender. Cuando hay un desajuste, cuando algo no responde a lo esperado hay un desorden, y una respuesta desde el discurso científico para él, sólo hay que sumar ítems, criterios analizados por un observador que se presenta como imparcial a la hora de diagnosticar. Porque si una idea se desprende de buscar el diagnóstico en el ajuste del comportamiento a

características precisas es que no queda lugar a la duda, el niño no está funcionando conforme a lo esperado.

Hemos descrito antes una investigación que muestra que más que responder al metilfenidato los niños diagnosticados con TDAH muestran mayor atención a tareas que encontraban novedosas y estimulantes. Evidencia de que se atiende lo que interesa y de que un estímulo lo es si es significativo para el sujeto. Si éste lo toma como tal. En todo caso aquí antes de establecer un diagnóstico cabe cuestionar y analizar también el contexto del aprendizaje, antes de señalar que el niño no está respondiendo a los criterios fijados.

- 7. “Son numerosas las pruebas que atestiguan la importante influencia de factores genéticos en los niveles de hiperactividad, impulsividad e inatención evaluados dimensionalmente. Los estudios realizados también sugieren la existencia de una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos relacionados con sustancias y trastorno antisocial de la personalidad en miembros de la familia de personas con trastornos por déficit de atención con hiperactividad” (p. 103).**

Michel Foucault (2001) denomina *metasomatización* a la atribución de la herencia como origen de los estados anormales (p.291).

La relación directamente proporcional padre(s) hiperactivo(s)-niño(s) hiperactivo(s) no es tan evidente como suele considerarse. Creemos que el DSM insinúa o legitima un biologicismo encubierto, no hay pregunta por los orígenes del trastorno más allá de una lógica químico-biológica, desde esta posición de hombre-objeto el sujeto es aniquilado por la acción de una molécula.

En la hiperactividad metasomatizada la injerencia médica y de mecanismos de corrección del cuerpo está plenamente justificada, así como la tarea que se asignan: ya no curar sino corregir.

La noción de **enfermedad** donde hay un desencadenamiento de ésta, causas identificables y la observación de un proceso constante ha sido sustituida por la noción de **estado** donde hay una causa de fondo a partir de la que se desarrollarán distintos procesos. La psiquiatría de finales del siglo XIX sustentará en la herencia el basamento y la justificación del estado como causa de cualquier comportamiento desviado, se presenta como una causalidad dúctil donde todo se explica y puede ser efecto de todo.⁵

El TDAH (y por eso resaltamos la continuidad con la noción del degenerado moral) es una entidad polivalente y lábil. Ya no es necesaria una sintomatología coherente y clara dado que la intervención ya no es sobre una enfermedad o un proceso patológico, sino sobre un desajuste, un desequilibrio funcional. Conductas que en sí mismas no son una muestra de enfermedad, pero que al salirse de control en determinado contexto y al oponerse al desarrollo normal esperado se elrigen como anomalías. Su origen, sustentado en la herencia parental se convierte en un abanico de posibilidades laxas de interconexión tan amplio como la definición del trastorno que hace el DSM pero también tan definitivo e indeleble.

Se posibilita así que una serie de patologías puedan ser explicadas por diversas anomalías transmitidas por abuelos, padres o ancestros. Y a partir de esto establecer las más alucinantes conexiones para explicar los comportamientos desviados. En más de un siglo se han refinado los instrumentos para el conocimiento del código genético, con lo que se ha acrecentado una confianza ciega y una justificación para explicar casi cualquier comportamiento que se desee.

El reduccionismo neurogenético es un pretexto y una vía para hacer pasar problemas sociales por individuales. Donde parece no haber responsabilidad de los padres o maestros, o existir cambios sociales ligados a la aparición de “nuevas patologías”. La acción de una molécula que remite a una acción, más que explicación, es un medio para encubrir. Los antiguos portadores de palabra (maestros y padres) han perdido autoridad y a toda costa el discurso de la ciencia

⁵ Ver capítulo 1.

intenta sustituirlos. La patologización de la infancia es sostén de la derrota del sujeto.

No se si el acierto del diagnóstico importe, quizás está más en juego el carácter tranquilizador de dar nombre a una serie de síntomas que a veces parecen inconexos, epifenómenos multicausales, pero que en una agrupación ficticia parece restar angustia a padres, profesionales de la educación y la salud mental. Y es que ante la falta de argumentos una justificación desde el orden de lo natural, de lo orgánico elimina cualquier réplica.

8. “No se han establecido pruebas de laboratorio, evaluaciones neurológicas o evaluaciones de la atención que resulten diagnósticas. Se han observado que, en ciertas pruebas que requieren un procesamiento mental laborioso, los resultados son anormales en grupos de individuos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad comparados con los sujetos de la misma edad, pero estas pruebas no han mostrado su utilidad cuando se trata de determinar si un individuo concreto sufre el trastorno. No se conocen. No se conocen los déficit cognitivos fundamentales responsables de tales diferencias de grupo” (p. 101).

Si se señala que no hay hallazgos de laboratorio ni hay una etiología evidente, ni condiciones que parezcan conducir al trastorno después de la revisión tan exhaustiva y de las consultas con expertos en el campo médico psiquiátrico de distintos países, lo menos que podemos hacer es tener reservas para emitir un diagnóstico de TDAH a la ligera. ¿Qué justifica entonces que se sostenga que entre 3 y 7% de los niños en edad escolar lo presenten?⁶ Y también ¿por qué es tan común el afirmar que en el origen se encuentra una problemática neurológica? Vemos que se repite esto en distintos medios con un amplio impacto y aceptación en la población que en la paranoia sintomal ve en gran parte de los comportamientos infantiles TDAH. La respuesta debemos buscarla en otro lado

⁶ 3-7 % DSM IV-TR, p. 102. Tallis, Jaime. 3-5%.p. 208. Benasayag, León. 6-12% en todo el mundo. p.22.

que no sea en la estadística o en una mimesis de la mirada psiquiátrica estadounidense.

Otra de las cuestiones que debieran hacernos guardar ciertas reservas sobre el diagnóstico indiscriminado de TDAH es que en la clínica aproximadamente la mitad de los casos siempre está presente otra entidad propuesta en el DSM, por ejemplo, trastorno negativista desafiante o trastorno disocial. Entidades cercanas y con implicaciones similares. Y que podrían analizarse también como una psiquiatrización de los llamados problemas de conducta infantil. (ver Osorio, 2003) “Otros trastornos asociados incluyen trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno del aprendizaje y trastorno de la comunicación en niños con TDAH” (APA, 2002, p.101).

Para el caso del TDAH encontramos un eclipsamiento y una entronización del discurso de las neurociencias por parte de los involucrados con el malestar. Apareciendo con escasa cautela una aceptación tácita y abnegada a la tesis del daño neurológico y la herencia como origen, pero también como destino sellado.

“Y a veces está el componente biológico, pero éste no da cuenta de todo lo que le pasa al niño. Otras veces, el componente biológico no se encuentra porque los más modernos y sofisticados estudios complementarios no pueden diagnosticar los fracasos en el armado del cuerpo, pueden diagnosticar anomalías en el organismo, pero no fracasos en el armado del cuerpo” (Baraldi, 2005, p.28).

Y cuando el montaje del daño neurológico, el entrenamiento en atención, seguimiento instruccional, la madurez psicomotriz, etc., se desploma otra cuestión es la que hay que atender. “El punto no es el trastorno, sino cómo cada cual se arregla con ese trastorno; el punto es el sujeto que pueda o no hacer un síntoma medianamente productivo con ese trastorno que lo afecta” (Baraldi, 2005, p.29). Y en esto va en juego una ética del sujeto. Entendemos con Lacan que el psicoanálisis tendría que considerar una clínica del síntoma y no una clínica de los síntomas. El uso del singular nos remite a la especificidad de la verdad del sujeto,

aún cuando le sea desconocida, ajena. El síntoma es ignorado por el sujeto al mismo tiempo que lo representa, es significación. La enseñanza del psicoanálisis es que la verdad del sujeto puede entenderse a través de las formaciones del inconsciente. El síntoma en tanto formación del inconsciente, y en tanto estructurado como un lenguaje no es exclusivo del orden simbólico, pero allí muestra su primacía. El sujeto no sabe lo que su síntoma es y sin embargo sabe que le atañe. Que es imposible de decir y recubre el objeto causa de deseo. Y allí donde algo se estanca, donde algo no marcha, el síntoma surge como real, efecto de lo simbólico en lo real. Desde esta particular postura frente al síntoma se desprende una oposición ética al diagnóstico emanado del DSM.

¿Qué hace que aún cuando la tesis de un daño cerebral no localizable en el TDAH en boga en la década del 30 y el 40 en el siglo pasado y desechada por imprecisa siga teniendo de manera disimulada o abiertamente tanta aceptación? Lo mismo puede preguntarse para técnicas de modificación conductual que los niños así diagnosticados se empeñan en desmentir.

¿En dónde se ubica un niño al que reiteradas ocasiones se le ordena permanecer quieto en su lugar y poner atención a las instrucciones de adultos y maestros, aún cuando constantemente desafíe y no atiende?

Lo que se ubica como un conflicto cognoscitivo o un problema conductual, y que es motivo primero de diagnóstico y después de manipulación médica y farmacológica, rigidiza al niño para pensarse en otro lugar desmarcado del mote TDAH. Todo error, desobediencia, fracaso en lo escolar y en la relación con otro remitirá inmediata y compulsivamente al lugar que le ha sido asignado.

4.3 El psicoanálisis frente al diagnóstico.

El diagnóstico que en su proceder excluye e ignora al sujeto del psicoanálisis (\$) camina hacia la petrificación y el enmudecimiento del sujeto. Dificultando el virar hacia otro camino cuando algún gen es el que habita el movimiento del niño.

Cuando aparece en una radiografía marcado el lugar de la falla; o cuando es un déficit dopamínico que una pastilla suple. Muy poco hay del sujeto que pueda cambiar su condición de TDAH como nuevo nombre asignado. Poco espacio para resignificar, para hacer un desamarre que lo desvincule de su insignia.

El fantasma de los padres, acompañado por el de la “ciencia” se sostendrá en un coctel farmacológico o en un adiestramiento comportamental, sin significación posible. Importa poco o nada si la inquietud habla -pues no sólo con la voz se habla-, aunque aquí ni voz ni cuerpo son escuchados. El imperativo es permanecer permanentemente quieto, atendiendo (aún cuando sabemos que se atiende lo que interesa), no molestar. A movimientos necios oídos sordos.

El DSM posibilita des-responsabilizar a los adultos y sella la pregunta sobre el por qué de lo que al niño le pasa. Se configura una ajenidad por parte de todos los implicados en donde un déficit orgánico viene a suplir toda interrogante. Con efectos de enmudecimiento y petrificación del síntoma como singular lugar de la verdad del sujeto.

El sujeto está en la significación que se desprende de un significante al representar a otro significante. Pero aquí no hay significación posible sólo un nudo con TDAH. No hay historia donde sólo encontramos un déficit orgánico y localización en una coordenada en el mapa del DSM.

Pensar desde el \$ supone una alerta a la estandarización y la clasificación. Desde el psicoanálisis el diagnóstico remite a una historia del sujeto y a las encrucijadas singulares del deseo y el saber. Plantear en lugar de respuestas interrogantes que posibiliten apertura, espacio para la pregunta. Vista así la hiperactividad nos encontramos frente a un entramado que nos aleja de determinismos y causas únicas.

El psicoanálisis posibilita aproximarse a los TDAH de manera compleja pero evitando etiquetas, dejando a un lado lo que signe al niño. Si lo tomamos solamente como hiperactivo al final se comportará como tal, su vida se desarrollará alrededor de éste “mal”. “El signo lingüístico no representa la cosa

que le dio origen. La cosa que le dio origen a esta marca tiene que borrarse para que este signo se torne polisémico” (Untoiglich, 2005, p.10).

Proponemos proceder a la inversa de cómo lo hace el DSM. No pretendemos perder de vista el déficit, y cabe considerar la posibilidad de que lo orgánico aparezca implicado, pero apostamos por no entronizarlo, y si por potenciar el armado subjetivo y evitar caer en la trampa del saber médico que coagula significaciones desde su óptica, que marca y cristaliza, y cierra la dimensión del saber del sujeto. Y en ello va una ética y una práctica donde se abre “un espacio para posibilitar la emergencia de un sujeto no autómatasino autónomo, más allá de un déficit, un sujeto con protagonismo en su vida, un sujeto poseedor de su palabra, un sujeto de deseo” (Fainblum, 2004, p.21).

Las respuestas univocas, los diagnósticos que no admiten sesgo persiguen cerrar espacios para la duda, para tramitar la angustia, se presentan como *descripciones* completas y acabadas. Intentamos como sugiere Gisela Untoiglich (2005) pensar en términos no de *completud* sino de complejidad, o mejor, de hipercomplejidad, la subjetividad de nuestro tiempo. Cuestionando y advirtiendo sobre lo limitante del pensar facilista y facilitador que ve en el diagnóstico implícitamente una sencilla solución⁷, casi siempre emanada de la simplificación extrema de los problemas y de un practicismo pedestre que patologiza la infancia legitimando el proceder médico y de los encargados de las políticas públicas respecto al tema que nos ocupa.

Nos oponemos a las teorías Universales, totalizantes; pero rechazamos el relativismo, proponiendo para acercarnos al TDAH conocimientos parciales y críticos que creen redes interconectadas de disciplinas que contemplen la multiplicidad de las aristas ligadas a éste fenómeno subjetivo.

Los TDAH son un entramado complejo, y cada intento de encierro en categorías resiste a ser sellado, concluyente.

⁷ No solo descomplejiza el problema sino es facilitador en tanto es usado por médicos, padres, maestros para desligar responsabilidades en torno al niño.

“Cada niño que nace trae sus propias hebras, signadas por su bagaje biológico, por el momento particular en el que nació, por la situación emocional-social-económica que atravesaba su familia en ese momento; que se entretelen con los anhelos, deseos, fantasmas, temores de ambos padres (aunque de algunos de ellos lo único presente sea su ausencia), así como también con una sociedad que, en el mejor de los casos va a realizar su propia apuesta sobre este sujeto” (Untoiglich, 2005, p.8).

La propuesta es que al “niño inquieto” que bien cumpla con los 6 o 12 ítems propuestos en el DSM IV-TR para considerarlo desatento e hiperactivo-impulsivo hay que escucharlo considerando no sólo lo sintomático para entrever lo que allí se mueve. Escuchar e interrogarse que tanto de los malestares de la época, que fallas en lo estructural hay en la inquietud, y que del movimiento deseante de todo sujeto, es decir, que de estas características descritas en el DSM son consustanciales a la infancia. Se evitarían así muchos diagnósticos innecesarios y encerrar y paralizar farmacológicamente al sujeto.

Las actualizaciones del Manual nos muestran el pasaje de la enfermedad, de la atención al enfermo mental a un campo de acción mucho más amplio donde, a partir de cualquier desajuste o discapacidad todos seríamos anormales. Donde se ensanchan las fronteras con la definición de trastornos y estados en los que fácilmente podrían acomodarnos. A continuación pretendemos insistir sobre la genealogía o conformación del campo de la infancia anormal.

CAPÍTULO 5

LA INFANCIA ANORMAL COMO ESTIGMA.

“Y el paisaje de la psiquiatría se anima así con todo un pueblo que es para ella, en ese momento, completamente nuevo: esa gente que no es portadora de síntomas de una enfermedad, sino de síndromes anormales en sí mismos, de excentricidades consolidadas como anomalías”

Michel Foucault

5.1 Genealogía de la anormalidad.

A principios de 1975 Michel Foucault inicia una serie de cursos que giran en torno a la normalización; en ellos articula y reflexiona sobre aquellos elementos que a lo largo de la historia occidental han dado pie para la formación de los conceptos “normalidad” y “anormalidad”. Ubicando la normalidad como un saber y por lo tanto un poder, esta generaría consecuentemente excepciones; casos fuera de la norma, construcciones sociales hechas para dar nombre y cabida a estas irregularidades, anormales que atentan contra la sociedad y su orden, seres para los que sería necesario crear instituciones, discursos y saberes que los enmarquen y los expliquen a la vez que los alejan conceptualmente de la gente común.

Foucault ubicaría en esta genealogía histórica de los anormales tres elementos constituyentes:

1. El monstruo humano.

Producto de la intersección entre ley y naturaleza, representa esta doble infracción: a la especie y al orden jurídico. Desencadena con su aparición una serie de mecanismos e instituciones extrajudiciales y medicas (“médico

marginales” en palabras de Foucault). Sus actos no son, no pueden ser jurídicamente condenables pues su naturaleza se funda entre la enfermedad y su consecuente infracción.

2. El individuo a corregir.

Producto de las instancias disciplinarias (ejercito, escuela, familia). La normatividad de la que escapan estos sujetos no es ya de orden jurídico, sino de las técnicas modernas de domesticación, se justifica el encierro como forma de corregir el cuerpo, el comportamiento y las actitudes.

3. El onanista.

Surge en el siglo XVIII con la reconfiguración de las relaciones entre la sexualidad y la familia. Su fundación se da con la aparición de la sexualidad infantil; se trata de controlar la carne (de niños y adolescentes principalmente) y el placer para dar paso al sujeto productivo que la industrialización exigía. Se crea un principio de salud que regule las relaciones familiares fundadas en la novedosa necesidad de vigilar el cuerpo infantil que es por naturaleza frágil y fácilmente excitable.

Con esta clasificación, Foucault sienta los antecedentes del nuevo individuo anormal que conserva rasgos de estas tres figuras; que nunca se funden del todo pero que aportan características que habrán de designar a las anomalías actuales. “Cada una de ellas se inscribirá en unos sistemas autónomos de referencia científica: el monstruo, en una teratología y una embriología [...] el incorregible, en una psicofisiología de las sensaciones, la motricidad y las aptitudes; el onanista en una teoría de la sexualidad” (Foucault, 2001, pp.300-301).

¿Cómo ubicamos al niño hiperactivo dentro de ésta genealogía? Primero aceptando que estamos hablando de un sujeto puesto fuera de la norma, o sea un anormal, un descendiente directo del monstruo, el incorregible y del pequeño masturbador, podríamos ubicar tal herencia enunciándola así:

- Del monstruo humano el niño hiperactivo hereda esta excepción a la norma biológica: las actitudes se fundan y justifican en una lógica de la enfermedad, hay una excepción en el orden natural que modifica los criterios de transgresión. La necesidad de ubicar la hiperactividad en una determinada zona del cerebro obedece a esta forma de atribuir sentido a ciertas acciones a través de su ubicación en el mapa fisiológico; “el actúa así porque tiene tal enfermedad o tal desorden”, el trastorno se funda en las leyes de la naturaleza y la especie.

El movimiento corporal excesivo por ejemplo, sería la proyección de un estado congénito, constitutivo y patológico que se manifiesta a través de esta conducta, se busca cierta continuidad; por eso con el DSM se trata de definir un estado permanente “si el niño se comporta de tal forma en dos o mas espacios, la mayoría del tiempo, entonces se le puede diagnosticar con tal trastorno”, se le puede ubicar en un esquema de estigmas permanente en el que la psiquiatría reclamará su jurisdicción: será por lo tanto un hiperactivo, un candidato ideal para que la psiquiatría tome posesión de él y excluya a la sociedad y a la comunidad familiar de su influjo. No se trata de curarlo, de buscarle un remedio a sus males, se trata de alejarlo, de apartarlo y ponerlo en donde no moleste, en donde no incomode, en donde sus reclamos no sean escuchados pues él es el anormal: el portador del peligro.

- Con relación al incorregible es mas evidente lo que el hiperactivo hereda: producto de las instancias disciplinarias que han fracasado en sus intentos por domesticar su cuerpo y su comportamiento; el niño hiperactivo es aquel incapaz de insertarse adecuadamente en el dispositivo escolar, es el indócil que niega la normatividad imperante en el contexto educativo y familiar. Más que atentar contra la soberanía de la ley, atenta contra las técnicas modernas de disciplina y para “encauzarlo” son puestos en marcha una serie de procedimientos que buscan la corrección. Se le confina en lugares especiales donde se la habrán de brindar métodos positivos de rectificación, se le lleva a una escuela de educación especial, se le manda

al psiquiatra o al terapeuta; se busca por todos los medios y en todas las formas su domesticación: que domine su cuerpo y sus emociones, que desarrolle ciertas aptitudes y renuncie a otras, que sea finalmente mas normal y menos inquieto. Hay aquí cierta obsesión por el niño y su motricidad; se tiene que corregir tanto al que no se mueve como al que se mueve en exceso. La excitación motriz no debe exceder a lo impuesto por los dispositivos familiares y escolares pero tampoco debe estar por debajo de la norma.

- Con la aparición del problema de la sexualidad infantil se va a terminar de englobar a los nuevos anormales. El hiperactivo mucho debe a este problema también pues con él aparece la infancia como un fenómeno sobresaturado en el aspecto sexual; el anormal surge de la represión sexual que trae consigo dicha sobresaturación. El niño hiperactivo abusa de su cuerpo y con ello cuestiona a la cruzada implantada contra el placer infantil y si el niño abusa es porque no se le ha vigilado adecuadamente, por esto es necesario que los padres y los maestros (como encargados directos de los niños) presten atención al cuerpo del niño pues si no lo hacen serían ellos los principales culpables del desenfreno infantil. El niño se convierte en deber de los padres y el cuerpo infantil refleja una serie de relaciones de poder implementados en el dispositivo familiar, por eso el cuerpo del niño importa tanto porque pone de manifiesto una dinámica familiar empapada de poder; las anomalías infantiles (como la hiperactividad) son producto directo de esta “nueva familia incestuosa”¹ en donde el niño y su cuerpo son objeto de miradas que invaden de contactos que perturban, “incesto epistemofílico, este incesto del contacto, la mirada, la vigilancia, fue la base de la familia moderna” (Foucault, 2001, p.235.). La nueva familia moderna, es decir, el espacio familiar que se reacomodó en torno a la sexualidad infantil va a servir de justificación para la intervención médica pues a partir de ahí las manifestaciones sexuales de los niños son

¹ La concepción de la familia como espacio sexualmente cargado tiene sus orígenes (según Foucault) en esta época en donde la sexualidad infantil adquiere relevancia; ejemplo de ello serán las aportaciones de Freud en torno al deseo del hijo por la madre, la teoría de la seducción, etc.

concebidas como enfermizas. El cuerpo del niño adquiere un carácter patológico y se hace necesaria la intervención del saber médico; después de vigilar con atención el cuerpo del niño y habiendo descubierto el mal, los padres acuden al médico para que cure: “La nueva familia, la familia sustancial, la familia afectiva y sexual, es la mismo tiempo una familia medicalizada” (Foucault, 2001, p.236), la racionalidad médica ha invadido no solo el espacio familiar, sino la sexualidad, el cuerpo infantil y sus excesos. A partir de ahí el cuerpo de los hijos, -ese que se mueve, se angustia, se inquieta, se muestra torpe- comenzó a ser un problema, que habría de encontrar solución en el mundo de los diagnósticos, la corrección de las conductas y las pastillas.

5.2 Configuración del alumno anormal.

“La alteridad del otro permanece como reabsorbida en nuestra identidad y la refuerza todavía más; la hace, si esto es posible, más arrogante, más segura y más satisfecha de sí misma. A partir de este punto de vista, el loco confirma y refuerza nuestra razón; el niño, nuestra madurez; el salvaje, nuestra civilización; el marginal, nuestra integración; el extranjero, nuestro país, y el deficiente, nuestra normalidad”.

Jorge Larrosa y Nuria Pérez de Lara.

La figura del sujeto normal ha sido establecida a partir de la delimitación de su par opuesto, a través del armado del perfil del anormal y configurado desde el discurso médico, escolar y jurídico actuando no aisladamente sino concatenados. Hay elementos que van dejando su huella y van marcando la conformación del marginal, el silenciado y olvidado: Pobreza, hambre, injusticia, violencia, mendicidad, abandono, trabajo infantil, degeneración de los cuerpos, vicio, vagabundeo, delito, alcoholismo, hurto, muerte temprana, perversión. Es bajo el amparo de estas circunstancias que el anormal salta a escena. “Privado de

lenguaje y excluidos del dispositivo integrador, todo un conjunto de seres desterrados comienza a salir a la superficie, invocando con su inquietante presencia a los monstruos obscenos de la razón” (Vega, 2008, p.126).

Las guerras (la primera y segunda guerra mundial, pero además para el caso de México la revolución) imprimieron también su sello, dejando un espacio de angustia que devastó la experiencia subjetiva. El dolor se mostró como angustia en la sociedad y resonó “oculto” en los cuerpos.

Beatriz Alcubierre y Tania Carreño (1996) al analizar la mirada sobre la infancia de México en el periodo revolucionario y posrevolucionario hacen notar que no podemos hablar de una noción homogénea de la niñez. Con base en esto dan cuenta de lo que denominan los mundos de la infancia:

1. El mundo del Estado porfirista. Ve a los niños como artífices del orden y progreso que guiará al país al desarrollo, se pone en juego aquí la consolidación del ciudadano capaz de reconstruir al país revirtiendo los estragos de la guerra.
2. El niño imaginado por las clases altas. Opuesto a los niños de clases populares se concebían como puros y cargados de inocencia.
3. El mundo de los niños del medio rural. Campesinos que se indiferenciaban con los adultos, en tanto ejercían trabajos y tareas domésticas iguales que solo cambiaban de acuerdo al sexo.
4. Los olvidados, pequeños trabajadores despojados de inocencia, casi siempre considerados adultos pequeños, sombras silenciadas.

Para nuestro interés nos centramos en el último mundo, el de los marginados: “Algunos consideraban que la causa de su degeneración era el medio social que los rodeaba, y otros consideraban culpables a los factores biológicos, al argumentar que el niño había heredado los vicios de sus padres” (Santiago, 2007). Sirva esto para hacer notar que en México la caracterización de la infancia anormal guarda importantes relaciones con lo que acontecía en el viejo continente.

Por ello consideramos plausible retomar elementos y hechos ocurridos en distintos países.

Cárcel, prostíbulos y calle eran los lugares de circulación del alto índice de infantes abandonados; lo que orilló a jueces, educadores e instituciones de beneficencia a presionar para que se crearan leyes de protección a la niñez. Apareciendo como consecuencia la tutela a abandonados, ayudando a consolidar la definición del niño y el alumno anormal. Las ideas de higiene pública fomentaron espacios en instituciones y escuelas para menores de mala conducta y delincuentes, apareciendo los primeros espacios educativos especiales.

Es en el marco de estas circunstancias socio-históricas que los menores son interpelados desde el discurso político, jurídico y escolar. La ciencia, efigie de la modernidad servirá a la construcción del escolar anormal. “Las instituciones de encierro-internación por un lado, y la escuela, por el otro, fueron segmentando los destinos de los niños. En la confluencia de ambos segmentos se constituirá, más adelante, la escuela para el niño anormal” (Vega, 2008, p.132).

La pedagogía positivista introduce en la escuela el paradigma de la corrección y justifica plenamente la segregación escolar en tanto distintas disciplinas, como la psicología y la medicina se presenta como su soporte. Reconocen y explican el por qué del cuerpo carenciado, insalubre, y de escasa formación moral.

El higienismo propondrá, entre otras cosas, escuelas al aire libre: En contacto con el ambiente, alumbrados por los rayos del sol; así como las plantas y árboles crecen, los niños pobres y débiles, educados en similares condiciones, beberán las fuentes de un ambiente sano.

En 1917 al hablar de la “Escuela del débil mental” en Argentina y de la necesidad de la creación de escuelas para enfermos y débiles con características específicas diferentes a los sistemas para los “sanos”, Lozano apunta:

“Cada planta necesita una preparación especial de la tierra; cada niño debe igualmente ser objeto de un examen médico detenido para darle la nutrición

que convenga a su cuerpo y a su espíritu, porque educar significa desarrollar aptitudes, vigorizar el organismo y la mentalidad de los educandos” (Vega, 2088, p.131).

Año más adelante, Luis Buñuel filma en México “Los Olvidados” (1950), película polémica en su tiempo que retrataba la vida de niños y jóvenes de las ciudades perdidas, mostrando el hambre, el crimen y la violencia, en que vivían (viven) los menores marginados. En ella se muestra una granja-escuela, que intenta corregir con el fin de reintegrar a la sociedad. El director de la escuela hace un “experimento psicológico” (así lo llama) casi al final de la película; le dice a Pedro, uno de los personajes principales: “Toma estos cincuenta pesos, ve a comprarme una cajetilla de cigarrillos y tráeme el cambio...” Intenta mostrar al menor que en esa escuela no hay reclusión, que se está en libertad. La intención del niño es regresar, pero no lo hace ya que le es robado el dinero y tiene una pelea, lo que lo deja nuevamente en una posición de “delincuente”.

Conviene transcribir las palabras con las que da inicio la película para notar la concepción que se tenía de la problemática misma:

“Las grandes ciudades modernas, Nueva York, París, Londres, esconden tras sus magníficos edificios hogares de miseria que albergan niños malnutridos, sin higiene, sin escuela, semilleros de futuros delincuentes. La sociedad trata de corregir este mal, pero el éxito de sus esfuerzos es muy limitado. Sólo en un futuro próximo podrán ser reivindicados los derechos del niño y del adolescente para que sean útiles a la sociedad. México, la gran ciudad moderna, no es la excepción a esta regla universal, y por eso esta película, basada en hechos de la vida real, no es optimista y deja la solución del problema a las fuerzas progresistas de la sociedad.” (Buñuel, 1950).²

² Estamos ante una justificación que Luis Buñuel coloca para que la película sea aceptada por la organización encargada de vigilar el contenido de las producciones mexicanas. El director dirá más tarde que esta justificación intentaba servir para no molestar tanto a los mexicanos, ya que fue duramente criticado (incluso durante la filmación) por mostrar un México no puesto en escena hasta ese momento. Un país

No sé exactamente a que hace referencia esto último, seguramente al entramado ciencia-política, y con toda seguridad Buñuel ironizaba.

5.3 Modos de incidencia sobre la infancia anormal.

Podemos distinguir tres modos de incidencia sobre la infancia anormal a lo largo de más de un siglo; al detallar cada una intentamos hacer el recuento de sus prácticas, justificamos por ello el ir y venir de las fechas:

1. Intervenciones quirúrgicas, esterilización o reclusión.

Ya hemos apuntado en el primer capítulo los usos dados al ideal eugenésico y la mancuerna que hace con el darwinismo social a finales del siglo XIX e inicios del XX; se proponía revertir y evitar la propagación de enfermedades consideradas disgenicas y la mediocridad connatural de los menos aptos, así como evitar su reproducción con el fin de mejorar el linaje.

El amparo de las ideas eugenésicas vino de una convergencia entre políticos y científicos. Surgiendo de ello prácticas o sugerencias como la esterilización, la prohibición de matrimonio de los afectados por la epilepsia, debilidad mental o imbecilidad; leyes antimigratorias, y la segregación o el exterminio de los considerados de razas inferiores.

En el México porfirista se aparejaba la criminalidad con las clases sociales bajas. La infancia abandonada, desamparada y los criminales se presentan como sinónimos de degeneración de la raza. A la par que se vuelven preocupación del Estado, en tanto contradecían su ideal de infancia, el niño que perfeccionaría la raza mexicana con la ayuda de pedagogos, médicos, higienistas, eugenistas y otras disciplinas que se estaban consolidando hacia finales del siglo XIX.

“inverosímil” para muchos, que incomodaba e irritaba. Creo que las palabras que coloca como introducción intentan reproducir la concepción del discurso de los directores de los Tutelares para menores de la época y también la visión que desde el gobierno se tenía de los marginados. Es decir, en esta apertura Buñuel pone las palabras de otros, justo es aclararlo; como también lo es señalar que las aristas de la película son múltiples y traspasan con mucho una visión documental de la infancia marginal. Vease al respecto: (De la Colina, José. Pérez Turrent, Tomás. 1986, pp. 55-69.)

Evitar la degeneración de la raza y rediseñar la nación vigilando y controlando el cuerpo de la infancia, reformándolo y evitando que los genes defectuosos se transmitieran o adquirieran. Cobró especial relevancia aquí la idea que sostenía el carácter hereditario de la criminalidad y la marginalidad.

La eugenesia y el higienismo son el soporte del estado mexicano posrevolucionario para consolidar el modelo del niño anormal, donde pobreza, herencia, marginación y criminalidad se homogenizan como causa de la degeneración. Se pedía incluso al Estado que impidiera la unión matrimonial de alcohólicos, drogadictos y de los que se considerara pusieran en peligro a la sociedad.

La eugenesia cobra su mayor protagonismo o su carácter más acabado y siniestro con la Alemania nazi.

“El gobierno nacionalsocialista exacerbó las medidas eugenésicas negativas más cruentas que llevaron al genocidio a más de seis millones de personas en los campos de concentración. Algunos nazis en su declaración en el juicio de Nuremberg arguyeron que aplicaban las medidas eugenésicas que Estados Unidos proclamaba y desarrollaba” (Jacobo, 2010).

Años posteriores a la segunda guerra mundial se promulgan leyes que reclaman la igualdad entre los seres humanos, que condenan la discriminación racial y aparecen también las declaraciones de los derechos humanos. Este es el marco que inaugura un nuevo discurso, bajo su égida surgieron instituciones a favor de la diversidad y la integración. “Ahí se insertará el movimiento de la integración e inclusión educativa para los niños con Necesidades Educativas, y en cuyo concepto quedó depositado todos los niños que previamente cabían en el marco de la Educación Especial y se agregaron nuevas enunciaciones, entre ellas, el TDAH” (Jacobo, 2010).

2. Internar, excluir, corregir o medicar.

En la calle habitaban y vagaban los holgazanes, infractores, peligrosos y ociosos que debían ser reformados, normalizados. Desde un marco positivista se crearon instancias de control, correccionales para los indóciles, “inasimilables al sistema normativo de educación” (Foucault, 2001, p.269). Menores que amenazan al orden social, de ahí la necesidad de exclusión y segregación escolar.

Hay aquí un doble movimiento, reconocimiento y rechazo. Salen a la luz aquellos que habían permanecido silenciados, pero al aparecer en el entramado que provee el discurso psiquiátrico, jurídico y escolar devienen como excluidos de lo normal y son frecuentemente objeto a subsanar desde un mesianismo que pone en evidencia una repulsión al diferente y al mismo tiempo la necesidad de redimirlo.

“Se trata de una especie de horror y espanto mezclado con los designios de una misión redentora: el niño portador de los nuevos síndromes inspiraba mucho miedo a su benefactor, por lo que debía ser segregado, corregido, transformado [más recientemente, medicado] para poder ser luego integrado en forma armónica a la sociedad” (Vega, 2008, p.146).

En lo que va de la década de los cuarenta a los sesenta se abren en México escuelas especializadas para formar en la atención a sordos, ciegos, lesiones locomotoras, débiles visuales, problemas de audición y lenguaje, para niños y jóvenes con problemas emocionales, deficientes mentales, etc. Donde vemos un desplazamiento de médicos por profesores y psicólogos que vienen a formar especializaciones que darán cabida al atrasado escolar o al afectado por una enfermedad orgánica, a la discapacidad que en adelante designará y representara al alumno anormal. Amparados en el discurso eugenésico y psicométrico designarán su campo de acción a los anormales, marginados, inadaptados, infractores, impedidos. Así irá delimitándose el campo de la educación especial hasta llegar a su oficialización. La escuela especial perseguía desde la década del setenta un carácter integrador, donde confluyeran alumnos con “discapacidades” en las aulas de alumnos llamadas regulares. Sin embargo, no pudo salvarse de consolidar, o arrastrar una miríada de ideas propias de modelos de exclusión,

como la fascinación por los diagnósticos lapidarios, coagulantes y principalmente, al no poner en duda el ideal de la normalidad, continuando así una diferenciación con lo anormal a corregir.

En gran medida y al amparo de los avances en el desciframiento del genoma humano y las cada vez más especializadas clasificaciones de la salud mental, hoy se parte también de un razonamiento matemático (estadístico) para determinar que hay factores hereditarios ligados a ciertos trastornos de la infancia, entre ellos el TDAH. Y así, es desde un orden presuntamente natural que designa quienes están favorecidos genéticamente, molecularmente, para lograr una correcta adecuación a las demandas escolares y sociales. Pero la solución al éste desfavorecimiento también la tienen, está al alcance de un fármaco. Nos encontramos ante un estado de exculpación de padres y sociedad, pero también ante la disyuntiva y la posibilidad de pensar en nuevas formas de aplicación de la eugenesia, a primera vista “veladas”, y de consecuencias oscuras y perversas, toda vez que amparadas en discursos de favorecimiento de la vida, la salud, la mejora estética y conductual, la integración y la adaptación social del trastornado-enfermo (en palabras suyas) quedan amparados y legitimados los efectos de exclusión de lo diferente, lo extraño, lo inconmensurable, lo deforme, el insólito e incómodo movimiento de los cuerpos, lo que causa estupor.

3. Propuestas de intervención educativa con los anormales. Clases especiales.

Es aquí donde las primeras mediciones comienzan a presentarse con el fin de detectar a los escolares atrasados. La más conocida, la de Binet³ tenía como objetivo identificar a los alumnos que necesitaran educación especial para lograr adaptarlos a una escolaridad normal una vez determinando lo que llamó “edad mental”.

Los efectos del uso de la escala lejos estuvieron de los objetivos planteados por Binet y del encargo que le había encomendado el gobierno francés que por los

³ Como señalamos antes la escala la realizó con su colaborador Simon; la primera escala es de 1905, con una revisión tres años después. Una tercera revisión quedó inconclusa debido a su repentina muerte en 1911.

mismos años decretó la educación obligatoria de los niños de 6 a 14 años. Como ya dijimos, se quería detectar niños que requirieran atención especial y determinar en que áreas se observaban retardos y dificultades para adaptarse a una escolaridad normal e incidir posteriormente en ella. En su lugar, la escala sirvió no pocas veces como justificación y cimiento del movimiento eugenésico, dejando efectos desastrosos. Fue común que se justificara la prohibición de la reproducción con algunos grupos étnicos, que según la escala de Binet (no él) demostraba su carácter inferior.

Binet condenó en vida que la inteligencia fuera aparejada a características cuantificables, unitarias (como el peso), sin considerar las características abstractas y múltiples. Consideraba que no había condena al observarse una edad mental por debajo de la norma.

Pero este discurso, hecho pasar casi unánimemente como científico, impactará y también guiará la gestión de diversas políticas públicas, sociales y de salud. Se consideró que “el ideal de perfectibilidad del hombre podría ser alcanzado o bien, lo más relevante se tornó en evitar la amenaza que pudiera atentar contra ese ideal” (Jacobo, 2010).

De la misma época es la necesidad de clasificar, y el modo fue al más puro estilo botánico.

“El discurso escolar apuntaba a identificar, cada vez con mayor precisión, los saldos ineducables del sistema. Vagabundos perezosos, incorregibles, atrasados, imbeciles, idiotas, sordomudos, ciegos, epilépticos, inestables, débiles, etc., eran las categorías con la que dicho discurso identificaba a los niños que no se integraban a la escuela común” (Vega, 2008, p.139).

Con las primeras escuelas especiales siguió vigente la caracterización del atrasado escolar, del alumno anormal ligado al niño procedente del medio rural y de estratos sociales marginados. El discurso psiquiátrico y escolar hizo pasar situaciones disímiles como la pobreza, una problemática orgánica, o las

dificultades escolares en el mismo tenor, unificándolas en torno a la figura del alumno anormal a corregir, a reeducar.

La necesidad de ir acuñando un “nuevo” lenguaje que diera cuenta de la infancia y del escolar anormal, una “sindromatología” (Foucault, 2001, p.289), ha llevado a constantes depuraciones de los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales y una fragmentación del cuerpo para poder dar cuenta de lo que se considera disfuncional; así, hemos visto aparecer en el amplio catálogo que las conforman, a las discapacidades, (insuficiencia-enfermedad) excedentes a lo normal esperado, que siempre desde la noción de completud, marcan lo que no debe existir, lo que falta y debe ser subsanado, ya sea médica o conductualmente.

El DSM, en su versión en turno, es creado desde una idea de normalidad para ordenar lo perturbado anormal. Lo que Carlos Skliar entiende como una obsesión por lo “diferente”. Y entonces se pone en juego aquí la mirada que piensa el problema exclusivamente desde la atención de lo desviado, lo incorrecto. Ya lo hemos dicho, pero no sobra insistir que esta “anormalización” poco aporta a la educación y a los sujetos que caen en sus redes. Proponemos en su lugar la mirada de la/s diferencia/s. En el entendido de que “deficiencia” y “discapacidad” son eufemismos para referirse a los otros anormales, y donde el que nombra se coloca fuera y como partícipe de un juego de exclusión.

“El lenguaje de la designación no es más ni menos que una de las típicas estrategias coloniales para mantener intactos los modos de ver y de representar a los otros y así seguir siendo, nosotros, impunes en esa designación e *inmunes* a la relación con la alteridad” (Skliar, 2005, p.15).

Las tres modalidades presentadas anteriormente no se muestran en un orden cronológico ni excluyente, sino que se articulan entre sí, sin embargo, en algunos momentos se erigen como práctica privilegiada de intervención sobre el anormal, y más específicamente sobre el alumno anormal.

CAPÍTULO 6

DISCURSO DE LA CIENCIA: MITOLOGÍA CEREBRAL, BIOPOLÍTICA Y PSICOFÁRMACOS.

6.1 Los trastornos de la infancia ante la biopolítica.

En este capítulo queremos tratar del fundamento, del sostén que hace que las intervenciones y los puntos de vista sobre la hiperactividad desde la psicofarmacología, las tecnologías de corrección conductual y las neurociencias se afiancen, se conviertan en la mirada hegemónica que no deja lugar a dudas. No es gratuito que hoy toda reminiscencia a lo cerebral, sea hecha pasar por gran número de profesionales de la salud como religión.

Lacan advertía hace más de cuatro décadas (1966) en una mesa redonda en el Colegio de Medicina en la Salpêtrière que el personaje y la función del médico sufrirían un acelerado cambio acorde a los cambios de la ciencia. Y sin ningún consentimiento a sus interlocutores apuntaba que el médico ha perdido un papel central en los equipos científicos especializados. “El mundo científico vuelve entre sus manos un número infinito de lo que puede producir como agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, que coloca a disposición del público, y le pide al médico cual si fuere un distribuidor, que lo ponga a prueba” (Lacan, 1985, p.90).

Al pasar la salud al ámbito de los organismos mundiales se hace pensando en términos de adaptación y de productividad. Hoy se señala que el TDAH es un problema de salud pública, vinculando la solución únicamente con una respuesta que viene desde el ámbito de la ciencia, de la tecnociencia, para ser más precisos.

Michel Foucault creó el concepto de biopolítica, para designar al poder que se inscribe en dos ámbitos, sobre la población y sobre el cuerpo. Un primer mecanismo de poder sobre el cuerpo individual lo encontramos con técnicas que

aparecen en el siglo XVII Y XVIII: la corrección, vigilancia y adiestramiento; y escuela, hospicio y cuartel como las instituciones de ésta tecnología disciplinaria.

La biopolítica va a centrarse no únicamente en el cuerpo, sino en la población de seres vivos, en el hombre-especie, su ámbito de incidencia será la mortalidad, el preservar y alargar la vida y la muerte, atender la natalidad; todo para mantener una homeostasis y defender a la población de lo que rompa su equilibrio.

Foucault no excluye ambos conjuntos, de hecho señala que están articulados. Como ejemplo más claro de ésta vinculación pone el trato a la sexualidad en el siglo XIX. Para la que se crearon mecanismos de corrección pero también de regularización. Disciplinamiento (control) de la sexualidad desenfrenada, pero también una incidencia en la población, “porque a quien fue sexualmente disoluto se le atribuye una herencia, una descendencia que también va a estar perturbada, y a lo largo de generaciones y generaciones... Se trata de la teoría de la degeneración” (Foucault, 2000, p.228).

Las teorías de la herencia y la degeneración representan la articulación que hace posible la aplicación de una medicina, un saber/poder sobre el cuerpo y la población. Y es la *norma* la que va a hacer posible controlar el cuerpo individual y la “multiplicidad biológica”. “La norma es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo al que hay que disciplinar como a una población a la que se pretende regularizar” (Foucault, 2000, pp.228-229).

La amalgama de la intervención sobre el cuerpo y la población hizo posible en el siglo XIX una sociedad de la normalización, que amplía su poder a la vida en toda su especificidad, de lo orgánico a lo biológico. La biopolítica hace pasar los modos de incidencia sobre los anormales, aquellos que se desvían de su normatividad bajo la égida de un sustento biológico. Tal es el razonamiento que prima en la eugenesia y el darwinismo social.

Así, las concepciones biológicas del siglo XIX y el discurso del poder se anudan

“no simplemente en una manera de transcribir en términos biológicos el discurso político, no simplemente en una manera de ocultar un discurso político con un ropaje científico, sino realmente en una manera de repensar las relaciones de la colonización, la necesidad de las guerras, la criminalidad, los fenómenos de la locura y la enfermedad mental, la historia de las sociedades con sus diferentes clases, etcétera” (Foucault, 2000, p.232),

pensar desde ahí la vida misma, los hechos más cotidianos.

Las ideas del filósofo francés nos permiten pensar el trato que se da en la actualidad al TDAH y a otras problemáticas que se ligan con la infancia: el trastorno antisocial de la personalidad, el negativista desafiante, el disocial, pero también todo un proceder ante los malestares de la cultura: depresión, trastornos de la alimentación y la sexualidad y un largo etcétera del que nos provee el DSM en su última versión. La construcción de una nueva nosografía sustentada en síndromes anormales, conductas desviadas. La mayoría puestas en términos de causas biológicas, proclives a la corrección, medicación o exclusión.

Hay en los síntomas de la hiperactividad tal como se entiende en la actualidad cierto carácter heterogéneo, confuso, parcial y súbito que desemboca en una psiquiatrización de una población de alumnos “anormales” y en mecanismos de corrección y control del cuerpo, amparados en la localización o en la explicación desde una causalidad física. Una estigmatización de la infancia, una marca al comportamiento excéntrico a la norma.

Si anteriormente había en la búsqueda de variaciones en la estructura craneal la justificación de la “degeneración moral”, de un asesinato, la embriaguez o la vagancia; hoy puede ser un gen el causante de casi cualquier comportamiento. Si aún no se “descubre” cuál es, al menos hay sospechas. Y con eso basta. Pues estamos ante un saber anónimo, situado como heredero del discurso del amo, que marcha por sí mismo, autofundado, acéfalo, que no produce nuevos saberes en cuanto es dueño de una lógica cerrada y totalizante que deja marcas y efectos.

En una conocida revista de circulación masiva “Día Siete”, Alejandra González, médica especialista en Neurología hacía patente la preocupación por la violencia, el crimen y la delincuencia ligadas al Trastorno de personalidad antisocial (TPA). El texto arrancaba con una afirmación contundente: Si se logra entender desde las neurociencias el origen de estos fenómenos se podrá detener la avalancha de sociópatas en el país. Considero conveniente hacer algunas precisiones ya que nos encontramos ante una problemática frecuentemente ligada a nuestro estudio.

1. El TDAH es frecuentemente relacionado con el TPA, trastorno considerado una “condición psiquiátrica en el texto.
2. Es la misma forma de tratar distintos trastornos o problemáticas psicológicas o sociales que aquejan nuestra época.
3. Gobierno, sociedad, familia han dejado de lado su responsabilidad toda vez que la problemática se reduce a una “simple” conexión cerebral, a fallas del sistema nervioso central y periférico.
4. Se ubican las primeras manifestaciones del Trastorno antisocial desde la infancia. Lo que insinúa una psiquiatrización desde los primeros años como vía preventiva o correctiva.
5. El TDAH y la cuestión de la violencia escolar y social en los últimos años ha cobrado especial relevancia. Creemos que esta aproximación desde las neurociencias descomplejiza la problemática.
6. Si bien la autora reconoce la incidencia del entorno social, éste es simplemente una condición que favorece que las conductas violentas se manifiesten. Pero hace escasa referencia a factores y estilos de crianza, privilegiando las consideraciones de orden económico. Conviene reproducir sus palabras:

“Entre los factores sociales se encuentra principalmente el medio familiar, con infancias castigadas o muy frustradas en sus necesidades básicas y sin vínculos significativos que sirvan como modelo para la socialización primaria. Por lo general producen individuos **moralmente depravados**” (González, 2009, p.19).

El lenguaje que usa la autora (moralmente depravados) es el mismo que encontrábamos en la descripción de los degenerados desde finales del siglo XIX. Y es de notarse que las designaciones se hacen atendiendo a idénticas causas. Es la pobreza y la genética (“existen menos impulsos inhibitorios de la corteza prefrontal” (p.19). Una atribución a la naturaleza que no admite margen de error ni réplica (“su naturaleza impulsiva y su frialdad hacen que no teman las consecuencias” (p.20). Al final del texto la autora se declara partidaria de tomar precauciones sobre lo que considera los medios sociales “más agresivos y violentos”. Y lo expresa así:

“Una hipótesis es que se debe iniciar un condicionamiento positivo dirigido a aquellas personas que desde edades tempranas presenten rasgos antisociales, controlar los medios más agresivos y violentos, e impulsar campañas publicitarias enfatizando los valores sociales para que disminuyan los índices de violencia en nuestro país” (p.20).

En nombre de esos valores sociales (valores morales de cierto sector) se propone hoy en nuestro país la pena de muerte. En nombre de esos valores hoy nuestro sistema de justicia criminaliza la pobreza y abarrota las cárceles. Parece escapar a las neurociencias los usos perversos, efecto de sus posiciones. Toda vez que en nombre de la razón de algunos grupos se aísla y psiquiatiza a todo disidente de sus normas.

Es así como vemos el actuar de la biopolítica, endurecimiento de penas, carcelización, un círculo sin escapatoria donde no hay responsabilidad. Hay genes, funciones cerebrales que habrá de conocer y modificar, cortar la mala hierba cuanto antes mejor. Si hay una afección orgánica potenciada por condiciones sociales adversas habrá que segregar y corregir. Aquí es donde la psicofarmacología muestra su carácter más sugerente y provocador, toda vez que hay o puede haber un fármaco para cada afección, para cualquier irregularidad, anormalidad, para cualquier trastorno que amenace la estabilidad de la sociedad.

Como señalamos antes, el TPA se liga frecuentemente también con el TDAH. María Laura Matsuo, madre de un niño de 13 años diagnosticado con TDAH y recetado con metilfenidato señala:

“En el Instituto de la Comunicación humana de la Secretaría de Salud le recetaron Ritalín a mi hijo. Aunque comenzó a estar más tranquilo, estaba todo el día adormecido y ansioso. **Los médicos me decían que si no lo medicaba iba a ser un violador, un drogadicto o un asesino,** y entonces lo mediqué durante años. En 2003 le retiré la medicina, porque cada día estaba peor y empecé a sustituirla por vitaminas. Al principio tenía síndrome de abstinencia, pero ya está mejor y estoy esperando que cumpla 14 años para que entre a la escuela abierta **y ya no lo discriminen**” (Norandi, 2006).

La sospecha de que existen componentes hereditarios ligados al TDAH hace que desde la Secretaría de Salud (2002) se insinúe la posibilidad de que con la familia que presenta varios casos “esta información puede ser compartida con los padres dejándoles la oportunidad de elegir el desarrollo de futuros embarazos” (p.19). En otras palabras: “De preferencia no se reproduzcan”.

Hoy la “hiperactividad” es para gran número de padres una característica “aceptable” y hasta esperable en sus hijos, una muestra de las intervenciones educativas tempranas; pero lo es así mientras no entorpezcan sus actividades o pierdan el control sobre ellos. Porque entonces ya se hacen objeto de dudas e incomodidad. Las citas anteriores muestran que esta “infancia trastornada” representa incluso un temor a futuro, lo que la hace objeto de corrección y no pocas veces de exclusión del ámbito educativo. Nos muestra también que desde el discurso oficial, la Secretaría de Salud los ve como seres extraños, anormales excéntricos, peligrosos.

Para gobierno, padres y maestros la explicación del mal funcionamiento cerebral y la respuesta en una pastilla representan una “solución”, pero no podemos dejar de ser reiterativos, evita la pregunta por las verdaderas causas. “Asistimos a una

verdadera caza de brujas en el campo neurológico-psiquiátrico de la infancia: una farmacologización de los tiempos de constitución del sujeto” (Bleichmar, 2000).

Hemos resaltado anteriormente la subversión de la función y figura del médico, del hipocrático que mira en términos de totalidad la enfermedad, el galeno dueño de prestigio y autoridad, al partícipe de un acto técnico, un funcionario de la ingeniería química, promotor de la industria farmacéutica, presa del avance de las tecnociencias.

Evidentemente en este viraje podemos inscribir también la intervención farmacológica y conductual del TDAH, toda vez que eliminar síntomas se vuelve un acto técnico, un modo de respuesta a una demanda de instantaneidad, parcializante, consecuencia del discurso de la ciencia, que se infiltra socialmente sin posibilidad de réplica en tanto está despojado de interlocución.

6.2 El TDAH frente al discurso de la ciencia.

Nuestra vida cotidiana está determinada y depende en gran medida de la técnica y de los objetos producidos por la ciencia. La ciencia en su creencia de omnipotencia hace creer que es posible ser su propio fundamento.

Distinguimos siguiendo a Jean-Pierre Lebrun (2003) a la ciencia, conjunto de conocimientos que se organiza y elabora según su método de su discurso. Designamos como discurso de la ciencia las consecuencias que la ciencia tiene en lo social en la actualidad, una “infiltración difusa que subvierte el conjunto del tejido social” (p.48.).

Presente como un discurso vaciado de interlocución y con pretensiones totalizantes, el discurso de la ciencia “vehiculiza en su seno aquello de lo que se beneficia el sujeto para no tener que asumir las consecuencias de lo que implica hablar” (p.48). Es como si las cosas estuvieran dadas, lo que crea efectos de silenciamiento, quedando zanjada la pregunta por el origen y por el fin.

La pretensión totalizante de la ciencia se muestra de manera acabada en el desarrollo tecnocientífico, lo que lleva frecuentemente a la amenaza de tornarse en totalitarismo. La tecnociencia trata solamente con enunciados y borra la enunciación.

“Si ayer la ciencia colaboraba en la comprensión de la naturaleza hoy es la naturaleza la que está enteramente marcada por los desarrollos de la ciencia y somos nosotros, en tanto que sujetos, quienes corremos el riesgo de encontrarnos bajo su férula, porque el borramiento de la enunciación requerido por el método científico desemboca [...] en la desaparición de la enunciación, que es la propiedad más específica de lo que constituye un sujeto” (Lebrun, 2003, p.59).

La eliminación de la enunciación deja sus marcas en lo social. De ninguna forma planteamos un rechazo a la ciencia, sino a la forma que cobra su discurso. La forclusión del sujeto no viene de la ciencia, sino de la fascinación del discurso de la ciencia.

“Lacan coloca al sujeto como producto antinómico del advenimiento de la ciencia... allí donde hay ciencia se produce sujeto; pero a este sujeto que ella misma crea lo coloca como correlato a la vez producido y excluido (sin representación posible, pues) en la Mathesis Universalis” (Amigo, 2007, p.281).

Silvia Amigo (2007) distingue tres consecuencias forcluyentes que devienen del pasaje de la acción del pensamiento sobre la naturaleza (p.281).

1. La separación de lo pensante de la sustancia extensa. El desecho de lo que no piensa, entre lo que contamos el cuerpo.
2. La creencia de que se puede pensar todo, sin resto. Lo que lleva a Lacan a afirmar que la ciencia forcluye la cosa, no al sujeto.
3. Cierre del abismo que separa verdad y saber.

Un rasgo característico del discurso de la ciencia es la ruptura con las categorías de lo imposible y del límite, la psicofarmacología es hoy una de las mejores muestras. En gran medida las investigaciones realizadas o financiadas por la industria farmacéutica dan cuenta de los efectos sobre lo social a partir de valerse del prestigio de la ciencia, y de hacer pasar como autoridad a la ciencia misma sustentada en el método científico, en el control y análisis de variables o en la razón estadística.

6.3 Silenciando síntomas: TDAH y psicofármacos.

En el sitio www.farmaciaonline1.com, sitio que se autodefine como el número 1 de medicamentos genéricos en el mundo se ofrece Strattera como el medicamento equivalente al Ritalín, a precios bajos, sin prescripción y envío internacional gratuito. Afirman también que la causa del TDAH es de origen genético, y que se observan diferencias con otros niños en estudios de neuroimagen, ya que estos niños manejan neurotransmisores diferentes.

Llama la atención la facilidad con que toda una gama de medicamentos supuestamente controlados está al alcance de la mano de cualquier persona que pague por ellos. A la vista de autoridades de salud, pero también muestra que la nuestra es una era de la medicalización. Del silenciamiento de las causas de lo que angustia. De la salud como sinónimo de productividad. Del Mercado como gestor de nuestros actos, sentimientos y medidas de éxito o fracaso.

Es esta ajenidad que invita al uso del Ritalín, solución que muestra la necesidad de ignorar el cuestionarse por qué las cosas se enredan, no paran de moverse o se quedan inexplicablemente quietas y entonces se deposita ciegamente la confianza en la tecnicidad hermética, en la farmacológica de la fácil felicidad, la ajena a la historia¹, a la duda, al decir. Donde la palabra poco importa pues ya hay

¹ Si los recuerdos atormentan o algún acontecimiento reciente nos abrumba ya hay medicamentos para contrarrestar los malos recuerdos, propuestos para aliviar experiencias traumáticas. La memoria sigue intacta pero la intensidad emocional, el miedo, el estrés postraumático se ve menguado. Las consecuencias

un molde prediseñado donde está escrito un destino que habla por lo que eres y debes ser.

Consideramos importante que se alerte sobre la manipulación de los costos, las patentes, monopolio del mercado por parte de los laboratorios farmacéuticos, competencia desleal; su financiamiento de investigaciones cuyos resultados legitiman y promueven el uso de ciertos medicamentos; que las investigaciones sean de carácter comercial, no aporten nada nuevo y únicamente estén encaminadas a obtener mayores ganancias o enfocadas a “satisfacer” las “necesidades” de cierta población; pues el tema de la salud pública es un asunto político, no exento de ganancias. Denunciamos la promoción de la automedicación al servicio de las farmacéuticas, que penetran con agresivas estrategias de mercado haciendo ver su labor como noble causa; que basan su impacto en la publicidad y no en la información médica en tanto no se dirigen al “cliente” sino a un intermediario dueño de poder para incidir sobre el cliente-enfermo; conocer el porcentaje de sus ganancias que las empresas farmacéuticas gastan en publicidad en relación a lo que destinan a la investigación; que los médicos creen ciegamente que la industria es la proveedora de información sobre las enfermedades y su cura; que los visitantes médicos, facilitadores de muestras persiguen como primer fin vender; que los médicos se han vuelto auxiliares de las farmacéuticas y verdugos de sus enfermos; que el escaso tiempo de un medicamento en el mercado provoque que no se realice investigación, o se oculten sus efectos a largo plazo, aún cuando se le presuman efectos negativos; que se carezca de información o se ofrezca demasiado poca sobre las contraindicaciones o efectos secundarios de algunos medicamentos; investigar la corrupción y la escasa intervención del Estado y organismos reguladores en la promoción de fármacos que se presumen peligrosos; demostrar como el consumo

y complicaciones por supuesto que son múltiples, toda vez que las vivencias ocupan un lugar central par la sociedad y para lo que entendamos por humanidad. Hay efectos que se desprenden de la tecnología farmacológica, pero que hablan de la posibilidad de borrar el sufrimiento, y olvidarnos de que éste es inherente a la experiencia subjetiva. Baste observar un drogadicto para ver de que forma aparece borrado como sujeto, ajeno. Un adicto al oxycontin exclamaba que cuando consumía el fármaco sentía que éste “cubre todo como un manto y detiene el tiempo a su alrededor”. Al permanecer él oculto, con la vista cubierta queda suspendido, sin necesidad de enfrentarse al dolor que representa preguntarse por su estado.

mayor de medicamentos no corre a la par, o no muestra concordancia con el estado de “salud” de la población, incluso cuando esta es concebida en los términos de los organismos internacionales encargados de velar por ella.²

Sería preciso también mostrar como el surgimiento de las grandes empresas farmacéuticas corre a la par de la conformación de la idea de anormalidad sustentada en la observación de bacterias, del conocimiento de la genética y de las funciones cerebrales, pero también del darwinismo social y la eugenesia en los albores del siglo XX. Todo esto rebasa y no es el objetivo de este trabajo, pero su estudio haría también patente que la configuración de la idea de enfermedad y anormalidad está atravesada por intereses mercantiles y sustentados en la obtención de ganancias multimillonarias.

Todo esto es importante y requiere atención, sin embargo a nosotros nos interesa detenernos en las implicaciones del uso de la farmacología para “curar” malestares en gran medida producto de la inadaptación a las exigencias de la época: dificultades en la relación entre padres e hijos o maestros-alumnos, como es el TDAH. Pero sostenemos también que esta aproximación es la misma que se da a distintas problemáticas: disfunciones sexuales, stress laboral, violencia social y escolar, depresión, y una larga lista de patologías propias o agudizadas en esta época.

Antes de avanzar quisiéramos hacer unas precisiones sobre el metilfenidato, principal fármaco utilizado en el tratamiento del TDAH.

6.4 Medicina y disciplina.

En el “Programa Específico de Trastorno por Déficit de atención 2001-2006”, planeado por la Secretaría de Salud y elaborado por especialistas participantes en

² Algunos de estos puntos son tratados por: Brudon, Pascale, (1987). Lamentablemente mucha información tiene solamente carácter histórico, está desfasada con los cambios ocurridos en la industria en las últimas décadas. Pero ilustra críticamente la medicalización a la que apuntaba nuestra época desde décadas atrás y los intereses perversos de las farmacéuticas, respondiendo y anteponiendo sus ganancias a la salud.

el consenso latinoamericano sobre el TDAH (2007), y miembros también del grupo de expertos nacionales para el estudio del TDAH (GENPETDAH. AC)³ se señala que el tratamiento psicológico es complementario pero no debe usarse como la única vía, se privilegia en cambio el tratamiento farmacológico con un gran apartado en el programa y la enumeración de distintos medicamentos para atender el TDAH.

Centrémonos en el medicamento de ya más de 50 años en el mercado y que sigue causando controversias: Ritalín, nombre comercial del Metilfenidato un psicoestimulante que ha acrecentado sus ventas desde la década de los noventas, efecto de su utilización en el TDAH. El uso de este y otro medicamentos no han estado exentos de críticas y advertencias incluso de la Food and Drug Administration (FDA), la agencia de gobierno estadounidense reguladora de aprobar y controlar alimentos y drogas, y quien ya ha documentado 25 muertes y 54 casos de enfermedades cardiovasculares en niños y adultos tratados con Ritalín, y quien también ha advertido sobre la necesidad de colocar esta clase de medicamentos en lo que denomina la “Black Box Warning” (Ibañez, 2009).

La dependencia Inglesa de salubridad ha documentado por su parte 9 muertes y 500 reportes de reacciones adversas (Ibañez, 2009). Se sabe que el Ritalín puede ocasionar una larga lista de efectos secundarios sobre todo al inicio del tratamiento⁴. Mismos que suelen controlarse o eliminarse con la administración de otros medicamentos o modificando los horarios de ingesta o las dosis.

Se estima que el 10% por ciento de los niños de Estados Unidos en edad escolar toma metilfenidato o algún fármaco similar (Szekely, 2009, p.65). En México su

³ El programa puede también verse completo en la página web de la Secretaría de Salud: http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/tda.pdf. El programa no aporta nada nuevo, una aceptación de la causalidad neuropsiquiátrica, una aceptación a los criterios diagnósticos del DSM IV y el CIE-10; inespecificidad y falta de conocimientos claros sobre las causas y de la posibilidad de observarlas por métodos modernos de medición, etc.

El primer consenso del GENPETDAH.AC puede consultarse en Anexo 4 y en: http://www.tdahlatinoamerica.org/documentos/CARPETA_1_CONSENSO.pdf. Y caben los mismos comentarios del párrafo anterior.

⁴ Vease el Diccionario de especialidades farmacéuticas de la UNAM, http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo.php?bib_vv=6

consumo presenta también un crecimiento exponencial, José Antonio Cabello Gil de la comisión de Salud de la Cámara de Diputados señala respecto al Ritalín: “las prescripciones de este fármaco en 1993 llegaron a ser de un millón 300 mil pesos, en el año 1995 subió a cinco millones y para el año 2001 llegó hasta 21 millones” (Nieto, 2005). Y su consumo ha seguido en aumento.

A los ojos de maestros y padres el medicamento mejora (o podemos decir acalla?) notablemente los síntomas del TDAH. Sin embargo hay quienes mencionan efectos adversos, pero dado que son los menos no suelen ser tomados en cuenta, aun cuando hagan patente el malestar que les ocasiona: “Con esa medicina no estudias ni te concentras”. “Me sentía lento y no podía dormir” (Norandi, 2006). A mi hijo “lo aletargaba al grado de sedarlo y el rebote era brutal” (Szekely, 2009, p.65). Testimonios como estos pueden encontrarse por montones, pero también comentarios opuestos que remarcan la efectividad del fármaco. Más adelante haremos notar en qué términos se observa o se entiende su eficacia.

El uso de Ritalín y estimulantes parecidos en el tratamiento del TDAH ha generado controversias. Para cada punto existen numerosos estudios e investigaciones que afirman o desmienten su pertinencia y efectividad. Algunos puntos a debate entre partidarios y detractores son: Si estos fármacos tienen propensión al abuso de drogas posteriormente. Si hay una persistencia importante de los efectos secundarios al periodo de adaptación. La mortalidad del medicamento o su relación con infartos al miocardio. Si las observaciones del cerebro pre y post medicación muestra diferencias significativas. Y antes que esto, si se distinguen cambios entre niños considerados “sanos” y diagnosticados con TDAH. También se debate si el medicamento es realmente eficaz y si causa adicción. A partir de la indagación en diferentes actos de violencia -sobre todo ocurridos en EEUU- perpetrados por niños y adolescentes se presume están relacionados con el consumo de Ritalín en el momento de los hechos o durante la infancia; suposición que se antoja contundente contra el uso del medicamento. Y que pone de manifiesto la necesidad de revisiones exentas de intereses.

Nuestra negativa más que al medicamento en sí, que consideramos un paliativo engloba a la intervención que privilegia la mirada y acción sobre síntomas que ponen de manifiesto una norma sobre lo que el buen comportamiento debe ser, donde el niño sano es el que permanece quieto y atendiendo en clase, contrario a aquel que incumple tareas escolares, que extravía sus lápices o útiles escolares, que se distrae ante otros estímulos en la escuela, aunque pueda pasar horas atendiendo la televisión o videojuegos, el niño “descuidado” que se mueve y habla en exceso, que muestra aburrimiento ante las tareas que se le imponen. Criterios que consideramos más un problema para maestros y padres, muchas veces ligados al “taylorismo educativo que no admite fracasos” (Bleichmar, 2000); a las dificultades para estar con el niño, para ejercer la “autoridad”, para acallar lo que se esconde bajo el malestar que se expresa en un movimiento desbordado. Estos criterios que definen la “enfermedad” nos muestran por oposición lo que un niño sano debiera ser. La defensa contra los considerados anormales conlleva un nuevo racismo escasamente visible que ya deja horrorosos saldos.

6.5 Psiquiatrización de la infancia.

Michel Foucault (2005) explica que es la figura del imbécil y el idiota -más tarde denominado niño retrasado- y no el niño loco las que se van a encontrar ligadas a la psiquiatrización de la infancia, y que va de la mano con la construcción de conceptos como “normal” y “desarrollo”.

La noción de idiotez se encuentra ligada al desarrollo, el cual en un uso binario puede estar presente o ausente. “El desarrollo es algo que uno tiene o no tiene, del que se ha beneficiado o no; el individuo se desarrolla por el hecho mismo de tener voluntad o inteligencia, o no se desarrolla en razón de carecer de ellas” (p. 237). La idiotez como no-desarrollo está relacionada a un vicio orgánico constitutivo. “Por lo tanto, es del orden de la imperfección o se inscribe en el cuadro general de las monstruosidades” (p.238), una interrupción del desarrollo

fisiológico y psicológico. Posteriormente se designará al idiota como “niño retrasado”, rezagado en relación a los progresos del niño de su edad.

“Las dos definiciones conjuntas del idiota como alguien afectado por una interrupción del desarrollo y del retrasado como una persona cuyo desarrollo, aunque continuo, es simplemente más lento, son importantes desde el punto de vista teórico y aportan varias nociones que van a ser de peso en la práctica misma de la psiquiatrización del niño” (p. 241).

Y es que esta noción de lo temporal del desarrollo posibilita su generalización, es decir, todos podemos quedar anclados, detenidos o transitar lentamente. Pero también esta noción anuncia que hay un punto de llegada, un ideal próximo a la perfección, medida ante la cual nos situamos.

A partir de aquí van a surgir o pueden reconocerse dos patologías complementarias: una ligada al estancamiento y otra a la lentitud en el transitar en un estadio del desarrollo. La primera tiene como medida de comparación al adulto. Es decir, hay un estancamiento respecto a la normatividad-adulto, punto de llegada ideal que marca lo más acabado en el desarrollo. Respecto a la lentitud la norma está trazada respecto a otros niños. Y entonces se habla de un retraso respecto a la infancia misma. “De modo que todos los fenómenos de la debilidad mental, la idiotez propiamente dicha o el retraso se situarán respecto a dos instancias normativas: el adulto como estadio terminal, los niños como definidores de la media de velocidad del desarrollo” (p. 242.).

El retraso no es del orden de la enfermedad pero sí de la anormalidad. Comportamientos desviados de la norma, la del adulto y de otros niños. La psiquiatrización de la infancia se da cuando la medicina se apropia de lo incluido dentro de la anomalía.

El TDAH se encuentra en la actualidad en el orden de la anomalidad, una desviación de la norma, del desarrollo y del comportamiento ideal. De ahí que se imponga su corrección. El niño con TDAH se vuelve un problema en el hogar o en el salón de clases y se responde medicándolo o reprogramando su

comportamiento, todo como filtro correctivo que lo devuelve dócil. La respuesta viene dada en como revertir la excentricidad que dificulta el trabajo de padres y maestros. Como hacer que no “quiten tiempo”, se dejen escolarizar y tratar. Pero también al ser un desorden de las funciones cerebrales el que ocasiona la ruptura con la norma, su anormalización es colocado también en el terreno de la enfermedad. Donde la terapéutica se reduce a la eliminación de síntomas de los cuales se cree conocer y hasta puede observarse su origen. Una importación de la MIRADA biológica que crea la ilusión del conocimiento y la certeza ante la génesis de las enfermedades, que se esfuerza en conocer al agente que causa el mal propicia que el cuerpo y el movimiento del diagnosticado con TDAH se cosifique, se convierta en objeto de observación, diagnóstico, experimentación, además de la intervención farmacológica inmediata para enfrentar la “especificidad” del desorden bioquímico, el mal que hay que extraer del cuerpo como si del diablo se tratara. “La pretensión de las neurociencias de curación integral por exclusiva vía farmacológica (basada en particular en su estudio de las hormonas intracerebrales y de la química de los conectores intersinápticos) conlleva como consecuencia que, por ejemplo, se constata que, en los EEUU (pero esto no sólo sucede allí), la cifra de niños menores de diez años medicados para remediar su pretendido síndrome disatencional ronde el 35%” (Amigo, 2007, p.278).

Parafraseando a Foucault (2005) podemos decir que estas intervenciones (farmacología y psicocirugía) son de “producción cero” (p.278.). Donde no hay enfrentamiento con la patología y sí silenciamiento respecto a ella. La ilusión de un entendimiento a priori por parte del profesional y una carencia de tiempo para indagar sobre lo que al previamente diagnosticado le pasa. Desde un lugar de saber que nubla la vista o enceguece, que vuelve trastorno o cifra al sujeto. Invade la certeza de que las cosas están a la vista, dadas, todo calculado y escrito, esta es la fascinación de las neurociencias, del discurso de la ciencia.

Esta anormalización construida por pares opuestos, con la subsecuente psiquiatrización de la infancia conlleva una intervención que forcluye al sujeto, y cuando hablamos de sujeto nos referimos a un sujeto del deseo, del discurso.

Sujeto que por más que sea negado o ignorado en atención exclusiva a lo que entra o no en las coordenadas de la funcionalidad, siempre se muestra en la inadecuación que lo funda.

La ilusión de totalidad en la que descansan las neurociencias engendra y hace ver como consecuencia lógica el furor por los psicofármacos. La elisión de la subjetividad hace que se inaugure la posibilidad de que desde la psicofarmacología se acoja la demanda del paciente, cliente o como quiera que se le interpele para dar solución a los males que lo aquejan. Demanda que fielmente y en congruencia con la época y el discurso de la ciencia borra la pregunta por el origen y descansa en la instantaneidad y la productividad. Y si todo está dicho, puede ser localizado y corregido ¿se puede prescindir de cualquier profesional del campo psicológico, y aún más, del psicoanálisis?

6.6 La apuesta por el deseo.

El psicoanálisis pierde terreno ante el modelo neurobiológico; frente al tratamiento conductual y los medicamentos para tratar afecciones psíquicas; y también es visto como un discurso que ya no puede decir más sobre la represión de las pulsiones sexuales en la medida en que la época actual no sólo no las reprime sino que proclama un hedonismo y una permisividad respecto a ellas.

El sueño de la industria farmacéutica es que rindiéramos culto, abnegación y pleitesía a sus sagradas escrituras. Y sin embargo no sólo no se puede callar y sucumbir ante la fascinación por la mitología cerebral y la farmacología. No podemos hacer oídos sordos al vaciamiento del ser.

“El psicoanálisis recibe con buen talante el error de cálculo que el representante del sujeto y el desprendimiento del goce imponen a todo lo calculable. Al no rechazar el goce fuera de su discurso, el psicoanálisis se encuentra mejor colocado para que no ‘se le pase por alto’ cuándo y dónde éste nos hace embrollar los pies. Así, la consideración del goce en los

engranajes del pensamiento permite, no evitar el error, pero sí localizarlo y actuar sobre él” (Amigo, 2007, p.278).

El cuerpo aparece cada vez más como el lugar donde se imprime el sufrimiento que en él hace escritura. El asunto con los fármacos para contrarrestar la hiperactividad es que borran esa escritura, calla la voz que manifiesta incomodidad. Suprimir la palabra por pastillas allí donde las cosas se atorán. Se reduce “el cuerpo, no a un cuerpo sexuado que habla, sino a carne, cerebro y vísceras” (Herrera, 2008, p.19). Negando e ignorando la escritura donde se intenta rehacer el ser, palabras que son fragmentos de su quiebre, de su derrota y que son arrebatadas y escalofriantemente suprimidas por pastillas, por técnicas desde las que se cree se puede dominar y controlar lo perturbado con su poder.

No hay escritura donde lo que se nombra no insinúa resquicios por donde transitar, por donde gritar que el rostro, el nombre, el cuerpo no puede ser recubierto con la opacidad en que se desdibuja el deseo ante la mirada que marca, describe y acostumbra enmudecer.

“La ciencia moderna, esto es, el cálculo matematizado de ‘todo’ lo extenso (he ahí no lo olvidemos, el cuerpo), no quiere saber nada del goce, que no puede aparecer sino como error en la cuenta, arruinando la ‘elegancia matemática’ de la Mathesis Universalis” (Amigo, 2007, p.278).

A esta mirada médica se le escapa ese objeto “enfermedad” que cree atrapar y diferenciar. Apunta al niño perturbado, trastornado, aparejado a síntomas, a la carne que lleva la marca del mal pero se estrella con el sujeto. No se puede objetivar el decir inconsciente, el ser no puede ser dicho; y ahí donde se exige silencio, el psicoanálisis da al niño el estatuto de portador de discurso. En las cada vez más acabadas nomenclaturas psicopatológicas aparecen seres sin nombre y sin rostro que en la oscuridad aúllan, balbucean y se mueven indóciles, protegiéndose de ser hurtados de la palabra.

CONCLUSIONES

“La peor trampa para un educador o un terapeuta es haber eliminado su propia ignorancia, su propia capacidad de sorprenderse (pues ya sabe lo que tiene que hacer y lo que va a pasar con ese niño), que elimine sus propias dudas, sus propios equívocos, que elimine el malentendido, el absurdo, el sin-sentido, que elimine lo inesperado y el misterio, y entonces se resguarde en la técnica, en la estimulación o en la pedagogización. De este modo, lo que se elimina es el sujeto que hay en todo desarrollo y en todo niño”.

Esteban Levin.

Me parece importante destacar que es más frecuente de lo que parece la consideración de que ciertas ideas sobre el TDAH son sospechas, y que si bien cada día aparece nueva bibliografía que avala alguna tesis, también surge otra que la desmiente, sobre todo respecto al origen y la detección del trastorno. Dándose esto incluso entre colegas que se supone comparten cierta mirada, lo cual lejos de ser criticable me parece necesario resaltar, pues debiera saberse que no hay una opinión acabada, hay suposiciones; y que al interior del supuesto consenso que sostiene que lo biológico no miente, que si se detecta el o los genes implicados o de donde proviene el mal funcionamiento del cerebro habrá certeza sobre la etiología. He querido en éste trabajo resaltar (y queda para un futuro desarrollo insistir en ello) como se gesta esta mitología de lo cerebral.

En Italia se estableció en Enero del 2005 un “Consenso Internacional de Expertos” (2007) que establece algunas reservas respecto al TDAH, pero sobre todo de la prescripción de fármacos a los menores para solucionarlo; el documento ha cobrado desde entonces singular importancia en toda Europa, y deja claro que no hay evidencias claras de que estemos frente a un trastorno genéticamente

determinado y que no hay marcadores biológicos que con claridad permitan hablar de una “enfermedad” y más aún de “enfermedad mental”; se sugiere entonces que se está frente a hipótesis y se alerta de que no nuble la vista consideraciones de carácter económico que lleve al abuso en la prescripción de fármacos para tratarlo. Otra consideración importante que hacen es que el diagnóstico centrado en la atención al DSM IV-TR es insuficiente y que el “trastorno” no puede legitimarse científicamente. Señalan además que la eliminación de los síntomas por la vía farmacológica no puede ser considerada una curación, ya que no se interviene sobre las causas que originan el trastorno, asentando también que el Ritalin mejora los síntomas pero no mejora el aprendizaje escolar ni cura el TDAH. Estos puntos me parece que en mayor o menor medida los aclara también el DSM IV-TR, el asunto es que son ignorados en la práctica, bajo la premisa de que los medicamentos logran que se de una mayor aceptación de los niños con TDAH por parte de los adultos, sobre todo maestros y padres.

También en 2005 en Argentina un grupo de reconocidos profesionales dirigió al Ministerio de Salud un documento que en esencia coincide con el elaborado en Italia, pero remarca además que hay algo de las dificultades por las que atraviesan padres y maestros en nuestros días que tiene que ver con la desatención y la hiperactividad de los niños: padres deprimidos, maestros con formación obsoleta o que se ve rebasada por los avances tecnológicos y las expectativas de los alumnos, la dificultad para establecer normas claras, etc. En el documento se plantea la necesidad de una revisión del entorno pues la situación social está haciendo mella también en los alumnos y además afirma que el ser humano esta inmerso en una historia propia que debe pensarse no desligada de los trastornos de la infancia. El documento también asienta que debe limitarse la difusión en los medios de comunicación masiva de la existencia del trastorno y de manera más específica que se promueva en ellos la medicación como la solución para los problemas escolares.

No se si estos acuerdos entre profesionales hayan llevado a una reducción en el número de niños medicados, pues la tentación de volver sinonimias la cura y la

abolição de sntomas es grande, como lo es tambin el empuje de la mercadotecnia de las farmacuticas, pero representan avances, voces de alerta que frenan una tendencia a psiquiatrizar la infancia, a medicalizarla y que tiene en Estados Unidos la muestra ms acabada, y el ejemplo ms aterrador de sus consecuencias con altos ndices de adicciones, violencia en los escolares y nios y jvenes que odian indiscriminadamente. Es lamentable que en nuestro pas una serie de "profesionales" de la salud se empeen en seguir los pasos del pas vecino. Los escasos consensos que se tienen respecto al trastorno en Mxico apuntan en su misma direccin: "que estamos ante un trastorno de base orgnica y por lo tanto la medicacin es la va ms rpida y efectiva para corregirlo". Y lamentablemente es desde esta ptica que se ha incidido en las polticas pblicas de salud respecto al tema¹. El esfuerzo de este trabajo est encaminado a desmentir estas afirmaciones. Y para ello me he querido valer de sus propias fuentes, haciendo resaltar las piezas que ni a ellos les encajan. Leyendo sus notas a pie de pgina, esas que parecen las letras pequeas de un contrato desventajoso, esos puntos que manifiestan la carencia de acuerdos y que vuelven compleja la prctica clnica. Porque en el afn de evitar el terreno fangoso, el clnico se empea en incidir sobre lo que al adulto incomoda y cuestiona, pero muy poco escucha lo que el nio quiere decirle.

Considero necesaria la problematizacin del TDAH toda vez que hay un intento de reduccin del fenmeno a una disfuncin cerebral que legitima consecuentemente una intervencin farmacolgica. Hacer un tejido complejo cuyas hebras van diciendo algo y que en su conjunto no reconocen una totalidad acabada sino apenas guiños. Pues siempre hay un resto indecible que se resiste a ser atrapado, punto de fuga que encarna el reconocimiento que el psicoanlisis hace de la singularidad del sujeto. La problematizacin implica reconocer que aunque en algunos casos puede determinarse un sustrato fsico y que muchos casos que se presentan a los consultorios se apegan o muestran signos como los descritos en

¹ Como sealamos en el segundo captulo se ha promovido que se penalice la discriminacin de estos nios en las escuelas. Y se ha propuesto tambn que se presione a los laboratorios que bajen el costo de sus medicamentos. Pero no se ha puesto en tela de juicio el origen y la existencia del trastorno, mucho menos se ha solicitado se restrinja la informacin que se da sobre l y se alerte de los riesgos de la medicacin.

el DSM IV-TR, no estamos frente a una entidad fundada, y sí ante un entramado de causalidades; el TDAH se inscribe en una historia permeada por la noción de infancia normal, misma que debe ponerse en tela de juicio al igual que el binomio normalidad-anormalidad que se presenta como irrefutable en el DSM IV-TR, como también se nos muestran gran parte de los diagnósticos emanados de la epidemiología neoliberal por excelencia, ejercicio de violencia simbólica y esfuerzo inútil por hacer contable y nítido todo comportamiento.

No son pocas los diagnósticos que estorban, que se vuelven marcas indelebles que coagulan la circulación de significante como “hiperactivo”, “inquieto”, “desatento”, “enfermo”, “disfuncional”, hacia otros lugares que no determinen o intenten ordenar el universo de las particularidades. Pugnamos por una deposición de esas etiquetas y por la producción de nuevos discursos. Lejanos al exclusivo interés por la carne, por el reordenamiento del cerebro disfuncional que pretende devolver sano, quieto y dócil al niño, pero que a cambio exige su silencio y dirige todos sus esfuerzos en acallar con técnicas lo desviado, lo anormal. Contraponemos a la verdad única de la mirada médica la escucha de un resto, de un excedente que no puede ser dicho del todo, y entonces hacer posible la escritura de otra cosa.

He querido esbozar pistas, algunas ya seguidas (unas más que otras) por diversos autores, indicar posibles vías para repensar una de las problemáticas de la infancia por excelencia en nuestra época: la hiperactividad. Sabiendo de antemano que con ello se muestra también el trato que se da a distintos padecimientos que aquejan en la actualidad con insistencia. Por sólo mencionar algunos diremos que hoy la depresión es inmediatamente relacionada con una disfunción o un desequilibrio de los conectores cerebrales, de lo que se desprende y queda plenamente justificada la medicación. Bajo el imperativo “gozar”, hoy los altos índices de disfunción eréctil son subsanados con toda una serie de medicamentos con resultados expés. En todos estos casos la respuesta está en lo cerebral o quién sabe donde, es lo que menos importa, pues en un practicismo a ultranza, el resultado está guiado o aparejado con la funcionalidad. Hemos

insistido a lo largo de las páginas precedentes en que no hay pregunta por las causas y sí la insistencia de silenciar la subjetividad, de leer, detectar o aislar con la lente de la objetividad en el cuerpo y sus acciones los rasgos que previamente conforman los patrones de lo que no encaja con el deber ser. Olvidando que el cuerpo no es una unidad cerrada, que el cuerpo es poroso y que por sus agujeros brotan letras donde hay que leer otras cosas que las que se dicen.

La historización del TDAH nos ha permitido descubrir que el trastorno se ha ido aislando y depurando a la par de ciertas ideas “científicas” y que van dando forma al rompecabezas donde los adelantos de la industria farmacéutica en medicamentos para el dominio del cuerpo han “dado grandes resultados”. No es gratuito que cuando se describen y van depurando los efectos del metilfenidato salta también a escena el TDAH. El análisis histórico nos muestra también que la eugenesia y la teoría de la degeneración se presentan de manera velada o explícitamente hoy en día en el discurso médico, legal y escolar, en muchas ocasiones con un racismo que rechaza lo que incomoda, lo extraño hecho pasar como anómalo. Y entonces se vuelve necesario hacer notar que las teorías del darwinismo social, del talento hereditario siguen haciendo lazo social en la actualidad, siguen dando frutos cuando son pervertidas como discurso de la ciencia, cuando el cuerpo se hace pasar como una suma de órganos con posibilidad de reparación. Hoy el cuerpo y el hombre para las “ciencias de la vida” (ingeniería genética, farmacología et. al.) es un borrador que puede ser duplicado, perfeccionado o corregido. El cuerpo indeseable podrá ser enmendado o eliminado con asistencia médica desde la procreación y casi cualquier rasgo físico es posible de modificar, pero también lo es el estado de ánimo, la posibilidad de crear una pantalla de sí mismo no sólo tiene los medios disponibles para crearse, sino que es deseable. Esta producción nos da un nuevo estatuto para el cuerpo y el comportamiento toda vez que son convertidos en accesorios programables, cuando cualquier identidad (o lo que se crea equivale a ella) puede ser comprada en el supermercado de la cosmética conductual. En este marco proponemos pensar el TDAH. En el contexto de la invención de la conducta normal, de lo genéticamente correcto, de la domesticación y la cirugía estética del

comportamiento. El logro de la utopía de nuestra sociedad: la reducción del ser a su imagen. Y hemos querido también inscribirlo anclado en el tiempo de la inmediatez, en la temporalidad efímera de la búsqueda de funcionalidad en el aquí y ahora.

Frente al desorden moral y en busca de la disciplina y la buena conducta, en otra época se entronizó el castigo físico. Con la aparición de los derechos del niño y la reconceptualización de las prácticas pedagógicas punitivas la medicación aparece como oferta para remediar los malestares que “aquejan” a la infancia. Freno a los inmanejables la farmacología cree dar respuesta a qué hacer con el movimiento incontrolado, con los que entorpecen el curso de los aprendizajes.

Términos como infancia, obediencia, castigo, autoridad, conducta, disciplina, límites, normas, educar, formar, orientar, etc. hoy tienen un significado incierto, y lo mismo sucede con los actos que están ligados a ellos. No es claro que es primero, el desgaste de las palabras o el de los actos, pero si que los dos pierden sostén con la orfandad de autoridades simbólicas.

Padres y maestros desorientados, sin proyecto, viviendo eternos presentes, el día a día, tiempo de la inmediatez, estos portadores de palabra han perdido autoridad. La palabra misma ha perdido sentido, y si la educación es confianza en el otro, esta no creencia en la palabra del otro es observable en los niños que no aceptan los límites impuestos por la ley.

El padre transmite una ley de cultura y en la transmisión de la ley hay por un lado la aceptación amorosa a quien la inscribe y no solamente terror. Se ha desarrollado en el segundo capítulo para explicar la aproximación al TDAH desde el psicoanálisis, el proceso de constitución del sujeto, hemos visto que la cuestión del padre nos lleva a la construcción de legalidades y a la puesta en marcha del deseo. En la hiperactividad no aparece claramente una figura que haga de freno a la excesiva inquietud del niño, el mandato de la palabra paterna que desprenda al niño de la demanda materna, que acote el goce con la madre, y entonces se

dificulta la introducción de la falta que sostenga el deseo, y así se inaugure una demanda propia.

El TDAH, hemos sostenido, tiene que ver con los modos de entrada en lo simbólico, movimiento que posibilita que se inaugure el sujeto en el universo social, en la interacción con otros, y también que aparezcan habilidades como escuchar, permanecer quieto, atender, etc.; todo lo que conlleva entrar al mundo del lenguaje, sostén del dominio corporal y el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales. Pero necesario es aclarar que no hay incorporación perfecta a la ley, hay una inadecuación que es estructural. Esto es importante para marcar distancia respecto a las tesis que sostienen que el equilibrio psíquico es posible. El niño recibe la confirmación de su primer imagen corporal del cuerpo del Otro; el desarrollo psicomotor del niño es desde su origen disarmónico, y marca los primeros atisbos de su misteriosa singularidad.

Hablamos aquí de un malestar que aparece en altas proporciones en nuestra época; de los efectos en la subjetividad de la declinación de la figura paterna, lugar que el discurso de la ciencia intenta tomar abriendo múltiples vías de “satisfacción” y modos de llenar el lugar de la falta.

Al crear un espacio que introduce la dimensión inconsciente hemos intentado aclarar en qué se sustenta la necesidad de que el niño devuelva como espejo a los padres una figura apegada a los márgenes considerados normales, a un estándar de salud y correcto desarrollo psíquico. Al ser el niño espejo de los padres se intenta que se refleje como ideal, ideal presentificado al instante y no a futuro, ideal esperado en la casa, en la escuela y en todo contexto, que desconoce la singularidad del niño en detrimento de su globalización. La exigencia social, escolar y del mercado impuesta a los padres interpela en gran medida al niño como objeto de consumo. Y el niño aparece en escena angustiado, moviéndose desenfrenadamente sin saber cuál es su lugar, sin posibilidad de representar su malestar de otra forma.

Se han expuesto algunas posturas que dan cuenta del TDAH desde el psicoanálisis, es necesario insistir en que desde el invento de Freud no podemos hablar de la existencia causal de una explicación unívoca si se es fiel a la singularidad de cada caso.

Hemos desarrollado la tesis que sostiene que la frágil figura del Otro, sostén de la palabra, hace mella en la constitución del cuerpo y de la conquista de la acción motriz. En la hiperactividad parece no haber representación de la imagen del cuerpo, y entonces se actúa con un movimiento desenfrenado que complica el hablar, jugar, e historizar el padecimiento, viéndose esto aún más dificultado cuando se apareja el niño a un signo (TDAH) que marca todo su actuar e imposibilita resignificarse fuera de este lugar. Los diagnósticos coagulantes y las intervenciones sobre síntomas en el aquí y ahora forcluyen la consideración histórica de la subjetividad, pues es en ella donde encontramos al sujeto.

Tomamos distancia de la medicina científica y las terapias, medicinas paralelas de las que se desprende una ilusión de curación y la consideración de la salud como un estado homeostático, como un equilibrio dinámico del organismo con su medio ambiente. Contrarias al psicoanálisis donde es la inadecuación la que funda la subjetividad, y desde donde se sostiene que la frontera entre lo normal y lo anormal se dibuja sobre arena. Nuestra apuesta es por una mirada no psicopatologizante que excluya la cristalización de los déficits, que sin perderlos de vista no los entronice y que potencie el armado subjetivo que abra a la dimensión del saber del sujeto, de la falta, de la diferencia y por lo tanto del misterio, a la restitución de la palabra; que haga posible cuestionar el ideal que marca la norma y rescatar lo diferente inédito que para la escuela tiene limitada cabida.

Nuestra propuesta es el reconocimiento de la singular posición del niño ante la angustia, que por ser estructural aparece siempre, pero que en la actualidad muta hacia patologías inéditas. El cuerpo en movimiento incontrolado nos habla y hablando cae algo de lo real que lo mortifica. Aún cuando la desatención y la

hiperactividad parecen no tener palabras ni voz son escritura, letra inscrita y materializada en el cuerpo que debe ser escuchada.

Cada época ofrece coordenadas para dar respuesta a la angustia del sujeto, en la nuestra se ha intentado consensuar atendiendo a una lógica de la explicación-comprensión, de la reparación, una racionalidad pragmática aplastante, fundada en la ética de lo biológico, en la razón matemática-estadística. La promesa de poner fin al sufrimiento psíquico y de la mejora conductual por medio de las pastillas ha arrebatado la palabra al sujeto, y el silencio es preferido por sobre la angustia ante lo adverso, lo excéntrico, lo incómodo.

Seguramente en unos años estaremos frente a clasificaciones más variadas, diferenciaciones más delimitadas y específicas, y la explicación que se haga del cuerpo y la conducta del niño-sujeto lo empequeñecerá aún más, mientras paralelamente le es robada la palabra. Pero también estará la insistencia de devolverle el lugar que Freud le diera con su descubrimiento, el estatuto de portador de la palabra. Pugnamos por ver en el caso por caso lo que no se constituye, de escuchar el desgarró que lo aqueja, de descubrir la huella secreta del cuerpo, la fisura que abra a otro para que el niño tome un lugar como sujeto en un discurso, como sujeto de deseo.

Pero sólo será posible si rompemos con el movimiento anticipatorio, predecible, inmovible, indiferente, que rechaza y se acoraza ante la vibración que da la extrañeza, lo impenetrable, el desamparo. De otra forma el movimiento frenético insistirá de múltiples formas, y aún aplacado con el mejor de los fármacos se desbordará por nuevos cauces.

“Soportar la duda, la contradicción. Es un compás indispensable para componer la partitura que, aún cuando pueda resultar genialmente hermosa, jamás será *perfecta* para que la música no se acabe”.

Clemencia Baraldi.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcubierre, B. Carreño, T. (1996). *Los niños villistas. Una mirada a la historia de la infancia en México 1900-1920*. México, INHERM. Citado en: Santiago Antonio, Zoila. (2007). Los niños en la historia. Los enfoques historiográficos de la infancia. Takwá. Revista de Historia, Números 11-12. [versión electrónica] <http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/takwa/volumenes/tak1112.htm>
- Álvarez-Uría, F. (1996). La configuración del campo de la infancia normal. En B. Franklin (comp.), *Interpretación de la discapacidad*. Barcelona: Pomares-Corredor.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
- Amigo, S. (2007). *Clínicas del cuerpo. Lo incorporal, el cuerpo, el objeto a*. Argentina: Homo Sapiens.
- Baraldi, C. (2002). Aprender: la aventura de soportar el equívoco. Homo Sapiens, Argentina: Homo Sapiens.
- Baraldi, C. (2005). Diagnósticos en la infancia. Síntoma y signo. En G. Untoiglich (coord.), *Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida*. Argentina: Novedades Educativas.
- Baudrillard, J. (2000). *Pantalla total*, España: Anagrama.
- Benasayag, León. (2007). Deconstrucción neurológica del llamado "ADDH". En L. Benasayag (comp.). *ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado?* Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Bielsa, A., Igual, R., Sánchez, M. y Tomàs, J. (2003). TDAH: Revisión global. En: J. Tomàs, y M. Casas (eds.). *TDHA: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos*. España: Laertes.
- Bleichmar, S. (1998). Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos. En *Los atrasados escolares. El trabajo en el aula y en la clínica*. Argentina: Novedades Educativas.
- Bleichmar, S. (30 de Marzo de 2000). *La caza de brujas en la infancia*. Diario Clarín.

- Borunda Miranda, G. (2008). *Actividades terapéuticas para niños con trastornos por déficit de atención e hiperactividad: guía práctica con ejercicios*. México: Trillas.
- Braunstein, N. (1980). *Psiquiatría. Teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI.
- Brudon, P. (1987). *¿Medicamentos para todos en el año 2000? Las transnacionales farmacéuticas suizas frente al tercer mundo: el caso de México*. México: Siglo XXI.
- Campisto, J. (2003). Bases orgánicas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Interés de la evaluación neurológica. En T. Joseph y M. Casas (eds.). *TDHA: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos*. España: Laertes.
- Casanova, Stella. (2005). Entre la quietud y la ley. Fort-Da. Revista de psicoanálisis con niños. Nº 8, Septiembre. Consultado el 13 de Octubre de 2009, en <http://www.fort-da.org>
- Castells, X. Ramos-Quiroga, J.A. Escuder, G. Bosch, R. Casas, M. (2003). Los fármacos estimulantes en el tratamiento del TDAH. En T. Josep. M. Casas (eds.). *TDHA: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos*. España: Laertes.
- Chávez, M. (2008). *Hijos tiranos o débiles dependientes. El drama del hijo sobreprotegido*. México: Grijalbo.
- Consenso Internacional de Expertos de Italia. ADHD y abusos en la prescripción de fármacos a menores. Italia, Enero de 2005. En L. Benasayag, (comp). (2007). *ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿Una patología de mercado?*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Consenso de expertos del área de salud sobre el llamado Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad". En G. Untoiglich, (coord.). (2005). *Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- De la Colina, J. y Pérez Turrent, T. (1986). *Luis Buñuel. Prohibido asomarse al interior*. México: Joaquín Mortiz.
- Delgado, B. (2000). *Historia de la infancia*. España: Ariel.
- Diccionario de especialidades farmacéuticas de la UNAM. [versión electrónica] http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo.php?bib_vv=6

- Dor, J. (1994). *Introducción a la lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como lenguaje*. España: Gedisa.
- Dufour, D. R. (2002). *Locura y democracia. Ensayo sobre la forma unaria*. México: FCE.
- Dufour, D. R. (2007). *El arte de reducir cabezas. Sobre la servidumbre del hombre liberado en la era del capitalismo total*. Argentina: Paidós.
- Elías Cuadros, Y. (2005). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*. México: Trillas.
- Fainblum, A. (2004). *Discapacidad: Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis*. Argentina: Tekné.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad. Curso del collage de France (1975-1976)*. México: FCE.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales. Curso en el college de France (1974-1975)*. México: FCE.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Cursos en el College de France (1973-1974)*. Argentina: FCE.
- Garza Gutiérrez, F. (2005). *Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos. Guía para médicos, padres y maestros*. México: Trillas.
- González Duarte, A. (2009). Sociópatas mexicanos. En *Día Siete*, 461. 21, Junio, 2009, 18-20.
- Herrera Guido, R. (2008). *Poética del psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- House, A. (2003). *DSM IV. El diagnóstico en la edad escolar*. España: Alianza.
- Ibañez, M. (2009). Muerte por Ritalín. Los medicamentos utilizados para el TDAH pueden ser mortales. Consultado el 8 de Noviembre de 2009, en <http://esp.mexico.org/lapalabra/una/23728/muerte-por-ritalin>
- Jacobo, Z. (2010). *Vicisitudes de la historia de la educación especial en México*. Tesis inédita de Doctorado en Educación. Facultad de Filosofía, UNAM, México, D.F.
- Julien, P. (1990). *La función paterna*. Manuscrito no publicado.

- Julien, P. (1992). *El retorno a Freud de Jaques Lacan. La aplicación al espejo*. México: Sitea.
- Kosak, S. (2005). Diagnóstico neurológico del ADHD. En J. Moyano Walker (comp.). *ADHD ¿Enfermos o singulares?*. Argentina: Lumen.
- Lacan, J (1985). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos 1*. Argentina: Manantia.
- Lacan, J. (1989). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos 1*. México: Siglo XXI,
- Lacan, J. (1989b). Instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En *Escritos 1*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1999). *Seminario V. Las formaciones del inconsciente*. Argentina: Paidós.
- Larrosa, J. y Pérez de Lara, N. (comps.). (1998). *Imágenes del Otro*. Barcelona: Editorial Virus.
- Lebrun, J. P. *Un mundo sin límites. Ensayos para una clínica psicoanalítica de lo social*. España: Ediciones del Serbal.
- Levin, E. (2002). El bebé frente a la globalización (De la cuna global a la aventura de la conquista corporal). En *Revista Fort-da*, N° 5, Junio, Consultado el 13 de Octubre de 2009, en <http://www.fort-da.org>
- Levin, E. (2004). La infancia dis-atenta: el estar mal del niño en escena. En M. Minicelli, (et. al.). *Intersecciones entre clínica y escuela*. Argentina: Novedades Educativas.
- Levin, E. (2006). *¿Hacia una infancia virtual? La imagen corporal sin cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levy Yeyati, E. (s.f.). *El interés actual por la evaluación de lo subjetivo: ¿ciencia o mercado?* Recuperado el 10 de Febrero de 2010, de <http://www.descartes.org.ar/etexts-yeyati4.htm>.
- Lipovetsky, G. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. España: Anagrama.
- Miller, J. A. (2006). La era del hombre sin atributos. En *Virtualia. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*. N° 15, Julio-Agosto, Consultado 27 de Abril de 2009 en <http://www.eol.org.ar/virtualia/>

- Milmaniene, J. (2004). *La función paterna*. Argentina: Biblos.
- Minnicelli, M. (2008). Infancia e institución(es): escrituras de la ley. En M. Minnicelli, (coord.). *Infancia e institución(es): escrituras de la ley vs. Maltrato y abuso infantil: políticas y derechos de la subjetividad infantil*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Miranda Casas, A y otros. (2001). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljibe.
- Moreno García, I. (2005). *El niño hiperactivo*. España: Pirámide.
- Moyano Walker, J. (2005). Genética y ADHD. En J. Moyano Walker comp.). *ADHD ¿Enfermos o singulares?*. Argentina: Lumen.
- Norandi, M. (2006). Ritalín: más de 50 años en el mercado farmacéutico y sigue causando polémica. En *La Jornada*. Martes 5 de Septiembre.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE-10). [versión electrónica] <http://psikolibro.blogspot.com>
- Osorio, Fernando. (2003). Niños perturbadores, negativistas y desafiantes. En *Revista Novedades Educativas*, Argentina, N° 151, Julio.
- Parfrey, Adam. Eugenesia: La ciencia huérfana. En *Cultura del apocalipsis*. España: Valdemar.
- Pernicone, A. (2005). Acerca del movimiento corporal en los niños. Vicisitudes de la excitación motriz: su estructuración subjetiva, fallas y síntomas asociados. En *Fort-Da. Revista de psicoanálisis*. N° 8, Septiembre, Consultado el 13 de Octubre de 2009, en <http://www.fort-da.org>
- Prandi, M. V. (2004). Alfabetización en psicoanálisis. Algunas consideraciones sobre el ADHD. En S. Salman. *Psicoanálisis con niños. Los fundamentos de la práctica*. Buenos Aires: Grama.
- Ríos, L. (2006). Discriminan a niños con TDAH. Piden senadores sancionar a quienes condicionen su estancia en escuelas. En *Revista Vértigo*, México, 29-04-06, Consultado el 06 de Febrero de 2009, en <http://www.revistavertigo.com/historico/29-4-2006/reportaje4.html>
- Risueño, A. E. (2006). *Mitos y realidades del síndrome atencional con hiperactividad*. Buenos Aires: Bonum.

- Roudinesco, E. (2000). *Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.
- Safer, DI. y Allen, R. (1976). *Niños hiperactivos: diagnósticos y tratamiento*. España: Santillana.
- Santiago Antonio, Z. (2007). Los niños en la historia. Los enfoques historiográficos de la infancia. En *Takwá. Revista de Historia*, Números 11-12, [versión electrónica]
<http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/takwa/volumenes/tak1112.htm>
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa específico de trastorno por déficit de atención 2001-2006*. México: Secretaría de Salud.
- Skljar, C. (2005). Poner en tela de juicio la normalidad, no la anormalidad. Argumentos y faltas de argumentos con relación a las diferencias en educación. En P. Vain y A. Rosato. (coord.). *Comunidad, discapacidad y exclusión social: La construcción social de la anormalidad*. Argentina: Novedades Educativas.
- Székely, Á. (2009). Trastorno del déficit de atención: La confusión y la polémica. Confesiones de una pequeña mente distraída. En *Revista del consumidor*, México, N° 388, Junio.
- Tallis, Jaime. (2004). Neurología y trastorno por déficit de atención: Mitos y realidades. En B. Janin. [et. al.] *Niños desatentos e hiperactivos, ADD-ADHD: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Argentina: Novedades Educativas.
- Tendlarz, S. E. (2007). *¿De qué sufren los niños? La psicosis en la infancia*. Argentina: Lugar Editorial.
- Untoiglich, G. (2005). ¿Nuevos diagnosticos? En busca de la subjetividad perdida. En *Diagnosticos en la Infancia. En busca de la subjetividad perdida*. Argentina: Ediciones Novedades Educativas.
- Vasen, Juan. (2008). Infancia y consumo. En *Revista Novedadaes Eduactivas*, N° 206, Febrero, pp. 4-6.
- Vega, E. (2008). *Las trampas de la escuela integradora: la intervención pos* Argentina: Novedades Educativas.
- Velasco Fernández, R. (1976). *El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral*. México: Trillas.

ANEXOS

ANEXO 1

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. Existen (1) o (2):

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

Desatención:

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

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

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

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

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

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

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

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

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

Hiperactividad

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

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

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

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

(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor

(f) a menudo habla en exceso Impulsividad

Impulsividad

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

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

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

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

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

Códigos basados en el tipo:

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

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00): Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01): Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

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

F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado [314.9]

Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Los ejemplos incluyen:

1. Individuos cuyos síntomas y alteraciones satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, del tipo con predominio del déficit de atención, pero en los que la edad de inicio del trastorno es de 7 años o más.
2. Individuos con alteraciones clínicamente significativas que presentan inatención y cuyo patrón de síntomas no cumple todos los criterios del trastorno, sino que presentan un patrón de comportamiento caracterizado por lentitud, ensoñación e hiperactividad.

ANEXO 2

Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE-10)

ANEXO 2

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F90 Trastornos hiperkinéticos

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Los trastornos hiperkinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hiperkinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hiperkinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial

en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hipercinesia es el problema principal.

Los trastornos hipercinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hipercinético. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hipercinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida

por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye:

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

Trastornos de ansiedad (F41 ó F93.0).

Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39).

Esquizofrenia (F20.-).

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-), pero no se satisface el de F9L-(trastorno disocial).

Incluye:

Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye:

Trastorno hiperactivo asociado a trastorno disocial (F90.1).

F90.1 Trastorno hiperactivo disocial

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-) y el conjunto de pautas de trastorno disocial (F9L-).

F90.8 Otros trastornos hiperactivos

F90.9 Trastorno hiperactivo sin especificación

Se usará cuando no sea posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero se satisface el conjunto de pautas de F90.-.

Incluye:

Reacción hiperactiva de la infancia y adolescencia sin especificar.

Síndrome hiperactivo de la infancia y adolescencia sin especificar.

ANEXO 3

Sin Fronteras: Cambios y Esperanzas para los que viven con TDAH

Un Cuestionario Internacional

Esta organización, en conjunto con el Dr. Russ Barkley, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Medicina del Sur de Carolina, Estados Unidos, y los laboratorios Lilly, llevaron a cabo un estudio que es punta de lanza: un cuestionario aplicado a los padres de niños con TDAH.

ANEXO 3

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO APLICADO EN MÉXICO

Hallazgo: Más de la mitad (53%) de los papás dijeron que sus niños fueron mal diagnosticados de inicio, con algún otro desorden antes del que se hiciera un diagnóstico correcto de TDAH. Este dato resultó mayor en México que en cualquier otro país participante en esta investigación.

Impacto en el niño con TDAH

- El 87% de los padres están preocupados por la manera en que el TDAH afecta el éxito académico de sus hijos
- El 77% de los padres piensan que sus hijos han sido excluidos de actividades sociales debido a su comportamiento.

Impacto en la Familia

- El 93% de los padres con frecuencia se sienten estresados o preocupados por el TDAH de sus hijos.
- El 50% de los padres piensan que las actividades familiares son alteradas debido al problema de comportamiento de su hijo.
- Sobre la hora del día en que se tiene mayor dificultad para enfrentar los síntomas del TDAH, el 72% reportó que es en las mañanas temprano, el 74% reportó que por la noche, comparado con un 91% que reportó que el horario escolar es el difícil o muy difícil.

Experiencia del diagnóstico

- El tiempo promedio que pasa desde que un padre visita por primera vez a un profesional de la salud para hablar acerca del comportamiento del niño, hasta llegar al diagnóstico por un especialista, es de 1.9 años.
- El 55% de los padres sienten que el proceso del diagnóstico es demasiado largo
- El 77% de los padres piensan que el pediatra de sus hijos no tiene mucho conocimiento acerca del TDAH
- El 50% de los padres encontró que es difícil que los refieran a un médico especialista.

Perspectivas del tratamiento

- El 75% de los padres reporta que el tratamiento ayuda a aliviar la presión y el estrés en toda la familia.
- El 66% de los padres dice que el tratamiento ayuda a la interactividad social del niño
- El 93% de los padres están de acuerdo en que los niños deberían tener la posibilidad de recibir medicamento para el TDAH si así lo deciden sus padres.
- El 81% de los padres quieren un tratamiento que mejore los síntomas durante todo el día
- Sólo el 32% de los padres sienten que el tratamiento que el niño recibe actualmente controla efectivamente los síntomas durante todo el día.

ANEXO 4

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD.**

CONSENSO DE EXPERTOS.

MORELOS 2002

ANEXO 4

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

CONSENSO DE EXPERTOS.

MORELOS 2002

La Academia Mexicana de Pediatría, como "órgano consultor" de la Secretaría de Salud, promovió el desarrollo del "consenso sobre tratamiento farmacológico del Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad (TDAH)", en el cual participaron especialistas en neurología pediátrica, psiquiatría y pediatría, representantes de diversas instituciones y universidades de la República.

Del 19 al 21 de julio del 2002 en Cuernavaca Morelos, bajo la coordinación de los Dres, Matilde Ruiz García, Saúl Garza Morales y Oscar Sánchez Guerrero, se reunieron 30 especialistas con el objetivo específico de revisar las características de los grupos farmacológicos útiles en el manejo del TDAH así como el establecimiento de algoritmos de tratamiento para las diferentes variedades de TDAH y su co-morbilidad.

Los resultados de este consenso se presentaron en la reunión mensual de la Academia Mexicana de Pediatría del 29 de agosto del año en curso, en la presentación del **SIMPOSIUM SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN**, con la participación de:

- Dr. Arturo Loredó Abdalá. Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría. Coordinador.
- Dr. José Eduardo San Esteban. Profesor de tiempo completo de la FES Zaragoza de la UNAM. Vocal ejecutivo del Programa Específico de

Trastorno por déficit de atención. Impacto Epidemiológico del Trastorno por déficit de atención en México.

- Dr. Eugene Arnold. Psiquiatra. Profesor Emérito de Psiquiatría de la Universidad de Columbia en Ohio. Integrante del proyecto multicéntrico sobre tratamiento multimodal (MTA) para el trastorno por déficit de atención en Estados Unidos de Norte América. Resultados del proyecto MTA.
- Dra. Matilde Ruiz García. Académica de Número. Jefe de Servicio de Neurología y Clínica de Servicio. Instituto Nacional de Pediatría. Presentación de los resultados del "Consenso Morelos" sobre manejo farmacológico del trastorno por déficit de atención.

La medicina mexicana vive un momento de transición epidemiológica que impacta necesariamente a las neurociencias. Por un lado existe una elevada frecuencia de eventos traumáticos, postinfecciosos e hipóxicos que afectan negativamente el desarrollo estructural y funcional del encéfalo y por otro emerge un grupo poblacional, cada vez más numeroso, de niños sanos, expuestos a exigencias sociales y académicas intensas y de alta competitividad.

En este contexto se hace presente el trastorno por déficit de atención (TDAH) en México, como un problema de salud pública; afecta el 4 ó 5% de la población escolar, lo que implica que en México existen alrededor de 1,500,000 niños portadores de TDAH.

Esta entidad tiene una repercusión definitiva sobre el desarrollo social, escolar y familiar de quienes lo padecen, no solo, como alguna vez se consideró en la etapa escolar, sino en forma persistente en la vida, de una proporción variable de adolescentes y adultos.

Aunque muchos de los aspectos fisiopatogénicos aún no están bien definidos; existe evidencia suficiente sobre la base genética del TDA y de la participación de neurotransmisores, especialmente de la dopamina, en circuitos neuronales específicos que involucran entre otras, a las vías frontoestriadas.

Las controversias en relación al diagnóstico y tratamiento subrayan la importancia del TDAH en el quehacer de la investigación médica contemporánea, toda vez que es considerado como el trastorno neuropsiquiátrico más común de la infancia.

El diagnóstico de TDAH se realiza en bases clínicas. Se utilizan los criterios diagnósticos vigentes que propone el Manual de Enfermedades Mentales (DSM-IV) o la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE 10).

Hasta el momento no se ha podido identificar un marcador biológico en esta entidad. Es importante realizar una evaluación pediátrica cuidadosa que descarte la presencia de entidades en las que la inatención puede ser un síntoma predominante, destacan: la hipoacusia, el retraso mental, el autismo, la ansiedad y depresión, la desnutrición grave, enfermedades crónicas, manejo continuo de dosis elevadas de simpaticomiméticos, utilización de benzodiazepinas y barbitúricos, entre otros.

Para establecer el diagnóstico se requiere que el paciente tenga síntomas de impulsividad, inatención e hiperactividad por al menos 6 meses. Algunos síntomas pueden estar presentes antes 6 años y deben condicionar disfunción en al menos 2 de los ambientes en los que se desenvuelve el paciente.

La inatención se caracteriza por la interrupción prematura en la ejecución de actividades, tareas inconclusas, olvidos frecuentes y pérdida de objetos, lo cual impacta negativamente en el desenvolvimiento escolar de los pacientes.

La hiperactividad involucra una actividad motora excesiva semipropositiva que no tiene un fin definido y que impide al niño estar sentado en situaciones que así lo requieren. Las manos y los pies están en continuo movimiento, son taquialícos y verborreicos.

La impulsividad se manifiesta por dificultad para seguir el orden y mantener la disciplina, hay desinhibición social, falta de precaución ante situaciones de riesgo,

precipitación en respuestas y actividades. La interrupción e intromisión en las actividades de los compañeros y la incapacidad para esperar turnos, condiciona frecuentemente el rechazo social.

Existen diversos grados de severidad en el TDAH; se han descrito 4 variedades:

- A) la mixta, que se presenta en el 60% de los pacientes. En esta variedad la presencia de los 3 síntomas es equivalente.
- B) la predominantemente inatenta, que representa un 15 a 20%. Esta es la variedad más común en las niñas y a diferencia de la anterior la hiperactividad e impulsividad son síntomas prácticamente inexistentes.
- C) la impulsiva, en la cual el síntoma pivote es la impulsividad y en la cual las dificultades sociales son predominantes.
- D) la no clasificada, en la cual no puede establecerse el tipo de TDAH.

Hasta el 65% de los pacientes con TDAH tienen co-morbilidad asociada, ya sea con trastornos específicos del aprendizaje, de la motricidad, trastorno de ansiedad, depresión ó trastorno disocial, lo cual implica, la necesidad de realizar una valoración integral e individual en cada paciente.

El manejo de los pacientes requiere de un diagnóstico específico y puntual y debe favorecer la participación e interacción entre la familia, la escuela, el médico y el ó los terapeutas involucrados.

El tratamiento farmacológico es una parte importante de las necesidades en estos pacientes. Los medicamentos estimulantes de la atención son los fármacos de primera línea, seguros y eficaces en el tratamiento del TDAH y que los antidepresivos tricíclicos, inhibidores de recaptura de serotonina y atípicos son los de 2º línea.

Otros medicamentos como los alfa adrenérgicos y los estimulantes del alerta son también útiles en el tratamiento. La selección del fármaco y su posología deben

realizarse en forma individualizada con un seguimiento estrecho por parte del médico que permita identificar el beneficio obtenido y los efectos secundarios.

La discusión, difusión y aplicación de los algoritmos para las diferentes variedades de TDAH y su co-morbilidad permitirá que los pacientes con TDAH reciban un tratamiento más racional y eficaz.

Se establecieron las siguientes conclusiones:

- Es necesario realizar una valoración clínica cuidadosa que permita establecer el diagnóstico, específico del TDAH con o sin co-morbilidad.
- Existen modalidades terapéuticas no farmacológicas que forman parte del tratamiento integral del TDA.
- Los algoritmos, deben considerarse como una guía, modificables por la introducción y eficacia comprobable de nuevos medicamentos en el mercado.
- El tratamiento farmacológico debe individualizarse, son una opción segura y eficaz.

Dra. Matilde Ruiz García Académica de Número Coordinadora