

La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico

Beatriz Janin

Autor referente: beatrizjanin@yahoo.com

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (Argentina)

Historia editorial

Recibido: 24/02/2013

Aceptado: 10/07/2013

RESUMEN

Este trabajo es resultado de una investigación en curso sobre los niños desatentos e hiperactivos. Se plantea el tema del diagnóstico en la infancia, diferenciando diagnosticar y catalogar. Se desarrollan teóricamente algunas de las

determinaciones de la hiperactividad en la infancia, considerando que en muchos de estos niños se encuentran alteraciones en momentos fundantes de la constitución psíquica.

Palabras clave: Diagnóstico; Hiperactividad; Atención; Psicopatología infantil.

ABSTRACT

This work is the result of an ongoing investigation into inattentive e hyperactive children. The subject of diagnosis in childhood is examined, and a distinction is made between diagnosis and classification. Some of the determinations of hyperactivity

are discussed from a theoretical point of view. It is maintained that many of these children can be found to have suffered disturbances at crucial moments of their psychical constitution.

Key Words: Diagnosis; Hyperactivity; Attention; Child's psychopathology.

Este trabajo es resultado de la investigación que dirijo sobre: La desatención y la hiperactividad en los niños como efecto de múltiples determinaciones.

El llamado Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA y TDAH en español; ADD y ADHD en sus siglas en inglés), es el diagnóstico más extendido en esta época en niños de edad escolar y nos permite ubicar el modo en que diversos funcionamientos quedan agrupados en una sigla-diagnóstico, lo que deriva en tratamiento farmacológico. El Trastorno por déficit de Atención es definido como un síndrome que se caracteriza por la desatención y que puede estar acompañada de hiperactividad e impulsividad.

Así, el Comité de Expertos del Instituto de Salud Mental de Estados Unidos, en noviembre de 1998 realizó un informe sobre este tema planteando que las anfetaminas y estimulantes similares fueron introducidos para tratar el ADHD en 1950, pero que la frecuencia de este diagnóstico y el uso de medicación para tratarlo se ha acelerado muchísimo en los últimos años. Se ha testimoniado que 2,5 millones de niños toman psicoestimulantes para el ADHD, estando medicados aproximadamente el 10% de los niños menores de diez años en los EEUU. El Comité concluyó que no hay datos que indiquen un mal funcionamiento cerebral relacionado con el cuadro.

En abril del 2006, en la Revista New England Journal, el Dr. Nissen, cardiólogo, retoma estos datos para alertar sobre los riesgos cardíacos de todas las drogas que se utilizan para el ADHD, por el aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial que producen (Nissen, 2006, p. 1445). Se han descrito casos de infarto de miocardio y stroke en niños y adultos que toman estos estimulantes. La Organización Mundial de la Salud registró 28 muertes súbitas por consumo de estimulantes para el tratamiento del ADHD.

Solo en el año 1996 se prescribieron en EEUU 10 millones de recetas de metilfenidato (Jensen, Mrazek, Knapp, Steinberg, Pfeffer, Schowalter y Shapiro, 1997).

Gran parte de los problemas de aprendizaje se atribuyen a trastornos en la atención, desconociendo la complejidad de los procesos que están en juego en el aprendizaje escolar. Se olvida que para aprender no sólo es necesario atender sino que es fundamental comprender aquello a lo que se atiende y que muchas veces la distracción es efecto de la dificultad para asimilar lo escuchado. De este modo, se toma la desatención como categoría diagnóstica, lo que lleva a un tratamiento sintomático, generalmente con medicación, de un alto porcentaje de niños. Al quedar englobados en una misma categoría dificultades muy diferentes, se hace muy difícil que cada niño reciba un tratamiento adecuado.

La finalidad de esta investigación es detectar la multiplicidad de conflictivas psíquicas que quedan habitualmente englobadas bajo el título de trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD / ADHD) y los diferentes modos de atención e hiperactividad que se presentan en cada una de ellas.

Se considera que precisar los diferentes tipos de desatención e hiperactividad, así como las múltiples determinaciones psíquicas en juego posibilitará encontrar formas más específicas de trabajar con estos niños.

Se viene trabajando con niños entre 5 y 10 años, que han sido diagnosticados como ADHD (Trastorno por deficit de atención con o sin hiperactividad) por otros profesionales.

1. **Objetivos específicos:**

Los objetivos específicos planteados en esta investigación son:

- Caracterizar los diferentes tipos de atención y de hiperactividad, clasificando subtipos
- Caracterizar los distintos trastornos y conflictivas psíquicas que involucran los distintos tipos de atención e hiperactividad.
- Describir las estructuraciones psíquicas que con mayor frecuencia suelen aparecer en niños que han sido diagnosticados con el síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad.

Esta investigación tiene como finalidad diferenciar las conflictivas que prevalecen en estos niños para poder implementar posibilidades terapéuticas adecuadas.

La idea de niñez varía en los diferentes tiempos y espacios sociales. Y la producción de subjetividad es distinta en cada momento y en cada contexto.

Cada grupo social plantea un contrato narcisista diferente, o sea, espera que sus miembros respondan de determinada manera y ocupen determinados lugares, aceptando de un modo variable los disensos.

Piera Aulagnier afirma: *"El contrato narcisista tiene como signatarios al niño y al grupo. La catectización del niño por parte del grupo anticipa la del grupo por parte del niño"*.

(Aulagnier, 1988, p. 164).

Bernard Golse (2003) plantea, tomando las enseñanzas de G. Canguilhem, que lo que aparece como patológico en un niño en una época sería quizás considerado como normal en otra y no solamente porque la normalidad no puede ser más que estadística sino, fundamentalmente, porque la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia

que depende de ese momento histórico. Este autor se pregunta si los niños a los que "*diagnosticamos*" como "*hiperquinéticos*" serían los que pueden adaptarse a la sociedad del futuro (con conexiones múltiples y variables).

Consideramos que el problema fundamental es que se confunde una dificultad con una enfermedad de por vida, se biologiza el problema y se supone que se tienen todas las respuestas mucho antes de comenzar a hacerse preguntas. De ese modo, la dificultad con la que nos encontramos es que el orden de las determinaciones se invierte. Ya no es que un niño tiene tales manifestaciones y hay que descubrir qué nos está diciendo sino que sus conductas suponen una identidad que se vuelve causa de todo lo que le ocurre dejándolo encerrado en un sin salida. Una categoría descriptiva pasa a ser explicativa. Ya no es "*No atiende en clase. Se mueve mucho y desordenadamente. Es exageradamente inquieto e impulsivo, ¿por qué será?*", pregunta que implica posibilidad de cambio, idea de transitoriedad, sino: "*Es ADD, por eso no atiende en clase, se mueve mucho y desordenadamente. Es inquieto e impulsivo*". Ya no hay preguntas. Se eluden todas las determinaciones intra e intersubjetivas, como si los síntomas se dieran en un sujeto sin conflictos internos, y aislado de un contexto. Y el cartel queda puesto para siempre.

A la vez, estos niños pueden sentir que quedan incluidos en el mundo de un modo muy especial. Un niño que afirma: "*soy ADD*", puede sentir que esa denominación le otorga un lugar distinto al de los demás, que es mejor que no tener ninguno. Un lugar de enfermo para tapar el déficit de identidad o de narcisización.

Lawrence Diller (2001), pediatra norteamericano, afirma que desde los años setenta la psiquiatría norteamericana adhirió al modelo biológico-genético-médico de explicación de los problemas de comportamiento y que, en los ochenta, con la inclusión del Prozac, se

banalizó el uso de medicación psiquiátrica en casos leves. El paso siguiente parece haber sido extender este criterio a los niños.

Estamos en un mundo en el que lo que importa es el “*rendimiento*”, la “*eficiencia*”, en el que el tiempo ha tomado un cariz vertiginoso y los niños están sujetos a la cultura del “zapping”.

Nos preguntamos qué tipo de atención requerimos cuando les pedimos que sigan el discurso del docente a niños a los que socialmente se los incita a atender estímulos de gran intensidad, de poca duración, y con poca conexión entre sí (como es el caso de los video-clips, de las propagandas televisivas, de los juguetos electrónicos).

La escuela exige habitualmente un comportamiento pasivo, puramente receptor, de un niño que debe quedarse sentado muchas horas escuchando a la maestra. También, muchos padres, agobiados por exigencias laborales, pueden pretender que la casa sea un remanso de paz y tranquilidad y viven la actividad de un niño como excesiva. Es decir, es frecuente que los niños sean sancionados por aquello que es justamente una de las características de la infancia: la vitalidad, el movimiento, el salto de un tema a otro, de un juego a otro, el llamar la atención de los adultos, el hacer ruido...

Hay, sin embargo, niños que sufren y que lo manifiestan con un movimiento desordenado. Son niños que dan la impresión de quedar pataleando en el aire, satisfaciendo a través del despliegue motriz lo que no satisface el otro significativo. Son niños que no pueden parar, que dan la sensación de estar “*pasados de revoluciones*”, que están cada vez más excitados.

En estos niños el movimiento en lugar de servir como acción específica promueve mayor excitación, en lugar de producir un placer y una descarga, funciona en un circuito de erotización, se les torna excitante. Es muy claro que no pueden parar solos, que necesitan

de una contención externa. Contención que puede estar dada por el adulto en forma de gesto o palabra envolvente.

No es casual que, en muchos casos, los trastornos de atención estén acompañados por hiperactividad e impulsividad, en tanto están ligados a la dificultad para inhibir procesos psíquicos primarios.

Para poder atender sostenidamente a la palabra de los maestros, es necesario que opere el proceso secundario, ya que si cada gesto, cada palabra, cada movimiento, desencadena una sucesión de asociaciones imparables, es difícil seguir el discurso de un otro. También, si la palabra del maestro no puede ser valorizada, o predominan registros como el olfativo, el niño no podrá seguir la exposición.

Todo esto nos lleva a cuestionarnos acerca de las causas de estas dificultades infantiles y también a preguntarnos sobre las consecuencias del modo en que los adultos y sobre todo los profesionales, podemos incidir en la evolución de esas dificultades. Ya desde la primera entrevista, el que ubiquemos tanto al niño como a los padres como sujetos pasibles de ser escuchados, puede modificar la situación.

Cuando se toma la singularidad del sujeto, cuando se puede soportar que sea un "otro", un semejante diferente, se puede comenzar a pensar acerca de las determinaciones, de los momentos en la estructuración psíquica, de qué es lo que hace que ese niño se presente de ese modo.

Por el contrario, cuando lo que se intenta es, rápidamente, hacer un diagnóstico, clasificarlo, lo más probable es que se dejen de lado las diferencias, se piense sólo en las conductas, en lo observable y se pase por alto el sufrimiento del niño.

Tanto la medicación como la "*modificación conductual*" tienden a acallar los síntomas, sin preguntarse qué es lo que los determina ni en qué contexto se dan. Y así, pueden intentar

frenar las manifestaciones del niño sin cambiar nada del entorno y sin bucear en el psiquismo del niño, en sus angustias y temores. Pero de lo que se trata es de un niño. Y los niños suelen no someterse tan fácilmente a los chalecos de fuerza de los adultos.

Muchos niños dicen: *"me porto mal, por eso me traen"*. El privilegiar la conducta nos remite a la idea de que hay alguien que se *"porta bien"* y que hay quienes saben lo que es *"una buena conducta"*.

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

¿Qué molesta de estos niños? ¿Por qué la insistencia en los trabajos médicos sobre la importancia de diagnosticar rápido para comenzar tempranamente con la medicación?

¿Cómo diagnosticar este trastorno cuando todo niño pequeño es desatento e inquieto?

Además, si alguien fue así desde siempre (y lo que le sucede no se construyó en una historia) y será así de por vida (desmintiendo toda posibilidad de futuro) lo único que queda es paliar un déficit. Se ubica en un presente permanente a un niño, sin tomar en cuenta el devenir y las transformaciones continuas, como lo propio de la infancia.

2. *Precisando determinaciones*

Es por todo esto que venimos trabajando en la delimitación y precisión de las dificultades de atención e hiperactividad en la infancia.

Tomamos para esto una muestra amplia de niños entre 5 y 10 años de edad diagnosticados por otros profesionales (generalmente neurólogos) como portadores de ADHD (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

En el contexto del encuadre psicoanalítico, son registradas y analizadas las entrevistas con los padres y con los niños.

Daremos algunos ejemplos:

Consultan por un niño de siete años. Muy buen alumno en cuanto al rendimiento, tiene dificultades para tolerar normas, es contestador y suele molestar en clase, sobre todo por sus actitudes de oposición y cuestionamiento a la autoridad. La psicopedagoga de la escuela lo deriva al neurólogo, que diagnostica ADHD y aconseja medicación. A través de sus juegos, va relatando escenas de violencia familiar y termina diciendo que quiere vengarse de su padre, que lo golpea con frecuencia.

Un niño de seis años tiene dificultades para organizarse en sus tareas, para aprender y para quedarse quieto. Va a primer grado y la directora de la escuela dice que "*no produce*". Es diagnosticado inmediatamente como ADHD y medicado. Frena la actividad pero comienza a sentir terrores, como si estuviera paralizado y todo objeto que se moviese le produjese un pánico incontrolable. Se desconecta del grupo, se aferra a la maestra, tiene la mirada perdida...Cuando se le saca la medicación, estos síntomas desaparecen, pero no puede quedarse quieto, mostrándose muy angustiado. De a poco, se van trabajando las conflictivas que lo llevan a angustiarse tanto.

Un niño de nueve años no copia las tareas, se "*hace el payaso*" en clase, tiene dificultades en la escritura. Es derivado por la escuela a un neurólogo que diagnostica ADHD y medica (sólo durante los días que va a la escuela). Llega al consultorio haciendo morisquetas, aunque rápidamente pasa a contar sus dificultades con evidente tristeza (él se refiere a dificultades familiares, no escolares). Puede estar sentado durante una hora conversando sobre lo que siente y piensa. Su supuesta distracción, su "*hacerse el payaso*" en clase, tiene que ver con una búsqueda de amor por parte de sus compañeros.

Un niño de nueve años es diagnosticado como ADHD y medicado a los seis años por bajo rendimiento escolar. Después de tres años de medicación, se hace la consulta psicológica. El niño repite obsesivamente las mismas preguntas, intenta tocar los objetos de la psicóloga, corre por el consultorio sin rumbo.

Consultan por un niño de 9 años que ha sido medicado desde los 6 con metilfenidato. A pesar de eso, ha repetido tercer grado, lo que lleva a los padres a repensar el tratamiento. Vamos viendo que las dificultades del niño no tienen nada que ver con una supuesta "desatención" sino con lo complicado que le resulta comprender algunos conceptos y con su inseguridad en relación a sus propios pensamientos, lo que le impide seguir un razonamiento.

Esto es simplemente una muestra que permite plantear que lo que se diagnostica habitualmente como ADD/ADHD incluye patologías muy diferentes.

Cuando los que hacen el diagnóstico (llenando cuestionarios, dando descripciones) son los padres y maestros, esto se hace todavía más evidente. Un cuestionario para detectar ADHD, distribuido a padres y maestros, de la SNAP IV, con 40 preguntas, muestra lo contradictorio de la idea de "trastorno por déficit de atención" que impera en las categorías del "diagnóstico" según el DSM IV. Algunos de los ítems son: "*Habla en forma excesiva*", "*Discute con adultos*", "*Hace cosas en forma deliberada para fastidiar o molestar a otros*", "*Es negativo, desafiante, desobediente u hostil hacia las personas de autoridad*", "*A menudo no coopera*", "*Se hace el vivo*". Todos estos puntos (que deben ser calificados del 0 al 3 implican un observador imparcial, pura conciencia, que pueda calificar objetivamente algo tan subjetivo como la desobediencia, o el "*hacerse el vivo*" (que puede implicar cosas muy diferentes para cada uno). Si tenemos en cuenta que este cuestionario es llenado por familiares y/o maestros, podemos concluir que dependerá de

la idea que cada uno tenga acerca de lo que es hablar excesivamente, discutir, actuar de un modo deliberado, ser desafiante, no cooperar y hacerse el vivo. Idea que cada adulto habrá construido en su propia historia y que estará teñida por su realidad actual. Así, si un maestro tiene que dar clase a un curso de más de treinta alumnos y trabaja doble turno, es posible que la mayoría de los niños le resulten excesivamente demandantes. También, si el maestro, o el padre, están deprimidos, se puede producir el mismo fenómeno: un niño que se mueve mucho puede ser insoportable porque no permite la desconexión del adulto.

Lo que molesta debe ser delimitado, clasificado. Pero nosotros sabemos que hay sufrimiento. Entonces, ¿quién o quienes sufren?

Son los padres, generalmente, los que dictaminan que un tipo de funcionamiento es patológico. Y ellos sufren, porque su hijo quiebra sus fantasías en relación a lo que debería ser un niño, porque suponen que el futuro soñado tambalea, porque se ven a sí mismo (o generalmente lo insoportable de sí) en ese hijo que "fracasa".

Son los maestros, que sienten que no pueden cumplir con su función, los que demandan que "*se haga algo*", a partir de su propio sufrimiento (muchas veces, por sensaciones de impotencia).

Pero el niño también sufre. Todo niño que tiene dificultades en el lenguaje, en la motricidad, en el aprendizaje, en su relación con los otros... es un sujeto que está sufriendo y que manifiesta ese sufrimiento con los recursos que tiene a su alcance.

Entonces, si hay una estructura en desarrollo, no se pueden plantear "cuadros" fijos, lo que implicaría coagular el movimiento, sino pensar qué conflictivas están en juego, qué se repite, en una historia que excede al niño mismo.

Pensamos que la psicopatología infantil tiene características peculiares y no puede ser pensada de acuerdo a los parámetros de la psicopatología adulta. Fundamentalmente, estamos frente a un psiquismo en estructuración, en el que los funcionamientos no están todavía rigidificados, ni totalmente establecidos, en tanto la infancia es fundamentalmente, devenir y cambio.

3. Recorrido teórico

La teoría freudiana de la estructuración psíquica nos permite comprender los modos en que se constituye la atención.

En el Proyecto de una Psicología para Neurólogos, S. Freud (1950) habla de la conciencia y la atención, planteando la diferencia entre el registro de estímulos externos y el registro de sensaciones y afectos.

Diferencia dos tipos de atención: una atención refleja, en el límite entre lo biológico y lo psíquico y una atención psíquica o secundaria. La atención refleja es la atención inmediata, ligada a la conciencia primaria (la atención del "*pinchazo*"), mientras que la atención secundaria es consecuencia de la inhibición de los procesos psíquicos primarios (implica la constitución del preconciente) y está ligada a la conciencia secundaria.

En los procesos psíquicos primarios no hay diferencia entre representación y percepción, mientras que los procesos secundarios sólo pueden operar cuando el yo posee una reserva de investiduras que le permite efectuar la inhibición. Entonces, el yo inhibe, pospone y dirige las investiduras hacia el mundo externo, sin lo cual los signos de realidad no podrían observarse.

Por consiguiente, la atención se vincula con la percepción, la conciencia, el yo y el examen de realidad (en tanto el yo envía periódicamente investiduras exploratorias hacia el mundo externo).

Esto lleva a pensar que los trastornos en la atención tienen que ver con la dificultad para investir determinada realidad, o para inhibir procesos psíquicos primarios.

A la vez, la atención resta eficiencia a las acciones automáticas, poniendo freno a la impulsividad.

Si la atención es investidura, podemos pensar que hay diferentes tipos de atenciones y de desatenciones. Y nos podríamos preguntar si hay alguien que “*no atiende*” en absoluto. Hay así, diferentes perturbaciones de la atención y diferentes atenciones.

En el Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (Houzel, Emmanuelli, y Gerstlé-Moggio, 2000), se define la atención como "un estado en el cual la tensión interior está dirigida hacia un objeto exterior. Es un mecanismo importante en el funcionamiento mental de un individuo, que le permite no quedar sometido pasivamente a las incitaciones del contexto." En primer lugar, entonces, tenemos que considerar que la atención es un proceso activo, que lo protege del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiéndole privilegiar un elemento sobre los otros. En tanto ligado a la conciencia (aunque veremos más adelante que debemos considerar distintos tipos de conciencia) es como un foco que ilumina una parte del universo.

Estos autores diferencian dos tipos de atención: la atención sostenida, como estado de alerta, y la atención selectiva, dirigida hacia un objeto.

La atención constante o sostenida corresponde al estado de vigilia (y se opone al estado de desconexión, de sopor) y la atención selectiva presupone la selección de un elemento

a la vez que deja de lado al resto. O sea, implica un paso más: no sólo estar despierto sino investir privilegiadamente un elemento por sobre los otros.

"Los antiguos cuadros teóricos construídos alrededor de la existencia de una función unitaria, el filtro de la información o de una capacidad central de la atención, desigualmente repartido según edades e individuos, hace lugar hoy a una variedad de modelos atencionales estudiados con la ayuda de una diversidad de situaciones"(Houzel, Emmanuelli, y Gerstlé-Moggio, 2000, p. 73)

Habría que tener en cuenta que lo que se le pide a un niño en la escuela es que mantenga durante mucho tiempo la atención selectiva. Es decir, no sólo se le pide que esté despierto sino también que atienda selectivamente a lo que la maestra le dice. Atención selectiva que, en este caso, se rige habitualmente más por la obediencia a normas que por los propios deseos.

Por el contrario, tiene que deponer sus intereses momentáneos, seleccionar de todo el cúmulo de estímulos internos y externos aquellos en los que otros le piden que se centre y concentrarse durante un tiempo prolongado en un tema.

Es innegable que hay una relación importante entre atención y motivación, lo que lleva a pensar en la atención como investidura, ligada a los deseos.

Es decir, el dirigirse al mundo y sostener el oído y la mirada atentos está motorizado por los deseos. Ellos nos marcan la dirección hacia la cual dirigimos, pero también el yo como organización representacional aparece como imprescindible para que un sujeto atienda... y aprenda. Hay que sentirse unificado para poder escuchar a otro, mirar a otro, sin sentir que uno se quiebra en múltiples pedazos si no es el único mirado y escuchado.

Sabemos que el mundo no es investido automáticamente, o que lo que se inviste casi automáticamente son las sensaciones (la conciencia primaria de Freud). Pero para que

haya registro de cualidades, de matices, se debe diferenciar estímulo y pulsión, para lo cual los estímulos externos no deben ser continuos, sino que tiene que haber intervalos. Así, si un niño recibiese permanentemente estímulos (como una madre que le da el pecho todo el tiempo) no podría diferenciar lo que siente de lo que viene desde afuera.

Del mismo modo, si se lo deja en un estado de privación permanente, tampoco podrá hacerlo. La diferencia estímulo-pulsión se instaura porque el estímulo es intermitente, mientras que la pulsión es constante. Del estímulo se puede huir, mientras que de la pulsión, no.

Este sería el primer paso para dirigir la atención hacia el mundo: diferenciar adentro y afuera. Aquí tenemos un elemento que nos va a permitir ligar la desatención a la hiperactividad: la confusión entre interno y externo lleva tanto a no sostener la atención por confusión como a responder a todo estímulo como si la fuga fuera posible.

Así, hay niños que han retirado sus inversiones del mundo pero también niños que nunca lo han invertido.

En segundo lugar, la inversión del mundo se logra por identificación con un otro que va libidinizando a ese mundo y otorgándole sentido. Cuando la mamá le muestra al hijo el sonajero, lo hace sonar, escucha con él el ruido que hace, o le muestra un juguete, o una planta, o un alimento, está atrayendo la atención del bebé hacia ese objeto. De todo el universo sensorial posible la madre recorta algo y se lo señala al niño como algo a ser invertido. Las miradas del niño y de la madre confluyen en un punto. Y las sensaciones múltiples y confusas, el pensamiento errático, van dando lugar en el niño a momentos en los que puede "*enfocar*" determinados contenidos.

"*Mirá, escuchá, olé...*", acompañados de la vivencia placentera, permiten que la mirada, la audición y todos los sentidos se dirijan hacia diferentes objetos.

Pero si la madre no puede transmitir una mirada deseante hacia el mundo y no hay un sustituto que realice esta tarea, difícilmente el bebé invista un exterior a sí.

Parece ser que si el niño no encuentra una respuesta empática durante el primer tiempo de vida, no puede dirigirse al mundo en forma focalizada y sostenida. Es decir, si la madre está en retracción por depresión, si ella no puede "*atender*" a sus demandas afectivas, la desatención aparecerá en el niño. Si no hay quien libidinice al niño y al mundo "*para*" el niño, será difícil para éste significar el mundo como deseable.

En tercer lugar, no sólo el mundo deberá ser investido libidinalmente sino que del conjunto de estímulos se tendrán que seleccionar algunos. Es el yo, y en principio el yo como yo de placer (el yo del narcisismo) el que inhibe el decurso pulsional. Aunque el niño siga viviendo en una especie de "*ya*" y "*ahora*" permanente, hay un cierto freno al devenir pulsional. Este yo se constituye por identificación primaria con un semejante, en el que el niño se refleja, como en un espejo. Los otros significativos (padres, hermanos, abuelos) le devuelven una imagen de sí. En la conjunción de esa representación que los otros le devuelven y la ligazón que él va estableciendo entre las diferentes zonas de su cuerpo, se va armando una idea de sí mismo. Pero la imagen que el otro le devuelve puede ser muy diferente. Se lo puede ver como un pedazo de sí o como un sujeto diferenciado. En principio, que un niño sea vivido como un semejante diferente, le permitirá ir construyendo la diferencia yo-otro sin suponer que tiene que quedar subsumido en el otro o matarlo.

Así también, el adulto puede devolverle al niño una imagen de sí como el elegido, la maravilla, el hijo soñado, pero también la de un terremoto, un desastre, el culpable de todas las desgracias. El saberse amado, más allá de los diferentes avatares, parece ser fundamental. Si el niño supone que el amor del objeto es algo que puede perder

fácilmente, estará pendiente de las señales amorosas del otro sin poder concentrarse en otra cosa o se recluirá defensivamente.

Si bien la problemática específica de la desatención y la hiperactividad en niños ha sido poco tratada en los textos psicoanalíticos, ha habido algunos desarrollos interesantes. Así, Jean Bergès (1990, p. 66) define la inestabilidad motora: "La agitación, a veces extrema, aparece, ya sea como una irrupción en un contexto de contención insoportable (así como en los estados tensionales) o bien como una demanda incesante de límites, de fronteras, el cuerpo en acción vivido como muy problemático o imposible de integrar como tal (en los estados de dehiscencia). Pero la inestabilidad motora no se define tan sólo por la agitación: resulta lícito hacer hincapié en la participación de la voz, de la envoltura cutánea y de lo que podríamos llamar la provocación". Este autor también plantea que en estos niños suele aparecer el movimiento como modo de escapar de la mirada de la madre, como un llegar al "borde" de su mirada. Es interesante el que J. Bergès hable de la contención y de la provocación a otro, con lo que caracteriza a esta patología como produciéndose en un vínculo. También, que tome el concepto de "envoltura-piel" desarrollada por D. Anzieu.

Erik Valentin habla de "fantasmas-acciones" o fantasías cinéticas. Dice: "Las conductas actuadas de estos niños son tentativas de organización del masoquismo erógeno a fin de ligar a la vez el exceso de las cantidades de excitación que efractan las paraexcitaciones y una experiencia de pasividad indigerible. En este sentido, son próximos al comportamiento, pero estos actos motores están sostenidos en una cierta actividad fantasmática." (1996, p. 115) Este autor plantea que es imprescindible que el entorno atenúe las angustias que estas fantasías suscitan permitiendo así la separación de un

“adentro” y un “afuera” y la ligazón de las representaciones pulsionales a representaciones verbales (es decir, la construcción de representaciones preconcientes).

Maurice Berger (2005) realiza desarrollos en relación a la inestabilidad motriz, diferenciando los contextos en los que la patología aparece.

Nicolas Daumerie (2004) realizó una investigación entre terapeutas que atienden niños que presentan estas características con el propósito de ver cuáles son las representaciones que sostienen los profesionales con respecto a la hiperactividad infantil. Como efecto de esta investigación, concluye que se podrían pensar los signos patológicos de la hiperactividad infantil como una forma de compromiso entre la economía psíquica del niño y las condiciones que impone la relación social. En una relación en la que el cuerpo no es tomado como lugar de representación sino como una interfase directa con el exterior, el niño queda prisionero de una interacción constante con el entorno, única salvaguarda para lograr un cierto equilibrio.

Pensamos que el psiquismo es una estructura abierta (en el sentido que no es pensable en un sujeto sin vínculos con otros) y la realidad (en especial la realidad psíquica de los otros) es parte del aparato psíquico del niño. Entonces, un niño cuya patología nos convoca implica siempre a muchos otros.

Es insoslayable, entonces, en el caso de las patologías tempranas, el tema del entorno.

A veces, el que un niño pase a ser un interlocutor válido para los adultos que lo rodean, el que los padres lo incluyan en el circuito simbólico, es fundamental para modificar el modo en que el niño se ve a sí mismo.

Tomando las palabras de Roger Misès: “Este trastorno está fundado sobre la agrupación arbitraria de síntomas superficiales, invoca una etiopatogenia reductora que apoya un modelo psicofisiológico, lleva a la utilización dominante o exclusiva de la Ritalina, la

presencia de una comorbilidad es reconocida en casi los dos tercios de casos, pero no se examina la influencia que los problemas asociados pueden ejercer sobre el determinismo y las expresiones clínicas del síndrome. Finalmente, los modos de implicación del entorno familiar, escolar y social no son ubicados más que como respuestas a las manifestaciones del niño (nunca como implicados en su producción)” (2001, p.14)

Así, suele haber una dominancia de una relación dual, marcada por la persistencia de una sexualización erotizante, con un niño que queda excitado, y que fracasa en las posibilidades de construir un sistema para-excitación y para-incitación, tal como afirma Bernard Golse (2001).

También, fracasa en la instauración del sistema preconciente, así como en la elaboración de los procesos terciarios: así, la capacidad para mentalizar tambalea y predominan las manifestaciones a través del cuerpo y de la acción.

En muchos de estos niños, se encuentran alterados los fundamentos de la vida psíquica que habitualmente sostienen el ejercicio del pensamiento y el placer ligado a él.

El desfallecimiento narcisista deberá ser tomado en cuenta, junto con la falta de seguridad interna, la dificultad para asumir la regulación de la autoestima, la incapacidad para construir ideales que dejen un margen de libertad. Lo que predomina es la urgencia, como si estuvieran sujetos a exigencias que los golpean desde un interno-externo indiferenciado.

Son, en verdad, golpes dados a los cimientos mismos del autoerotismo, en su lazo con la sexualidad infantil y con el lugar que toma el objeto, lo que lleva a un intento siempre fallido de dominar el mundo. Esto haría pensar la hiperactividad del niño como el intento de asegurarse la posesión de una escena en la que sería el único protagonista, como para evitar la exclusión-anulación que vendría desde el otro. Este funcionamiento

defensivo puede suscitar en el entorno un aumento de la hostilidad, en tanto los otros queden atrapados por este fantasma de exclusión.

A la vez, su movimiento captura la atención del otro, que está pendiente, mirándolo como potencialmente peligroso. Control que puede ser vivido como encerrante y suscitar mayor movimiento, a la vez que, a ser ubicado en el otro el poder de controlar su cuerpo, el niño queda a merced de los deseos del otro y de los propios.

4. Algunas conclusiones

Si tomamos la teoría freudiana de la estructuración psíquica, la capacidad de atender selectivamente no es un efecto simple. Por el contrario, es consecuencia de un proceso complejo que puede tener contratiempos. Lo mismo puede decirse en relación al dominio de la motricidad y al control de los impulsos. En ese sentido, nos venimos encontrando con niños que son calificados de "desatentos" y que nosotros podemos reunir en algunos grupos:

- Los que están conectados con sensaciones corporales (frío, calor, hambre, etc)
- Los que juegan en clase, inmersos en un mundo de fantasías y lejanos a lo que se dice.
- Los que están pendientes de la mirada del docente, esperando ser el centro de la atención de éste. Son niños que reclaman ser atendidos, en los que predomina el exhibicionismo y no pueden centrar su mirada en el otro
- Los que atienden sólo a lo que les resulta fácil, porque enfrentarse con la dificultad implica una herida narcisista insoportable.
- Los que están atentos a los movimientos afectivos de los otros. Son niños que esperan ser amados, tienen un déficit narcisista importante y están pendientes del amor del docente y/o de sus compañeros.

Sabemos que, en muchos casos, los trastornos de atención están acompañados por hiperactividad e impulsividad. Estos tres síntomas están ligados a la dificultad para inhibir procesos psíquicos primarios (dificultad que puede producirse por diferentes motivos) así como a fallas en la constitución narcisista.

Analizando las entrevistas, nos hemos encontrado que venían diagnosticados como hiperactivos niños con problemáticas muy diferentes. Agrupándolos de acuerdo a las determinaciones prevalentes encontradas en relación a la hiperactividad, podríamos decir que hay:

- 1) Niños que presentan trastornos graves en la estructuración psíquica (fundamentalmente con dificultades en el armado de pensamiento secundario) y cuyo síntoma es la hiperactividad, en tanto el pensamiento no frena en ellos la impulsividad. Por consiguiente, se mueven todo el tiempo sin objetivos claros en tanto no pueden terminar de armar cadenas representacionales preconcientes que modulen el devenir de la pulsión.
- 2) Niños deprimidos que apelan a un funcionamiento maníaco
- 3) Niños que tratan de alegrar o despertar a un adulto deprimido o retraído. Les funcionan como despertador, como exigencia vital que les permite funcionar en el mundo.
- 4) Niños que están en estado de alerta permanente. Algunos han sufrido situaciones de violencia, otros las han fantaseado en momentos en que no podían diferenciar fantasía y realidad. Se mueven para defenderse de un supuesto ataque que podría llegar desde cualquier lugar. El mundo es un lugar inseguro y están atentos a los más pequeños detalles (por consiguiente no pueden seguir el discurso del docente).
- 5) Niños que tratan de sostener la actividad frente a lo que viven como una irrupción pasivizante de otro. El predominio de varones en estos diagnósticos muestra la mayor

necesidad de los niños de sostenerse como activos en tanto la pasividad los remite a la castración.

6) Niños que tienden a buscar la aprobación y el amor permanentemente, como modo de sostener el narcisismo.

7) Niños que presentan trastornos en la estructuración del superyó y que no se sujetan a las normas escolares.

Hay niños que, cuando el objeto "falla" (en tanto no puede satisfacer ni en el momento ni en el modo exactos lo que él desea), la retirada de la investidura objetal no va al yo sino a la nada, al vacío. Es decir, en lugar de tratar de satisfacerse a sí mismo, o de apelar a la fantasía (y privilegiadamente al juego) el niño puede sentir que el fracaso es absoluto, que él está vacío y el mundo no le ofrece nada placentero. Así, la búsqueda puede ser alocada, imparable, sin metas claras. Una búsqueda caótica, en la que no se pueden filtrar ni seleccionar estímulos ni organizar la acción.

Algunos niños "hiperactivos" presentan dificultades ya en la constitución del preconciente cinético, en esa organización preconciente a través de acciones, por lo que no pueden apelar a esos modos de traducción. Dificultad, entonces, en el procesamiento secundario de las representaciones en sus momentos iniciales, que lleva a un trastorno en la posibilidad de representar, de ligar, de traducir en palabras lo pulsional. Son descargas que son pura evacuación de angustia, lucha contra la pasividad.

Es llamativa la recurrencia, en los padres, de un estado ansioso, regido por la urgencia y por una especie de "hiperactividad" en relación al hijo. Se repite la inestabilidad emocional del contexto.

La gran mayoría de los niños que hemos observado fueron "diagnosticados" por los docentes que, al detectar dificultades para su inclusión en la escuela, formularon el

"diagnóstico" a los padres y derivaron al niño al neurólogo. A la vez, los neurólogos se basaron (en su mayoría) en los informes de padres y maestros para decidir el tratamiento. Hablar entonces de diagnóstico puede tener diferentes sentidos.

Nos encontramos con una paradoja: es fundamental detectar patología psíquica tempranamente. Los niños pequeños tienen muchísimas posibilidades de modificar su funcionamiento y hasta los niños que se están estructurando de un modo psicótico pueden tener una buena evolución si son tratados desde pequeños.

Sin embargo, detectar patología es diferente a colgar un cartel. El riesgo de los diagnósticos tempranos es que el niño quede atrapado y determinado en un "cuadro". Así como con un niño hay urgencias, y es fundamental tenerlas en cuenta, porque su vida está en estructuración, también es clave pensar que no está todo dicho y que los niños son impredecibles.

Sabemos que en los avatares mismos de la estructuración psíquica, estructuración signada por los vínculos con otros, están posibilitadas las perturbaciones.

Quizás, fundamentalmente, lo que hay que detectar es el sufrimiento de un niño. Por eso, mucho más que diagnosticar de qué tipo de trastorno psíquico se trata y ponerle un nombre, el tema es entender cuáles son las determinaciones de ese trastorno, cuáles son las conflictivas que expresa y a quiénes incluye. Y eso sí debemos diagnosticarlo para encontrar los medios adecuados para ayudarlo.

Referencias

- Aulagnier, P. (1988). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berger, M. (2005). *L'enfant instable : Approche clinique et thérapeutique*. París: Dunod.
- Bergès, J. (1990). Los trastornos psicomotores del niño. En S. Lebovici, M. Diatkine, y M. Soulé (Eds.), *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente: Vol. 4* (pp 66-69). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Comité de Expertos del Instituto de Salud Mental de Estados Unidos. (1998, noviembre). Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *National Institute of Health Consensus Statement Online*, 16(2), 1-37.
- Daumerie, N. (2004) Des soignants face à l'hyperactivité : une approche des représentations. En J. Ménéchal y otros (Eds.), *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux* (pp. 35-49), París: Dunod.
- Diller, L. (2001). Coca-Cola, McDonald's et Ritaline. *Enfances & PSY*, 2(14).
- Freud, Sigmund (1950) *Proyecto de psicología. Obras completas*. Buenos Aires : Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895).
- Golse, B. (2001). L'enfant excitable: Système pare-excitation, système pare-incitation. En M. Touzin, Verdier-Gibello, Marie-Luce y otros (eds.), *Enfances & PSY*, 2(14), 49-56.
- Golse, B. (2003). L'hyperactivité de l'enfant : un choix de société. En Fournieret, Pierre y otros (eds.), *L'enfant instable, Le Carnet Psy*, 78, 26-28.
- Houzel, D., Emmanuelli, M., Gerstlé-Moggio, F. (2000). *Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. París: PUF.
- Jensen, P. S., Mrazek, D., Knapp, P. K., Steinberg, L., Pfeffer, C., Schowalter, J., Shapiro, T. (1997, diciembre). Evolution and Revolution in Child Psychiatry: ADHD as a

Disorder of Adaptation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1672-1681.

Misès, R. (2001). Préface. En J. Ménéchal (Ed.). *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux* (pp. 11-17). París: Dunod.

Nissen, S. (2006). ADHD Drugs and Cardiovascular Risk. *New England Journal*, 354(14), 1445-1448.

Valentin, E. (1996). Somatizer, agir, représenter. *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 114-124.

Formato de citación

Janín, B. (2013). La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 55-79. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
