



Trabajo Final de Grado

Monografía

Dificultades atencionales y exceso de actividad motora desorganizada en la infancia desde una perspectiva psicoanalítica.

Romina Honorio Graña

5.148.398-6

Tutora: Prof. Adga. Dra. Andrea Bielli

Montevideo, Uruguay

Octubre 2016

Resumen.

El diagnóstico comúnmente conocido como déficit atencional con o sin hiperactividad proviene de la psiquiatría y sus características sintomatológicas se encuentran detalladas en el manual diagnóstico DSM; el cual comprende a los trastornos mentales basándose en lo observable de los comportamientos, sin tener en cuenta las particularidades y singularidades de cada niño, atribuyendo las causas a determinantes biológicos sin evidencia definitiva que la sostenga.

Por ello, para desmarcarme de los criterios diagnósticos que plantea el DSM, en el presente trabajo reflexiono, sobre el sufrimiento infantil desde la teoría psicoanalítica, pensando al psiquismo infantil en desarrollo y estructuración y comprendiendo a los síntomas como representantes de una verdad que debe ser escuchada, enfatizando en la importancia de las experiencias infantiles tempranas en el desarrollo psíquico. Resalto que detrás del malestar infantil se encuentra el sufrimiento y que los niños lo manifiestan de diversas formas, una de ellas refiere a las dificultades atencionales y otra, al exceso de actividad motora desorganizada. También destaco los diversos aportes y miradas que plantean los autores a la comprensión del fenómeno.

Aporto conceptos sobre la psicología de la educación en lo que respecta al aprendizaje y a las maneras de atender a los requerimientos escolares pensando a la escuela como institución que nos conforma subjetivamente.

Cuestiono la transformación de ciertos comportamientos y conductas infantiles en enfermedades psiquiátricas que se “solucionarían” mediante la administración de ciertos psicofármacos, patologizando y medicalizando la subjetividad.

Palabras claves: Psicoanálisis–Dificultades atencionales –Exceso de actividad motora desorganizada-Patologización.

Introducción.

En el presente trabajo reflexiono sobre el diagnóstico por déficit atencional con o sin hiperactividad -proveniente de la psiquiatría- y sobre las características sintomatológicas que incluye el manual DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association en sus diferentes versiones) el cual no brinda información sobre la subjetividad del niño, ya que no toma en cuenta la historia, ni el sufrimiento, ni la capacidad simbólica, intelectual e imaginativa de cada niño en particular, ni los diversos modos de ser y estar en el mundo; sino que se basa en el supuesto de que lo observable por sí mismo da cuenta del funcionamiento humano, teniendo como objeto de conocimiento el comportamiento, psiquiatrizando la subjetividad.

En consecuencia, el objetivo del presente trabajo radica en analizar, desde una perspectiva psicoanalítica, las dificultades atencionales y el exceso de actividad motora desorganizada en la infancia actual, desmarcándome completamente de los criterios diagnósticos que plantea el DSM.

Recurro a diversos autores psicoanalíticos, la mayoría de ellos rioplatenses ya que existe una tendencia en nuestro medio a profundizar en la temática desde otra mirada, que busca el sentido del sufrimiento psíquico infantil.

En el primer apartado planteo, a groso modo, las concepciones sobre infancia que propone la teoría psicoanalítica, con Melanie Klein como pionera en las intervenciones psicoanalíticas con niños; a modo de comprender la clínica psicoanalítica actual, la construcción de la dimensión subjetiva y el desarrollo del aparato psíquico infantil. Me apoyo en diversos autores para dar lugar al despliegue teórico acerca del sufrimiento infantil, reflexionando específicamente sobre las dificultades atencionales y el exceso de actividad motora desorganizada en la infancia. Desarrollo conceptos claves como la funcionalidad atencional, e incluyo además una interesante investigación que da cuenta de que aquellos niños que presentan dificultades en la atención son una población heterogénea y que por ello no existe una entidad específica, ya que la desatención parece presentarse como síntoma, permitiéndome de esta manera seguir investigando en la temática. Por último, describo las determinaciones psíquicas de la “hiperactividad”.

En el segundo apartado expongo diversos aportes teóricos sobre la psicología de la educación, describiendo los modos actuales de atender y aprender; pensando a la

escuela como institución que atraviesa y conforma subjetivamente y como espacio privilegiado donde se revelan las patologías infantiles.

En el tercer apartado, describo ideas centrales sobre la medicalización y patologización en la infancia como modos actuales para transitarla, que simplifican la complejidad de la vida psíquica infantil. Principalmente, profundizo sobre la investigación realizada por María Noel Míguez, la cual destaca la utilización de psicofármacos como modo de control y disciplinamiento de los cuerpos, y considera al diagnóstico como portador de cierta "etiqueta" que estigmatiza y violenta al niño, el cual construye y conforma así su subjetividad.

El análisis de los mencionados apartados me permitió concluir que en esta época hay poco lugar para la escucha y para la aceptación del sufrimiento. Es por esto que reflexiono acerca de la patologización de ciertas cuestiones propias de la infancia que resultan en etiquetamientos que categorizan y condicionan al niño, sin buscar el sentido del padecimiento, sin pensar al síntoma como representante de una verdad que debe ser escuchada, sin reconocer que detrás del sufrimiento existe una historia singular y subjetiva.

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

Coelho 2001 pp. 31

1. Concepciones sobre infancia desde la teoría psicoanalítica.

El psicoanálisis fundado por Freud refiere a un método de investigación y de tratamiento que consiste en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, los actos, las producciones imaginarias, como los sueños, delirios, fantasías, que tiene un sujeto, basándose en las asociaciones libres del mismo. En caso de no disponer de asociaciones libres la interpretación psicoanalítica puede darse mediante diversas producciones humanas. -Personalmente entiendo que ello incluye el análisis del juego, del dibujo.- Este método se caracteriza por la interpretación de la resistencia, de la transferencia y del deseo (Laplanche, Pontalis 2013 pp. 316).

“El psicoanálisis es la teoría que nos permite transformar el sufrimiento en posibilidades creativas” (Janin s/f pp.15) mediante el juego, el dibujo, por ejemplo; parafraseando a la autora, la meta del psicoanálisis es la instauración de un espacio interno donde la fantasía logre desplegarse, donde ella sea posible (pp.20). Desde la perspectiva de Rodulfo, M. “el psicoanálisis apuesta a la capacidad imaginativa del ser humano y apunta, cuando hace falta, a su estimulación, incremento y desbloqueo” (s/f pp.7).

Desde la postura de Melanie Klein -una de las primeras psicoanalistas que accedió a la palabra y al sufrimiento del niño- el juego del niño era una técnica que equivalía a la asociación libre del adulto, ya que éste, como discurso infantil, indica el desarrollo de su funcionamiento mental y revela la relación que tiene el niño con su realidad, por ello, la técnica de juego es el medio privilegiado de expresión simbólica de fantasías, experiencias y deseos que le permite al niño la elaboración de situaciones traumáticas, estructurando el psiquismo y organizando su mundo interno. Discurso infantil que necesita de un otro que logre interpretar el mensaje, sus actos son manifestaciones de angustia, desesperación, de estallido interno (Myrta Casas de Pereda 1999).

“La infancia es el tiempo de instauración de la sexualidad humana, y de la constitución de los grandes movimientos que organizan sus destinos en el interior de un aparato psíquico (...) abierto a nuevas resignificaciones y en vías de transformación hacia nuevos niveles de complejización posible” (Bleichmar 1993 pp.215). Es que el término “niños” alude a constitución, desarrollo, estructuración, es por ello que al referirnos a psiquismos que se están constituyendo debemos pensar en las conflictivas que el niño vivencia para luego detectar el sufrimiento, mediante la escucha, la observación y el análisis, logrando entender la dimensión subjetiva. El psicoanálisis interroga, formula preguntas, sitúa. (Rodolfo M. s/f pp.1).

El aparato psíquico se estructura mediante la historia vincular con un otro que deja marcas y que nos identifica, por ello, para entender el sufrimiento singular que vivencia cada niño, la autora Untoiglich (2011) expresa que es necesario recorrer la historia libidinal que alude a los vínculos, a los conflictos y a los modos de atravesar los mismos, incluye el análisis de los aspectos narcisistas, inconscientes, deseantes e identificantes y los acontecimientos que marcaron su vida y la de sus padres, porque el niño se constituye en referencia al otro y al medio. La infancia es “puro devenir, que nada está acabado” (Dueñas 2013 pp.45).

Las manifestaciones sintomáticas de los niños son efecto del psiquismo mismo pero también del de sus padres, abuelos, hermanos y demás personas del entorno; también las situaciones sociales tienen su efecto sobre el psiquismo infantil (Janin 2004).

Por ello, la especificidad del psicoanálisis con niños implica la incidencia de dos factores claves, por un lado, la inclusión de los padres en el análisis de su hijo, escuchar su discurso, rastrear en su historia infantil, remitiéndolos a sus propias vivencias y sentimientos (Janin 2012 pp. 49, 50) y por otro lado, que las intervenciones con el niño son estructurantes, lo que implica descifrar palabras, juegos, dibujos, acciones, silencios, deseos, defensas, identificaciones, pero también despertarlo, según su tiempo y ritmo, transformación que estructura al psiquismo. Bleichmar (1993) también piensa a la infancia como un tiempo de estructuración de lo originario (pp. 201) y sostiene que para entender al síntoma y al funcionamiento psíquico singular es preciso incluir a la familia - padres, hermanos-.

Por otra parte, Alejandro Jaglin (2014) considera que la clínica psicoanalítica con niños implica variadas demandas –principalmente sociales, que incluyen la obediencia, el éxito escolar y la adaptación al medio- ya que el niño concurre porque algún sujeto de su

entorno halló en él ciertas manifestaciones “preocupantes”; siendo el sistema educativo el que con mayor frecuencia deriva a los niños (pp.78).

“Si tomamos los aportes del psicoanálisis, pensamos en una ética del sujeto en el cual sus síntomas representan una verdad, que no puede ni debe ser silenciada” (Janin 2004 pp.140) ya que la prioridad se halla entre el niño y su sufrimiento.

El sufrimiento infantil tiene diversas maneras de manifestarse, a continuación se reflexionará sobre dos de las problemáticas actuales infantiles, que refieren a las dificultades atencionales y al exceso de actividad motora desorganizada.

1.1 Las dificultades atencionales desde la teoría psicoanalítica.

Desde la teoría psicoanalítica se comprende que existen dos tipos de atenciones, una denominada atención refleja, inmediata, se encuentra en el límite entre lo biológico y lo psíquico y la atención psíquica o secundaria es la consecuencia de la inhibición de los procesos psíquicos primarios. Los procesos psíquicos primarios no hacen diferencia entre representación y percepción mientras que los secundarios solo pueden operar cuando el yo posee una reserva de investiduras que le permita efectuar la inhibición. El yo inhibe, pospone y dirige las investiduras hacia el mundo externo para registrar los signos de realidad, permite, mediante la investidura del mundo externo diferenciar la percepción de la alucinación (Janin 2004).

El yo se constituye por identificación primaria con un semejante en el que el niño se refleja (Janin 2004 pp. 53). El yo como organización representacional aparece como imprescindible para que un sujeto atienda y aprenda y al existir una relación entre atención y motivación se piensa a la atención como investidura ligada a los deseos.

Schlemenson, S. (s/f) considera que para pensar las condiciones de producción de subjetividad debemos comenzar por los orígenes en la constitución del psiquismo, el cual se constituye intersubjetivamente por aquel que cumple la función de asistirlo en sus requerimientos, fijando así las formas de acceder al placer y al cumplimiento de deseos y necesidades. El segundo momento de organización del psiquismo se denomina proceso primario, que alude a la fantasía como actividad psíquica para la realización imaginaria de deseos, entre ellos se destaca la evitación del sufrimiento producido por la ausencia del vínculo que lo constituyó como sujeto. Durante este período se da un nuevo encuentro

entre el niño y su entorno familiar que posee diversos ideales mediante los cuales el psiquismo del niño se ordenará. El proceso secundario alude al tercer momento en la constitución del psiquismo y se caracteriza por la relación del mismo con docentes, compañeros y los diversos conocimientos escolares. Este momento es propicio para acceder a la complejización del psiquismo mediante el investimento y desinvestimento psíquico. Para investir al mundo se requiere la identificación con un semejante que lo va libidinizando y adquiriendo sentidos (Janin 2004).

La atención comprende la percepción, la conciencia, el yo y el examen de realidad. Es por ello que se considera que los trastornos en la atención tienen que ver con la dificultad para investir determinada realidad o para inhibir procesos psíquicos primarios (Janin 2004 pp.50).

Se plantea que lo que se invierte automáticamente son las sensaciones, pero la diferencia entre estímulo y pulsión alude a que el estímulo es intermitente mientras que la pulsión es constante, del estímulo se puede huir pero de la pulsión no. Para dirigir la atención hacia el mundo se requiere la distinción “adentro-afuera” y estos niños estarían inmersos en un mundo en el que los estímulos no se diferencian (Janin 2004).

Fue pertinente mencionar brevemente los momentos de constitución del psiquismo desde la postura de Schlemenson para pensarlos en referencia a las dificultades atencionales, ya que en estos niños el déficit se halla, según Janin (2004), en la constitución del proceso secundario (porque es necesario que el yo disponga de la capacidad de inhibir para que los procesos secundarios puedan operar) así como en el armado narcisista.

Las autoras Gomel y Matus (2011) plantean al narcisismo como imprescindible para el reconocimiento de una identidad identificatoria y desde el plano de los vínculos como una forma de sostén y apuntalamiento para que la misma se despliegue; configurándose así una trama identificatoria vincular. Es lo que Janin plantea mediante la expresión “armado narcisista”, que alude a que muchos niños por demanda de amor, de atención, por inseguridad, por necesitar una mirada aprobadora del otro se mueven desorganizadamente (Janin 2006 pp.94).

Puede suceder que el niño no logre identificarse con un otro en su primer tiempo de vida por no encontrar una respuesta empática y por tanto, no pueda dirigirse al mundo de forma focalizada y sostenida. Al respecto, Untoiglich (2011) plantea que la función atencional, ligada al yo, se constituye en un proceso histórico intersubjetivo, por lo cual,

es en el encuentro con el otro que se delimitará a qué y cómo atender. “Es esa mirada-palabra subjetivante la que, en los niños con problemas para atender, parece estar carente, o adquirir cualidades de invasiva y desubjetivante” (Guerra cit. en Muñiz y Kachinovsky 2013 pp.115).

Muniz, A. afirma, al respecto, que el lugar que los padres le dan al hijo implica la investidura de ciertos sentidos, mandatos y expectativas que se ligan al contrato narcisista del grupo que lo recibe y el nuevo integrante (cit. en Miguez 2015 pp.23).

Creo oportuno remarcar que Janin no está de acuerdo en utilizar el cuadro “ADD/ADHD” (siglas en inglés que refieren al trastorno por déficit atencional –TDA- y al trastorno por déficit atencional con hiperactividad –TDHA-) como una categoría diagnóstica, considera que bajo ese nombre se agrupan múltiples expresiones del sufrimiento infantil que deben ser consideradas en su singularidad teniendo en cuenta su multideterminación (2004 pp.13).

Por ello, la autora exhorta a no “patologizar” las conductas de los niños como si fueran de por vida, ya que por ejemplo, si el niño tiene dificultades de escolaridad en primer grado significaría que jamás aprenderá y en realidad considera que no es así, plantea que los niños, siempre nos están, de cierta manera, “hablando” de lo que les pasa. Ante un síntoma de hiperactividad cree que los niños podrían estar queriendo llamar la atención de los padres. Plantea que pasar tiempo de calidad con sus hijos es esencial para que los mismos se desarrollen sanamente.

Adriana Cristóforo (2010) indica que la función atencional es una función compleja en la cual intervienen factores neuro-anatómicos y funcionales, neuropsicológicos y psicológicos socio-culturales.

Considera que el “déficit atencional” no es una enfermedad aunque se la trate como tal. “Si lo pensamos desde la perspectiva foucaultiana es el biopoder quien determina que es orden que es des-orden” (Cristóforo, 2010 pp.2) por lo cual, aquellos niños que presentan desatención serían “diferentes” al resto, razón por la que se los patologiza y medicaliza, simplificando así el problema en trastorno sin tener en cuenta la subjetividad del ser humano ni la multideterminación de los malestares sintomáticos. “Se observa una tendencia creciente a desdibujar el sufrimiento emocional, que en el caso de los niños muchas veces se enmascara en origen neurológico” (Cristóforo 2010 pp.2).

Cristóforo lo expresa claramente, “el discurso social sobre el TDA-TDHA construye el cuadro (Trastorno) como una realidad, que inhibe pensar los procesos subjetivos del niño que presenta dificultades en la atención” (cit. en Muñiz y Kachinovsky 2013 pp. 107).

Desde su punto de vista, al igual que el planteamiento de Janin es necesario que un otro posibilite en el niño la regulación de estímulos para que la atención se desarrolle y se transforme de una función regulada externamente a ser regulada internamente, lo que refiere a la atención voluntaria, atención que Vigotsky considera social y generada a través de las relaciones que el niño establece con los adultos de su entorno.

“Desde el psicoanálisis, la atención tiene que ver con un recorte de la realidad a la cual se inviste libidinalmente. La atención nunca está separada del objeto ya que el recorte viene dado por el otro. El infans se encontrará, en primera instancia, con los objetos que el otro libidiniza” (Cristóforo 2010 pp.4).

Untoiglich, Forer y Paganini (2012) proponen pensar la atención como una modalidad de la investidura, por tanto existen diferentes tipos de atenciones y de desatenciones que responden a distintas formas de funcionamiento psíquico.

Cristóforo, Delgado, Pou y Valazza (2011) consideran que las dificultades atencionales son multicausales ya que intervienen diversos factores tanto sociales como familiares e individuales –psicológicos y neurológicos-.

Las cuatro autoras antes mencionadas, realizaron una investigación acerca de la función atencional desde el punto de vista cognitivo y afectivo para la contribución al diagnóstico y tratamiento de las dificultades atencionales. El objetivo de la misma refiere a los efectos que las nuevas condiciones sociales tienen sobre las funciones neuropsicológicas. Entre estas destacan la atención simultánea que ejercen los niños en las diversas tareas que realizan, por ejemplo, mientras escuchan música, están la mayor parte del tiempo con la computadora y/o con el celular, escriben sms, realizan las tareas escolares porque viven en “una sociedad, en la que todos sus habitantes se encuentran ante la exposición a múltiples estímulos que requieren de una respuesta inmediata” (Cristóforo, Delgado, Pou y Valazza 2011 pp.158).

En la investigación, se estudiaron varios indicadores vinculados a la función atencional y a la atención selectiva en niños que cursaban el primer año escolar, mediante una estrategia cuanti-cualitativa que se basaba en seis fuentes de información: test de atención (Test de Cancelación: Respuesta rápida a la búsqueda de símbolos), WISC III (índice de ausencia de distractibilidad), SPPA (Situación Persona Prestando Atención), entrevista a la familia (adultos referentes) con el objetivo de realizar una historia del niño

en relación a su desarrollo, que permita inferir las características atencionales del niño en su cotidianeidad, también incluyó entrevista a la maestra de clase que comprende la respuesta del niño en clase en relación a los requerimientos atencionales, la integración al grupo, el vínculo con la maestra, el rendimiento curricular, y por último, la observación de los niños en clase, en actividades individuales y colectivas (Cristóforo, Delgado, Pou y Valazza 2011 pp. 159).

Los resultados que arroja dicha investigación corresponden a los datos de la primera escuela urbana de contexto medio y concluyen que aquellos niños que presentaron dificultades en la atención, no mostraron en sus producciones características afectivas que permitan considerarlos un grupo diferenciado. También afirman que la modalidad atencional no tiene un patrón común entre los niños que se podrían llamar desatentos ya que no siempre tienen bajo rendimiento en ambas pruebas (resultados del Denckla y los subtests estudiados del WISC III) y tampoco existen diferencias significativas en los modos de atender entre los niños que presentaron problemas de atención y los que no lo presentaron ya que en cualquiera de las cuatro variables que mostraron no se diferencian.

Por tanto, las autoras infieren que a partir de la muestra estudiada los niños que presentan dificultades en la atención son una población heterogénea y consideran que no existe una entidad específica ya que la desatención parece presentarse como síntoma.

Concluyendo, el desarrollo de todo lo antedicho me permite deducir que aquellos niños que presentan comportamientos que se desvían de lo considerado “normal” están sufriendo la patologización de la vida. Entiendo que se los transforma en portadores de una enfermedad psiquiátrica -aunque la misma no posea evidencia como tal-, sin ver que el sufrimiento, lo descontrolado de sus comportamientos, las dificultades en atender a ciertos requerimientos –escolares y familiares- es subjetivo y singular de cada sujeto y cada uno merece la escucha y comprensión correspondiente de su padecimiento.

1.2 El exceso de actividad motora desorganizada desde la teoría psicoanalítica.

Desde la postura de Janin (2004) la hiperactividad surge como efecto de conflictivas intrapsíquicas e intersubjetivas que se ligan a la constitución del dominio motriz en la historia de todo sujeto. Esboza la idea de que estos niños manifiestan su sufrimiento a

través del exceso de movimiento desorganizado satisfaciendo –de alguna manera- lo que el otro significativo no satisface; movimiento que promueve mayor excitación.

Identifica a la desatención, hiperactividad e impulsividad como ligadas a la dificultad del yo para inhibir procesos psíquicos primarios. Su teoría refiere a que existen fallas en la estructuración misma del yo.

Ya que hay niños que no logran constituir el yo como envoltura, como representación totalizadora del propio cuerpo y por ello buscan límites en el afuera, la voz y la mirada del otro son el modo de sustituir la falla en el armado del yo-piel (Janin 2011). Al respecto, Cristóforo (2015) plantea que la primera organización yoica se origina en los primeros tiempos del contacto con la piel del otro; cita a Anzieu (1985) ya que aporta el concepto de “Yo-piel” que alude a que el yo, de cierta manera, envuelve al aparato psíquico como la piel al cuerpo, por tanto, se considera que el fracaso en esa función llevaría a la constitución de una segunda piel que sustituiría la función de contención de la piel a partir de la musculatura.

El psiquismo transforma las excitaciones en información, conecta los estímulos externos e internos con otras inscripciones y “van armando así cadenas representacionales que cobran una dimensión de escritura significativa” (Janin 2004 pp.75) que tendrán como funcionalidad ser un soporte interno frente a exigencias externas e internas. Sin embargo, el proceso de excitación-estimulación en estos niños es pura excitación y pura estimulación sin posibilidad de traducción de los mismos, confundiendo así, adentro y afuera, viviendo los estímulos internos como si fueran externos, lo que conlleva a que reaccionen impulsivamente; intentando a través del movimiento huir de sus propias exigencias pulsionales y como ello insiste se mueven cada vez más sin meta aparente.

Personalmente, entiendo sumamente relevante resaltar que ningún niño es capaz de transitar por sí mismo las circunstancias que conlleva vivir en el mundo. Necesita de un otro que decodifique y equilibre la urgencia interna-externa, sino la misma será pura excitación y por ello no pararán de moverse sin objetivo.

Cuando por ejemplo, se le prohíbe el movimiento, cuando se habla y se hace por él, el niño queda sometido a un otro que lo deja en una posición pasiva o puede, a través del despliegue motriz demostrar que está vivo. Es por esto que el movimiento desordenado sería “efecto de un intento desesperado de sostener la vida frente a la fuerza de una compulsión a la repetición mortífera” (Janin 2004 pp.83) por tanto, la autora plantea que la muerte como quietud se vencería a través del movimiento, es que los niños suelen

igualar la idea de muerte a la de quietud y cuando el adulto los incita a quedarse quietos suelen suponer que los quieren eliminar, es por ello que cuando se empeñan en que los niños permanezcan quietos más provocan en ellos el movimiento, sin embargo, este movimiento que es pura descarga motriz lo deja vacío, insatisfecho.

Estos niños suelen tener alteraciones para conciliar el sueño, el dormir implicaría retirar las investiduras del mundo, por tanto, para algunos de ellos, el apartarse de los estímulos supondría la muerte (Janin 2004 pp.84).

Las determinaciones psíquicas de la hiperactividad según la perspectiva de Janin son varias, una de ellas es la idea de que “el armado narcisista, así como la constitución del sistema Prec. tambalean en estos niños” (Janin 2011 pp.98). Se considera que el pensamiento es lo único que frena el pasaje del impulso a la acción, pero para que esto suceda antes tuvo que haberse instaurado una red de representaciones preconscientes que controlan el devenir pulsional. Esa red se instaura a partir del otro, para que un niño sostenga sus propios pensamientos tuvo que haber sido pensado por otros anteriormente. Por lo cual, el movimiento “sería un sustituto fallido de la actividad ligadora de las representaciones” (Janin 2011 pp.104).

Otras veces, la hiperactividad del niño es el modo que encuentra de ser el centro de atención en determinada escena, el movimiento que evitaría la anulación por parte del otro (Janin 2011).

O también puede referir a la “búsqueda permanente de una mirada organizadora” (Janin 2011 pp.102) ya que la imagen que el otro nos devuelve es estructurante y unificadora para el psiquismo pero muchas veces la representación totalizadora no se terminó de instalar y el niño se encuentra en la búsqueda permanente.

La misma, también puede aludir a una defensa maníaca contra la depresión, las pérdidas, las separaciones. Niños que intentan despertar a adultos que se encuentran deprimidos funcionando como un “despertador”, al decir Janin.

A estos infantes se les dificulta el dominar los impulsos y desde el psicoanálisis se plantea a la impulsividad como la dificultad para controlar las pulsiones desde el yo, la autora considera que existe un “déficit en la constitución narcisista, en la capacidad del yo para armar redes representacionales que frenen el devenir pulsional” (Janin 2004 pp. 90).

Las autoras Untoiglich, Forer y Paganini (2012) se preguntan ¿qué ocurre cuando en la historia de un niño prevalece lo desinvertido, lo desligado, lo negativo? (pp.206) y para

responderla citan a Bleichmar (1993) la cual explica que si fallaran las constelaciones narcisísticas en los tiempos de ejercer los cuidados primordiales del bebé podría suceder que la energía desencadenada no encontrara vías dentro del principio de placer para derivarse. Por lo cual, se propulsaría por la vía motora sin posibilidad de regulación dando lugar a “hiperkinesias”; ya que los niños dan a conocer su sufrimiento ejerciendo un movimiento desorganizado y desenfrenado, por ello, es necesario que el otro hablante, narcisizador propicie un entramado ligador para que otro nivel de complejidad psíquica se despliegue, sino sucede lo que Untoiglich (2011) plantea, la tendencia a la descarga no permitiría la ligazón fijando así esta modalidad como una forma de funcionamiento psíquico, quedando sometido al intento de drenar su malestar, que al no poder simbolizarse tampoco logra el terminar de descargarse.

Personalmente, coincido con Cristóforo (2015) en que la inquietud desorganizada del niño se patologiza y denomina como “hiperactividad” pensándola solo como un síntoma que forma parte del niño, simplificándola, “dispositivo propio de la medicalización”. Esto es porque aquellas conductas que no corresponden al ideal de la cultura hegemónica se patologizan y sin embargo, el exceso de actividad motora desorganizada, corresponde a un “fenómeno epocal resultante de múltiples complejidades” (pp.10).

Entiendo entonces, que existen, diversas maneras de movimiento desorganizado que responden a distintas formas de funcionamiento psíquico.

El contacto piel a piel, la mirada de la madre, las sensaciones, el vínculo con el otro, generan una primera organización del cuerpo y del yo. Esta primera organización yoica supone la unidad del cuerpo y se basa en los primeros tiempos de contacto con la piel del otro y de cómo se haya producido este contacto, ya que si el niño no logra “encontrarse” con el cuerpo del otro no obtendrá la unidad necesaria para poder representarse a sí mismo como Yo (Cristóforo 2015).

Por ello, se considera que la inquietud daría cuenta de una dificultad en las primeras relaciones y/o en la ligazón madre-hijo, en el papel que cumple el vínculo con el otro.

Crisóforo coincide con Janin acerca de que el cuerpo y el yo se constituyen conjuntamente y que por tanto las fallas en la constitución de uno, suponen un cierto nivel de fallas en la del otro.

Víctor Guerra (cit. en Muñiz y Kachinovsky 2013) plantea que es necesario tener en cuenta los factores de orden relacional para entender la compleja etiología que caracteriza al padecimiento del niño.

Para diversos investigadores psicoanalíticos es relevante la incidencia de los factores psicosociales así como de aquellas fallas producidas en los encuentros intersubjetivos primarios –Guerra destaca que, la intensividad de los cuidados maternos, la seducción del comportamiento materno, la sobreestimulación- serían determinantes en la construcción de la subjetividad de los niños, en los procesos atencionales y en la dificultad de regulación motriz (Muñiz y Kachinovsky 2013 pp.45). Sucede además, que los padres plantean el hecho de que estos niños “están siempre llamando la atención” y se considera que ese llamado de atención habla sobre cierto “déficit de atención afectiva temprana” (pp.52).

Coincido plenamente con Guerra en que es necesario investigar el lugar que ocupa la actividad en la familia así como la pasividad. Es que muchas veces, al analizar “las historias familiares, nos encontramos con duelos no elaborados, pérdidas que cobraron un valor traumático, momentos de quiebre de la estructura familiar (a veces en el plano transgeneracional) que traen como consecuencia un especial valor asignado a ese hijo y a las señales de vitalidad que pueda desarrollar” (Muñiz y Kachinovsky 2013 pp.51).

En otros casos, se plantea que el movimiento, la vitalidad y la autonomía del niño “ahuyentan fantasmas depresivos en la madre” (Muñiz y Kachinovsky 2013 pp.51) por ello, se piensa a la hiperactividad como equivalente depresivo tanto del niño como de la madre, coincidiendo plenamente con el planteo de Janin –anteriormente desarrollado-.

Guerra, basado en sus reflexiones clínicas plantea la existencia de tres formas de funcionamiento diferentes en las cuales se manifiestan la inquietud motriz y las dificultades atencionales. Destaca por un lado, a aquellos niños que han sido diagnosticados en equipo interdisciplinario donde una de las indicaciones terapéuticas es la medicación –ritalina- y el trabajo con otros abordajes. Por otra parte, están aquellos niños que poseen una estructura neurótica y la inquietud con la distracción es situacional y se relacionaría con diversos factores, como duelos no resueltos, fallas en las funciones instrumentales (lenguaje, psicomotricidad, etc.) poseen dificultades con los límites y cierta anulación de la figura paterna ya que no puede operar entre la madre y el hijo. Por último, plantea aquellos casos en que los niños poseen inquietud motriz con ciertas características en su funcionamiento psíquico y relacional, con dificultades en la sensación de existir, en el mantener la sensación de continuidad existencial, con fallas en la estructuración psíquica con prevalencia de aspectos arcaicos en su conflictiva edípica. Lo cual explica las características que estos niños presentan, como la sustitución de la dependencia normal del objeto materno por la actividad y el movimiento excesivo desorganizante, la precoz autonomía e independencia, la ausencia de angustia de separación, incremento del dominio de los objetos, escaso reclamo de contacto afectivo,

ausencia de experiencias de relajamiento –no toleran la sensación de vacío-impulsividad, con poca tolerancia a la espera y a la frustración, trastornos en la conciliación del sueño, pobreza en el juego simbólico, dificultades para atender una tarea y realizar un proceso en el que esté involucrada la continuidad, uso del otro como “partenaire” de su despliegue motriz no como contenedor de sus emociones (cit. en Muñiz y Kachinovsky 2013 pp.52, 53, 54, 55).

El autor concluye que el papel del movimiento en la estructuración psíquica de estos niños funciona con un “falso self motriz”. Toma el concepto de Winnicott de “falso self” explicando que el mismo refiere a la creación de una organización defensiva para la protección del núcleo del verdadero self, (que sería la parte adaptada a la vida social) mientras que el verdadero self permanece oculto. Vincula el planteamiento de Winnicott de “falso self intelectual”, el cual considera que ante fallas en el cuidado materno los niños se hacen cargo de esas fallas ambientales con el “falso self motriz”, que referiría a que estos niños “hacen de madre de sí mismo moviéndose demasiado” (Guerra cit. en Muñiz y Kachinovsky 2013 pp.56).

“Educar no puede ser clasificar. Educar es, siempre, liberar”.

Calderón, Habegger 2012 pp.143.

2. Aportes teóricos de la psicología de la educación.

2.1 Modalidades actuales de atender y aprender en la Escuela.

Desde una mirada psicopedagógica, Alicia Fernández (2009) expresa que la función atencional es un “trabajo psíquico (inconsciente-preconciente-conciente) inherente al acto de pensar y aprender” (pp.8). Las modalidades atencionales singulares, se construyen y se aprenden de acuerdo a los modos atencionales que la sociedad propone e impone en cada época (pp.5), por ello, plantea que existen diversos modos de “atención atrapada” por las exigencias del mercado, del consumo, la velocidad y el éxito, creando dificultades en el aprendizaje porque esto trae consigo a que en la actualidad los niños acostumbren a estar simultáneamente leyendo, escribiendo, escuchando música, hablando por teléfono, construyéndose así los modos de subjetivación actuales.

En relación a lo anteriormente dicho, Cristóforo (2010) sostiene que los modos actuales de aprender disponen de una amplitud atencional mayor, “atendiendo” de modo simultáneo a la tarea, al teléfono y a la pregunta que se les hace. Lo que trae consigo una implicación pedagógica, ya que es imposible mantenerlos atentos en un salón de clase en el que se les exige un modo de atención que no es el que acostumbran en su vida cotidiana. La atención sostenida en el ámbito escolar requiere de cuestiones motivacionales más que cognitivas es por ello que mantienen con esfuerzo su foco atencional resistiendo así la fatiga y la distracción. Son niños que están habituados a recibir estímulos fuertes, cambiantes, a predominio visual y tendrían que adaptarse a una transmisión de conocimientos en la que prevalece la palabra.

Parafraseando a Untoiglich (cit. en Janin 2004) para que un niño logre atender a los requerimientos escolares debió haber tramitado ciertas cuestiones relacionadas a su origen, historia familiar, lugar que ocupa en el deseo de los padres, además de tener ciertos diques constituidos, límites incorporados, ciertas nociones de lectura y escritura (pp.128).

Sin embargo, cuando algo de lo anteriormente desarrollado falla, se tiende a considerar, sin generalizar, a que las dificultades que presentan los niños son causa de ciertos trastornos neurológicos, con frecuencia, muchos de estos niños son denominados “ADD/ADHD” y evaluados por la escuela mediante el *Cuestionario de Conners* como herramienta para realizar dicho diagnóstico (la autora explica que del total de ítems que evalúa la escala, seis podrían relacionarse con dificultades atencionales y seis con hiperactividad).

Durante la infancia –y durante toda la vida- las instituciones juegan un rol preponderante por transmitir valores, comportamientos, ideas y saberes; “la escuela” nos atraviesa y nos constituye subjetivamente. “Alberga y educa a sujetos en puro devenir, es decir, en pleno proceso de constitución de su subjetividad” (Dueñas, 2013 pp.3). Se piensa a la escuela como espacio que nos “prepara” para la vida en sociedad (Míguez 2015).

Por tanto, considero a la escuela como el lugar privilegiado donde se revelan las patologías infantiles. Los síntomas escolares son uno de los modos que tiene el niño para expresar su sufrimiento, sin embargo, esto no significa que la escuela deba diagnosticar pero sí alertar a los padres y derivar a los profesionales correspondientes. Ciertas escuelas acompañan y sostienen al niño y otras, tienen la tendencia a querer silenciar los síntomas y así el niño pierde, posiblemente, la oportunidad que tenía de ser escuchado. La escuela, es uno de los ámbitos que exige de la medicina soluciones rápidas para el abordaje de las dificultades que los niños presentan.

Jaglin (2014) sugiere que “no hace falta que el niño presente algún síntoma; basta con que su comportamiento o rendimiento desborde las capacidades de una institución educativa, introduciendo un malestar en ella, para que este mecanismo se active” (pp.9).

Personalmente, me cuestiono, si la escuela nos prepara para la vida en sociedad, ¿Qué nos está enseñando? ¿A olvidar, acallar y cancelar las diferencias? ¿A no aceptar la diversidad? ¿Nos enseña que si sos “diferente” a la mayoría entonces no tendrás posibilidades de ser feliz, ni de aprender, ni de enseñar, ni de trabajar, ni de tener amigos, ni de formar una familia?... “Es curioso como este discurso dominante (...) donde se nos insiste sobre diversidad, tolerancia, inclusión y derechos, dejaría al niño fuera de todo esto” (Jaglin 2014 pp.85).

Hernández y Oliver (cit. en Míguez 2015) consideran además, que la escuela, como institución, se encarga de disciplinar y homogeneizar las diferencias. Por ello, muchas veces, aquellos niños que no se adecuan al sistema son colocados en el lugar de déficit –

lo que implica la comparación con un modelo previo- y son derivados al profesional correspondiente para que se le adjudique cierta “etiqueta”, reconociéndolo así “diferente” al resto por no lograr los objetivos que se proponen en clase. “(...) El sistema educativo responde a un mandato de homogenización y eliminación de las diferencias, apoyado en una tradición normalizadora (...) en el cual las diferencias, con frecuencia, están relacionadas con “el déficit” (Untoiglich 2013 pp.219).

Por ejemplo, cuando se trata de niños inquietos, “hiperactivos”, que descontrolan de alguna forma el orden establecido, se los deriva para luego medicarlos y así el niño cambie radicalmente su comportamiento, “se observan varias conductas repetidas en estos casos: niños adormecidos, niños que siquiera se comunican con sus pares” (Míguez 2015 pp.138) y lo único que logran es acallar una situación que desbordaba a la escuela y a la maestra, pero el niño sigue sin cumplir las expectativas de aprendizaje.

Por ello, yo me cuestiono, ¿cuál es el objetivo del sistema educativo al aceptar que existan niños que transcurran por la institución anestesiados?...

¿Por qué abordar diversas manifestaciones conductuales y comportamentales de los niños desde una perspectiva patologizadora?...

Maud Mannoni (cit. en Janin 2004) sostiene que “no se puede continuar proponiendo remedios milagrosos cuando las mismas estructuras (escolares) son las que tendrían necesidad de ser criticadas radicalmente” (pp.149).

Entonces, yo me pregunto, si es una dificultad del niño o si la dificultad se halla en los maestros que no pueden contener y enseñar a un niño que demanda un aprendizaje diferente al habitual.

Fernández (s/f) expresa que un niño podría estar inquieto por diversos motivos y que incluso esta inquietud podría dar cuenta de una inteligencia activa y cuestionadora que no encuentra respuesta en su medio familiar ni en el escolar.

La tarea psicopedagógica propone flexibilizar las modalidades de aprendizaje así como las modalidades atencionales. Sara Paín, (cit. en Fernández s/f) expresa que necesitamos estar lo suficientemente distraídos como para sorprendernos y lo suficientemente atentos para no perder la oportunidad y ese movimiento entre la distracción y la atención es lo que nos permite aprender.

Sin embargo, aquellos niños que son de alguna manera “diferentes” al resto de sus compañeros, que no se incluyen bajo los patrones de conducta preestablecidos como

“normales”, generalmente y de cierta manera “incomodan” porque “perturban” el orden establecido, cuestionando y cambiando las creencias de cómo se debe vivir, Fernández lo afirma expresando que “la inteligencia humana se caracteriza por el deseo de transgredir las fronteras de lo establecido” (Fernández s/f pp.2).

En cambio, el aprendizaje escolar se transita favorablemente en aquellos niños que son “inactivos”, tranquilos, que repiten, que atienden, que no dudan ni se cuestionan. Pero aquí hablamos de niños que desarrollan una actividad motriz excesiva, que son impulsivos, inquietos, que no atienden y que por tanto, no responden al modelo de niño tranquilo y obediente; y la escuela aparece como institución que trata de ordenar las diferencias procurando la homogenización y clausurando las diversidades; ya que aquello que es “diferente” se piensa como carencia, no como otro modo de estar en el mundo, de conocer, de aprender, de pensar. En las instituciones educativas poco se tolera la diferencia entre los alumnos. “Componer un todo no significa homogeneizar, ya que ello implicaría borrar las diferencias subjetivas” (Janin 2004 pp.138).

Se parte de la idea de que el comportamiento del niño manifiesta lo que le sucede, da cuenta de su posición subjetiva. Nos habla de su contexto, de la conflictiva, de la angustia, del sufrimiento. Mostrando así, a través de su cuerpo, aquello que lo desborda, lo excesivo de sus movimientos expresa la angustia interna.

Es por ello que muchas veces los problemas en el rendimiento escolar no necesariamente refieren a dificultades intelectuales y/o a conflictos intrapsíquicos. En muchos casos el fracaso escolar se vincula a motivos tales como la relación del niño con el docente, el modo en que éste transmite el conocimiento, en dificultades para mantenerse quieto en el lugar asignado, la desvalorización social o familiar de aquello que la escuela enseña, entre otras razones.

“Sin desconocer la importancia del vínculo maestra-alumno para pensar las problemáticas de aprendizaje y comportamiento que se producen en el aula, lo que sorprende es la magnitud de anhelos que los padres colocan sobre esa relación” (Bruno Cámares 2014 pp.110). Para los padres, muchas de las veces, las causas de los problemas que presentan sus hijos serían “provocados” por la actitud de la maestra, e incluso, un cambio en el vínculo, que desarrolle mayor comprensión y ayuda especializada para cada niño en particular sería la solución a ciertas problemáticas; la queja contra la institución educativa y sus integrantes, la falta de confianza hacia la maestra, son algunas de las creencias de ciertos padres que tienen hijos que poseen dificultades en el aprendizaje (pp.112).

También puede suceder que el niño no encuentre placer en el aprender y por tanto no encuentre interés en el mismo “y si no hay posibilidad de gratificación es muy difícil de que sea investido” (Rodulfo 1998 pp.274) porque para aprender hace falta invertir al mundo, atender, poder grabar lo aprendido en la memoria, apropiarse creativamente de ese conocimiento y ligarlo con otros saberes. Aprender es un trabajo psíquico en el que se entrecruzan los deseos y sus avatares, el yo y los ideales. Supone invertir, representar, transformar y armar nuevos recorridos.

Sin embargo, diversas condiciones han creado “enfermedades” relacionadas con los problemas de la vida misma, facilitado la medicalización de la vida, encargando a la medicina a que solucione los fracasos de la enseñanza.

Míguez (2011) plantea que se les preguntó a referentes de las instituciones del saber si la medicación con psicofármacos era la solución más efectiva para la “modificación” de aquellas conductas “desajustadas”, los diversos referentes respondieron que por lo general aquellos niños que toman la medicación están más tranquilos y funcionan en comparación a cuando no se les administra el medicamento. Otros, expresan que es la solución más rápida pero no la recomendable. Por otra parte, se plantea el hecho de que la administración de medicamentos reprime al síntoma sin escuchar el pedido de ayuda que el niño expresa y que el psicofármaco por sí mismo no resuelve el problema ya que sin acompañamiento terapéutico es imposible.

Si pensamos sólo en lo observable de las conductas y comportamientos sin comprender el sufrimiento y el sentido de las conflictivas que expresa, se desconoce la dimensión subjetiva.

“Estamos ante un fenómeno que da cuenta de la creciente psicopatologización de la infancia, del recurso a la medicalización en un época que tiene exigencias de “salud perfectas” sin cuestionar quién marca los criterios de tal supuesta salud” (Martín del Campo 2014 pp.4).

“Un modelo de niño imposible: festivo, extrovertido, sociable, pero no en exceso al grado de molestar o distraer al compañero en clase, deportista, jugador de equipo, activo, pero no inquieto, atento a todos los estímulos (video juegos, publicidad, televisión, etc.) pero no disperso... un niño acelerado, de aburrimiento fácil que presione a sus padres por el lado del consumo”.

Jaglin 2014 pp.86.

3. Medicalización y patologización en la infancia uruguaya.

Cristóforo (cit. en Muñiz y Kachinovsky 2013) plantea que es a partir de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (3rd ed.; *DSM-III*; American Psychiatric Association, 1980) que se describen las dificultades vinculadas a la función atencional dentro del “Trastorno por Déficit de Atención” -TDA- estableciéndose ciertos criterios diagnósticos para el TDA con y sin hiperactividad –TDA-TDHA- (pp.105). Manual diagnóstico que posee un discurso de salud mental que se institucionaliza en la sociedad, adquiriendo así valor de verdad científica y que trae consigo la explicación de que el origen de las dificultades atencionales y de la actividad motora excesiva responde a un déficit de dopamina.

Sin embargo, considero al igual que Dueñas que “la subjetividad de la que dependen las funciones cognitivas no viene dada, ni programada; sino que se produce, se constituye, a partir de complejos procesos en los que interactúan de manera singular diversas variables” (2013 pp. 45).

A continuación se reflexionará sobre el uso indebido y masivo del diagnóstico -sin negar la existencia de ciertas dificultades atencionales y/o del movimiento desbordante y desorganizado de los niños- como única interpretación de la cura, porque me baso en el supuesto de que los criterios diagnósticos –DSM- no brindan información sobre la subjetividad y particularidad de cada niño y desde la perspectiva psicoanalítica se comprende al síntoma como manifestación de la subjetividad y como expresión del sufrimiento.

Jaglin (2014) considera que es un “hipertrofiado diagnóstico” (pp.15) ya que por un lado la publicidad nos “vende” –de cierta forma- la imagen ideal de niño eufórico y lleno de energía y por otro lado, la familia y el sistema educativo le exigen que se tranquilice y permanezca quieto en un lugar.

“Se considera al “ADD.H como el “caso testigo” del fenómeno de la patologización y medicalización de las infancias actuales” (Dueñas 2013 pp. 47-48) ya que no incluye, para su comprensión, dimensiones psíquicas ni socio-culturales, ni la historia ni el contexto, sino que se considera puramente biológico y genético, excluyendo así la subjetividad.

Por ello, pienso a los procesos de medicalización y patologización en la infancia como temas de suma relevancia para su deconstrucción analítica desde lo social.

3.1 Medicalización en la infancia.

Conrad, Peter (cit. en Untoiglich 2013) plantea que para instalar los procesos de medicalización se debe definir el problema en términos médicos y utilizar terminología médica para describirlo, e incluso realizar intervenciones medicas para abordarlo.

“Se considera el proceso de medicalización como fundamental para entender cómo los sujetos y las sociedades se transforman en blancos de intervención de los dispositivos del poder” (Untoiglich 2013 pp. 28).

En base a un estudio de la Universidad a cargo de María Noel Míguez (2011) se concluye que existe un 30% de niños medicados por esta cuestión. Ella expresa que hay entre un 5% y un 10% en Uruguay diagnosticado con este trastorno y que la mayoría de ellos están mal diagnosticados y mal medicados (pp.95). La “cura” se daría mediante el suministro de psicofármacos, el “Metilfenidato” (ritalina), la cual logra que el sistema nervioso priorice la información mejorando el paso de adrenalina y noradrenalina (neurotransmisores comprometidos con la función de atender) entre las neuronas. Es de destacar que, según los datos, la patología aumentaría en el período de clase y en verano el déficit desaparecería (pp.96).

Bafico (2012) expresa, que el metilfenidato tiene efectos secundarios complejos ya que se considera del mismo grupo familiar que las anfetaminas, nominado por la FDA (Food and Drug Administration: Agencia de Alimentos y Medicamentos o Agencia de Drogas y Alimentos) como una droga de alta adicción.

Un estudio realizado en el 2008 por psiquiatras del Ministerio de Salud Pública demuestra, según un muestreo de 124 casos de niños medicados con metilfenidato, que el 29% de ellos padecían cefalea, 25% disminución del apetito, 24,2% dolor abdominal, 20,2% ansiedad, 11,3% insomnio, 8,9% disminución de peso, 7,3% palpitaciones y 4,0% tics (Bafico 2012). Además, plantea que existen otros efectos secundarios del

medicamento que en este estudio no aparecen, como la comprobación que genera una gran adicción a otro tipo de drogas cuando los niños se convierten en adolescentes y además que crea un problema de crecimiento de 1cm. por año.

Se menciona como dato relevante que la importación de “metilfenidato” en Uruguay pasó de 900 gramos en el 2001 a 17.000 gramos en el 2007 y se cuestiona: “¿estamos ante una epidemia o se están utilizando los psicofármacos como instrumento de adaptación al sistema?”, de ser así se plantea pensar esta estrategia como una forma de ejercer violencia y abuso en la infancia (Míguez 2015 pp.10). Estimo, que tratan así de regular el carácter, los comportamientos, el pensamiento y la percepción en los niños.

Esta tendencia generalizada hacia el diagnóstico, es una construcción social que surge en un momento socio-histórico en el cual el desarrollo de la neurociencia “habilita una forma prevalente de entender los fenómenos humanos fuera de sus componentes subjetivos y socio-culturales. La medicina, como el representante social del conocimiento de la biología humana, adquiere entonces un lugar preponderante” (Cristóforo cit. en Muñiz y Kachinovsky 2013 pp.106) pensado de esta manera, lo anteriormente dicho sería causa y efecto de la “medicalización de la sociedad”, entendida como una construcción social que surge de las interacciones entre los sujetos, como una manera de comprender el mundo.

Las dificultades de los niños parecen no interrogarse ni cuestionarse, sino que las soluciones a sus padecimientos deben ser eficaces y rápidas, medicalizadas, aplazando y empeorando la situación, ya que el niño padece de una falta, exceso o desorden; “cuando medicamos la angustia, acallamos sus manifestaciones y sus repercusiones en el medio familiar, esto evita el despliegue del síntoma y la denuncia que este conllevaría, de la cual de por sí nada se quiere saber” (Jaglin 2014 pp.64).

Javier Palumno (cit. en Míguez 2015) desde una perspectiva de derechos humanos, denuncia la generalización de “déficit atencional” y la utilización de ciertos psicofármacos como modo de control y disciplinamiento de niños como una violación de los derechos humanos (pp.87).

Al diagnosticar a un niño desde el “lenguaje de los manuales” se le adjudica cierto trastorno sin ver la singularidad de ese niño y de ese grupo familiar. Estos manuales plantean a la medicación como una de las posibles alternativas a la necesidad de adaptación de los niños, la indicación farmacológica tomada como primer recurso para el tratamiento, deja de lado abordajes terapéuticos que involucran aspectos intrapsíquicos

del niño tanto como los intersubjetivos, teniendo en cuenta la complejidad de la trama subjetiva.

Incluso, la desatención, la hiperactividad y la impulsividad se piensan como lo mismo cuando en realidad son diferentes; para ellas existe el mismo y único diagnóstico y medicación.

Janin (s/f) sostiene, que la psiquiatrización de la infancia trae la “idea de un cuerpo-máquina que debe recurrir a un estimulante externo para mantener un funcionamiento “adecuado” a lo socialmente esperable” (pp.1) en tanto se considere el problema de origen orgánico, la solución la hallarán en los medicamentos como posible tratamiento a los problemas de conducta y de aprendizaje; simplificando así la complejidad de la vida psíquica infantil, olvidando que somos un todo, atravesado por las diversas condiciones socio-culturales y el contexto familiar, por la historia individual y la influencia de los vínculos tempranos que libidinizan, otorgan modelos identificatorios y nos transmiten normas e ideales, que nos subjetivizan.

3.2 Patologización en la infancia.

El proceso de patologización se instala en el campo de la salud mental pensando las causas como unívocas ya que el paradigma dominante preestablece la normalidad basándose en que todo aquello que queda por fuera se califica como anormal. Por tanto, la vida misma de ese sujeto en particular estará atravesada por dicha categorización.

“Cuando características como la tristeza, la inquietud infantil, la timidez, la rebeldía adolescente, que son inherentes a lo humano se transforman en patología, nos encontramos ante un proceso de patologización de la vida” (Untoiglich 2013 pp.29).

Untoiglich (cit. en Míguez 2015) plantea que en la actualidad, el mundo occidental se encuentra atravesado por la lógica neoliberal, como una sociedad de consumo en la cual la educación y la salud equivalen a una mercancía más, por ello, “todo aquel que no puede producir de acuerdo a las pautas esperadas por la sociedad tiene un déficit individual de origen preferentemente biológico que habrá que erradicar” (pp.9).

El fenómeno que refiere a las dificultades atencionales y a la excesividad de un movimiento descontrolado es evidente, por ello se explica que al existir un porcentaje tan amplio de niños así diagnosticados se habla de que estos síntomas articulan la problemática individual con la social, siendo necesario analizar la estructura del niño y su

posición subjetiva pensando cómo juega en su universo familiar el sufrimiento (Míguez 2015 pp.101).

Cristóforo sostiene, como ya cite anteriormente, que “el discurso social sobre el TDA-TDHA construye el cuadro (Trastorno) como una realidad, que inhibe pensar los procesos subjetivos del niño que presenta dificultades en la atención” (Muñiz y Kachinovsky 2013 pp.107).

En consecuencia, las autoras Affonso Moysés y Collares, (2013) explican que el sobrediagnóstico ejercido en la actualidad da cuenta de la violencia de los procesos de medicalización y patologización en la infancia. Plantean que la medicina constituye, desde hace mucho tiempo, un saber que evalúa la normalidad y la anormalidad, clasificando los cerebros de disfuncionales, hiperactivos, desatentos, rotulando, clasificando y diagnosticando sin escuchar para poder transformar y evolucionar. Los problemas de la vida se convierten en enfermedades, porque lo que no funciona como debería son síntomas y trastornos, haciéndonos creer que los problemas sociales se solucionan con la medicina, para silenciar los conflictos y las diferencias, desdibujando el sufrimiento emocional.

De este modo, Víctor Guerra (cit. en Muñiz y Kachinovsky 2013) refiere acerca de la “necesidad del ser humano por tratar de apresar lo desconocido y dominar las incertezas, empuja a realizar generalizaciones arbitrarias sobre el comportamiento y en este caso conduce a realizar diagnósticos “hiperactivos” (signados por el apuro) del hiperactivo” (pp.46). Apuro por clasificar a los niños sin considerar que el diagnóstico debe ser abordado desde diferentes perspectivas y con un equipo interdisciplinario.

La subjetividad se construye en múltiples espacios que se encuentran, el intrapsíquico, lo intersubjetivo y las condiciones actuales de producción sociales, culturales y económicas; y Muniz, A. expresa que: “toda acción reduccionista que pretenda nominar el todo por un rasgo, parece ser un exceso de violencia” (Míguez 2015 pp.20).

“Considero que una de las dificultades que tenemos hoy en día para la comprensión de la psicopatología infantil es la invasión de diagnósticos que no son más que un conjunto de enunciados descriptivos que se terminan transformando en enunciados identificatorios, diagnósticos que llevan a que un niño sea catalogado por los síntomas que presenta perdiendo así su identidad” (Janin 2006 pp. 85-86).

Desde el campo de la salud mental se cree necesario tener una mirada no patologizadora de la infancia, pensar en las diversas determinantes que inciden en las dificultades que

presenta y en el contexto en que está inmerso para escuchar la singularidad del sufrimiento; sin confundir características y conductas propias de la infancia con patologías.

Finalizando, creo pertinente remarcar que no solamente los psicólogos tienen una visión no patologizadora de la infancia, por ello, cito palabras textuales de la crítica del Dr. Neurólogo León Benasayag (2016):

Los niños dispersos, inquietos o impulsivos, son actualmente diagnosticados como enfermos, que padecen un “Déficit de Atención con hiperkinesia”, (ADHD) de origen genético (no probado) y, lo peor, medicados con una anfetamina (*Ritalina*®), que es perjudicial para la salud, como todas las drogas adictivas. Su uso requiere un recetario triplicado, otorgado por el Ministerio de Salud Pública, utilizado para las drogas adictivas. La mayoría de estos niños sólo tienen un problema de conducta, no una enfermedad (párr. 8).

4. Consideraciones finales.

En el presente trabajo analicé, desde una perspectiva psicoanalítica, un tipo de sufrimiento infantil que refiere a las dificultades atencionales y al exceso de actividad motora desorganizada, enfatizando esta problemática desde diversos enfoques.

Si bien desde la corriente biológica de la psiquiatría se considera a estas dificultades como consecuencia de ciertas desregulaciones en los neurotransmisores, no son definitivas las pruebas científicas que la consideran como patología.

Pude concluir que el diagnóstico evalúa lo observable de las conductas, dejando de lado el sufrimiento del niño. Este diagnóstico da cuenta de una nueva forma de incluir y excluir a los sujetos, basándose en el supuesto de que todo aquello que no logra acomodarse rápidamente al sistema –educativo, social, familiar- padece algún tipo de patología mental que se “solucionaría” con la administración de cierto psicofármaco regulador de conductas, pensando que la única solución sería adaptarlo, medicándolo; patologizando así la infancia y desconociendo las razones psicosociales que llevan a la ejecución de ciertas conductas.

Los niños son medicados porque se distraen, se mueven y se portan mal –cuestiones propias de la infancia- sin pensar en las situaciones que viven, que sienten o que piensan, sin escuchar la singularidad de su padecimiento y sin buscar el sentido del sufrimiento psíquico.

Incluso, el hecho de tener que tomar determinada medicación para “controlar” -de cierta forma- las dificultades comportamentales trae consigo la idea de que ellos, por sí mismos, no tienen el control de su propio cuerpo ni de sus conductas y que por ello dependen de un medicamento para poder vivir y relacionarse “adecuadamente”. En consecuencia, entiendo radical buscar todas aquellas alternativas que ayuden a modificar el comportamiento del niño antes de prescribir psicofármacos.

Considero, que en salud mental, lo más adecuado sería el despliegue de un espacio terapéutico, que logre descentrar al niño del lugar de enfermo, para indagar en el origen y en las causas de sus comportamientos y en el sentido que el mismo adquiere para sí mismo y para los actores sociales que lo rodean -la familia, los maestros y compañeros-, buscando la significación inconsciente de sus actos.

Comprendiendo que lo considerado sano o patológico se construye en cada época histórica-cultural y en cada grupo de pertenencia social, pienso a estos síntomas como expresión del entramado del individuo y el entorno socio-cultural.

Pienso que todos somos seres singulares con experiencias particulares, con diversos modos de ser y estar en el mundo y con formas de aprender diferentes. Por esta razón, yo me cuestiono ¿porqué transformar ciertos comportamientos y conductas en supuestas enfermedades psiquiátricas?...

Cuando la diferencia del niño cuestiona y molesta, se tiende a categorizarlo como “diferente”, buscando “etiquetamientos” para caracterizarlo y condicionarlo, nombrarlo y reconocerlo, y estos adjetivos subjetivantes marcan al sujeto y a su historia. Sin indagar en las causas de dichos comportamientos y sin pensar que sus actos son manifestaciones de angustia; el cuerpo expresa lo que no puede decir con palabras.

Creo que el niño no se encuentra desatento a todo, el niño puede no prestar atención a lo escolar por estar atento a diversas cuestiones singulares y particulares de su entorno y su familia. Lo singular del padecimiento del niño es sumamente subjetivo ya que pueden darse múltiples y complejas determinaciones por las que él no lograría atender a los requerimientos escolares. Concibo tener en cuenta además, que los niños en la actualidad acceden -a través de los objetos tecnológicos- al conocimiento de manera rápida, inmediata y simultánea, que se diferencia, claramente, en la manera en que la maestra presenta y propone la incorporación de los diversos aprendizajes.

Sin embargo, la escuela convierte al síntoma en síntoma de aprendizaje, olvidando que el prestar y mantener la atención en el tiempo, el escuchar detenida y concentradamente a la maestra, realizar las tareas, entre otras cuestiones, se construyen, se aprenden y forman parte del proceso vital que requiere de diferentes tiempos según cada singularidad. Transitamos una época en la que hay poco lugar para la escucha del sufrimiento y para la aceptación de la diferencia.

Sin generalizar, parto de la idea de que en gran parte, la sociedad y la escuela aún reproducen la dicotomía mente-cuerpo, sin tener en cuenta la integralidad de estas dos cuestiones que constituyen al sujeto, olvidando la necesidad de integrar al cuerpo como herramienta para el aprendizaje al igual que lo intelectual; siendo imprescindible incorporar la idea de que somos un todo, atravesados por múltiples formas de pensar, de aprender, de atender, de hablar, de escuchar, de descubrir, de vivir. El pensamiento y con ello el aprendizaje se construye en movimiento, el juego, la actividad y el movimiento forman parte de la constitución subjetiva. La educación construye al sujeto. Y me

pregunto, ¿por qué siempre se considera que es el niño el que no funciona? ¿Y si pensamos que es la institución escolar la que no funciona para determinados niños?...

Por otra parte, creo pertinente resaltar la expresión de Albana Paganini que afirma que “sobresaturar de sentidos es como medicalizar”, para entender la urgencia de hallar respuestas y explicaciones instantáneas –urgencia del sistema, de la escuela, de los padres- es necesario dar lugar y espacio al dolor, al sufrimiento, a la escucha, respetar la subjetividad del que padece.

Ya que al momento de trabajar con el niño es necesario sostener el desorden inicial, ¿por qué la idea de tener que ordenar “normativizando” primero para luego poder trabajar?... siento necesario deconstruir ciertas ideas generalizadas para reflexionar sobre ellas, siendo ésta una de las tantas.

Afirmo que nos encontramos frente a un fenómeno de suma complejidad el cual ha sido naturalizado rápidamente, por ello, aseguro que el tratamiento no consiste en denominar a la dificultad con determinada “etiqueta” estigmatizante, sino en tratar de proteger la subjetividad del niño y pensarlo en relación al síntoma y al sufrimiento que padece, porque considero que el síntoma representa una verdad que debe ser escuchada y detrás del sufrimiento hay una historia que debe ser reconocida.

Referencias bibliográficas.

- Affonso Moysés, M. Collares, C. (2013) *Medicalización y Patologización en la infancia: nuevas mascararas de la violencia*. Revista Magister en Psicología. Mención Teoría y Clínica Psicoanalítica. Universidad Diego Portales.
- Bafico, J. (2012) Recuperado en https://www.youtube.com/watch?v=Wl_kEjhtlY
- Benasayag, L. (2016) La gran ilusión... de la salud total y perfecta. Recuperado en: <http://www.elsigma.com/psicoanalisis-y-ciencias/la-gran-ilusion-de-la-salud-total-y-perfecta/13130>
- Bleichmar, S. (1993) *La fundación de lo inconciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Bruno Cámares, G. (2014) Significación del motivo de consulta en padres con hijos en entrevistas iniciales para atención psicológica. Tesis para optar al título de Magister en Psicología Clínica.
- Calderón Almendros, I. Habegger Lardoeyt, S. (2012) *Educación, hándicap e inclusión. Una lucha familiar contra una escuela excluyente*. Octaedro (Granada). Mágina ediciones.
- Casas de Pereda, M. (1999) *Psicoanálisis con niños: tarea en construcción*. Revista uruguaya de psicoanálisis (APU).
- Coelho, P. (2001) *Maktub*. Recuperado en: http://www.ela.edu.sv/files/1a4d0f_Maktub.pdf
- Cristoforo, A. (2010) Niños desatentos: déficit atencional o producción subjetiva en la era de internet. Facultad de Psicología- Universidad de la República. VI Congreso, XVI Jornadas de Psicoanálisis de APU y del Instituto Universitario de Postgrado en Psicoanálisis.
- Cristóforo, A. Delgado, R. Pou, V. Valazza, V. (2011) La función atencional en la generación Millenium: Interrogando al diagnóstico de ADD y ADHD. Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Recuperado en:

http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1503/ev.1503.pdf

Dueñas, G. (2013) *Patologización y medicalización en la educación. Intervenciones subjetivantes sobre las problemáticas con las que nos interpelan hoy las infancias y adolescencias en las escuelas*. Artículo publicado en “Actualidad Psicológica” N°416 La patologización de la Infancia. Recuperado en https://gruposaludmentalfts.files.wordpress.com/2014/02/duec3b1as-patologizac3b3nmedicalizac3b3n_en_educac3b3n-pdf.pdf

Dueñas, G. (2013) *Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales*. Universidad del Salvador (Argentina). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3 (2), 31-54. Recuperado en <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/148>

Fernández, A. (2009) *La potencia atencional de la alegría*. EpsiBA –Escuela Psicopedagógica de Buenos Aires. Recuperado en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v26n79/v26n79a02.pdf>

Fernández, A. (s/f) *La atencionalidad atrapada*. Recuperado en: <http://letraurbana.com/articulos/la-atencionalidad-atrapada/>

Fernández, A. (s/f) *Déficit atencional*. Artículo publicado en la Revista “E.Psi.B.A. Nro.9”.

Gomel, S. Matus, S. (2011) *Conjeturas psicopatológicas. Clínica psicoanalítica de familia y pareja*. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.

Iriarte, C. Iglesias, L. (2012) *Biomedicalización e infancia: trastorno por déficit atencional e hiperactividad*. *Revista Comunicación Salud Educación* v.16 n°43, p.101-123 “Interface”.

Jaglin, A. (2014) *La escucha analítica con niñas y niños en el tiempo del déficit, el exceso y el trastorno*. Editorial Psicolibros Universitario.

Janin, B (2004) *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. (ADD/ADHD)*. Bs. As.: Ediciones novedades educativas.

Janin, B. (2006) El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. Recuperado en:

<http://www.seypna.com/documentos/articulos/janin-adhd-diagnosticos-infancia.pdf>

Janin, B. (2011) *El sufrimiento psíquico de los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Bs. As.: Noveduc editorial.

Janin, B. (2012) Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. Recuperado en:

<http://www.seypna.com/documentos/articulos/janin-beatriz-intervenciones-psicoanalista-ninos.pdf>

Janin, B. (2012) Llamen a no “patologizar” las conductas de los niños. Recuperado en:

<http://psicologossalta.com.ar/2012/11/llaman-a-no-patologizar-las-conductas-de-los-ninos/>

Janin, B. (s/f) La infancia, la constitución de la subjetividad y la crisis ética. Recuperado en:

http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/443/02.La_infancia_Janin.pdf?sequence=3

Janin, B. (s/f) Los niños y la medicalización de la infancia. Recuperado en:

<https://www.topia.com.ar/articulos/ni%C3%B1os-y-medicalizaci%C3%B3n-infancia>

Laplanche, J. Pontalis, J. (2013) *Diccionario de Psicoanálisis*. Bs. As. Editorial Paidós.

Luzzi, A. Bardi, D. (2009) Conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños. Punto de partida para una investigación empírica en psicoterapia. Facultad de Psicología-UBA. Anuario de investigaciones v.XVI p. 53-63.

- Martín del Campo, E. (2014) *Una mirada psicoanalítica sobre el llamado Trastorno por Déficit de Atención*. Diálogos sobre educación. Año 5. Número 8. Recuperado en <http://www.revistascientificas.udg.mx/index.php/DSE/article/download/3770/3554>
- Muñiz, M. Kachinovsky, A. (2013) *Itinerarios de la psicología clínica: avances, notas y encuentros de norte a sur*. Específicamente el capítulo de Guerra, V. "Síndrome de déficit de atención con hiperactividad, una perspectiva psicoanalítica: el falso self motriz". Monterrey, México. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Míguez, M. (2011) *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Míguez, M. (2015) *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Rodulfo, R. (1998) "Entrevista con el Dr. Ricardo Rodulfo". Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. Tomo V v.2 p.273-277
- Rodulfo, M. (s/f) El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia. Recuperado en: http://malestaresenlainfancia.com/infancia/images/biblioteca/patologizacion_diferencia.pdf
- Schlemenson, S. (s/f) Condiciones histórico-subjetivas de la producción simbólica. Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires.
- Untoiglich, G. (2011) *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad*. Bs. As. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. Noveduc editorial.
- Untoiglich, G. (2012) Programa "Red de Salud". Recuperado en: <https://www.youtube.com/watch?v=CyD27WfqREU>

Untoiglich, G. (2013) *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Bs. As. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. Noveduc editorial.

Untoiglich, G. Forer, G. Paganini, A. (2012) Intervenciones psicoanalíticas en niños con dificultades atencionales e inquietud. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado en:
<http://www.aacademica.org/000-072/251.pdf>

Índice:

Introducción.	2
Concepciones sobre infancia desde la teoría psicoanalítica.....	4
Las dificultades atencionales desde la teoría psicoanalítica.	6
El exceso de actividad motora desorganizada desde la teoría psicoanalítica.	10
Aportes teóricos de la psicología de la educación.	16
Modalidades actuales de atender y aprender en la Escuela.....	16
Medicalización y patologización en la infancia uruguaya.	21
Medicalización en la infancia.....	22
Patologización en la infancia.....	24
Consideraciones finales.	27
Referencias bibliográficas.	30