



TDAH: DEL DIAGNÓSTICO DSM AL ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Trabajo de monografía presentado por

MARÍA ELENA BONILLA VARGAS

para optar al título de

Especialista en problemas de la infancia y la Adolescencia

Tercera Cohorte

Asesor:

MAURICO FERNÁNDEZ ARCILA

Doctor en Psicoanálisis y Psicopatología Fundamental

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOANÁLISIS
MEDELLÍN
2018-2019

Tabla de contenido

Introducción	1
1. Inclusión vs etiquetamiento	5
1.1 Los diagnósticos en la entidad escolar.....	7
1.2 Pregunta.....	15
1.3 Objetivos	15
2. La perspectiva de los DSM	17
2.1 Las clasificaciones de las enfermedades.....	17
2.2 La conceptualización de trastorno.....	22
2.3 Aproximaciones críticas al DSM	25
3. El TDAH, del DSM al psicoanálisis	31
3.1 El déficit atencional y el DSM.....	31
3.2 Enfoque psicoanalítico de la psicopatología	37
3.2.1 Psicoanálisis y Psiquiatría	37
3.2.2 Formación de síntoma	38
3.2.3 La psicopatología infantil.....	39
3.3 Interrogando la etiología del TDAH.....	42
3.3.1 ¿Un modelo para las múltiples determinaciones?.....	43
3.3.2 El filtro de estímulos y el entorno	45
3.3.3 La angustia y el TDAH	48
3.4 Críticas al TDAH	50
4. Exposición de un caso ilustrativo	55
4.1 Historia.....	55
4.2 Contexto familiar	56
4.3 Motivo de consulta	56
4.4 Hallazgos.....	57
4.5 Análisis.....	58
Conclusiones	61
Referencias	65

TDAH: DEL DIAGNÓSTICO DSM AL ENFOQUE PSICOANALÍTICO

RESUMEN

El sistema educativo comprende un conjunto de prácticas reguladas institucionalmente que buscan una formación igualitaria, para que los estudiantes desarrollen comportamientos y esquemas de autorregulación y aprendizaje que encajen con las expectativas sociales. Sin embargo, existe un subgrupo de alumnos con diferentes formas de comprender y comportarse, por fuera de dichos patrones, y que deben someterse, por requerimiento institucional, a un diagnóstico médico basado en las categorías del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM). En consecuencia, en esta monografía se examina la práctica diagnóstica de los llamados “trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad-impulsividad” (TDAH) y los efectos que ella tiene en los estudiantes y en el proceso de educación inclusiva. Se inicia con unas sencillas estadísticas que muestran la prevalencia del TDAH en la institución en la que labora la autora. Seguidamente se presenta un rastreo histórico acerca de la constitución del DSM y de la definición de “trastorno”, acompañado de algunas críticas que se han realizado a dicho Manual estadístico. Para formular y reunir estas críticas se revisaron estudios de otros autores y se recurrió también a elementos teóricos de la psicopatología infantil psicoanalítica. Por último, estos cuestionamientos se ilustraron con un caso, en el que se muestra la necesidad de considerar las interacciones familiares, pasadas y presentes, en las que el niño se ha desarrollado, así como su psicodinámica personal, para entender el origen y el sentido de los cambios de conducta del llamado TDAH, más allá de una definición meramente descriptiva.

Palabras claves: entorno educativo, TDAH, psicopatología infantil, DSM, diagnóstico, psicoanálisis.

ADHD: FROM DSM DIAGNOSIS TO PSYCHOANALYTICAL APPROACH

ABSTRACT

The educational system comprises a set of practices regulated institutionally that are oriented to an egalitarian training, with which students are expected to develop behaviors and self-regulation and learning schemes that fit with social expectations. However, there is a subgroup of students with different ways of understanding and behaving, outside these patterns, and who must undergo, by institutional requirement, a medical diagnosis based on the categories of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Consequently, this monograph examines the diagnostic practice of the so-called “attention deficit disorders with or without hyperactivity-impulsivity” (ADHD) and the effects that it has on students and the process of inclusive education. It begins with simple statistics that show the prevalence of ADHD in the institution where the author works. It continues with a historical survey of the constitution of the DSM and the definition of “disorder”, accompanied by some criticisms that have been made of the Statistical Manual. To formulate and gather these criticisms, studies by other authors were reviewed and theoretical elements of psychoanalytic child psychopathology were also used. Finally, these questions were illustrated with a case, which shows the need to consider family interactions, past and present, in which the child has developed, as well as his personal psychodynamics, to understand the origin and meaning of the behavioral changes of the so-called ADHD, beyond a purely descriptive definition.

Keywords: educational environment, ADHD, child psychopathology, DSM, diagnosis, psychoanalysis.

Introducción

El presente trabajo se basa en la experiencia de su autora en Instituciones Educativas de carácter oficial de la ciudad de Medellín, en las que se ha desempeñado como “Profesional de Apoyo Pedagógico”. Puede decirse que tradicionalmente en estas entidades el proceso educativo ha sido diseñado para homogenizar el aprendizaje, para responder a pruebas estales que miden el conocimiento y para examinar a sus estudiantes a través de una clasificación diagnóstica. En cambio, el enfoque de educación inclusiva, que se le propone desarrollar al Profesional de Apoyo Pedagógico, se orienta a organizar los procesos de enseñanza-aprendizaje de tal manera que reconozcan, valoren y respondan permanentemente a la diversidad de características, intereses, posibilidades y expectativas de los alumnos, independientemente de su condición diagnóstica o de sus necesidades educativas especiales.

La asistencia y permanencia de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales en todos los grados de la educación primaria y secundaria de los colegios oficiales del país, se ha determinado siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Educación Nacional (MEN) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) [en inglés: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization]. Ahora bien, este enfoque de educación inclusiva, toma como insumo los diagnósticos de niños y adolescentes realizados según las pautas del “Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades” (DSM), que es una herramienta para la identificación de los diversos trastornos mentales que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por esta razón, el presente escrito estudiará algunos aspectos de la evolución del contenido de dicho Manual Diagnóstico, y su relación con la Clasificación Internacional de Enfermedades

(CIE), así como el desarrollo de la definición del término “trastorno” en sus diferentes versiones sucesivas.

Luego de realizar este acercamiento descriptivo, se pasará a tomar en cuenta algunas de las críticas que desde diversas perspectivas se han hecho a los criterios y procedimientos establecidos en dicho Manual para determinar los cuadros patológicos, su atención y su tratamiento.

En función de la experiencia profesional ya mencionada se prestará especial atención a aquellos diagnósticos relacionados con las alteraciones del comportamiento que, según dicho Manual, se presentan con mayor frecuencia en niños y adolescentes desde los 5 hasta los 18 años de edad, pertenecientes al contexto educativo. Estos cuadros comprenden, en su mayoría, alteraciones de “origen cerebral”, en las que se destacan síntomas relacionados con la pérdida de atención, la regulación del comportamiento, bajo rendimiento académico y respuestas psicológicas y sociales que afectan en gran medida al sujeto y al entorno en el que se desenvuelve. Además, en vista de que en el espacio en el que se desempeña la autora se detecta con alta frecuencia el Trastorno de Déficit de Atención, éste será objeto de una reflexión más extensa y específica.

Dado entonces el interés que reviste este grupo particular de trastornos, en este estudio se hará una especial reflexión sobre ellos. En esta dirección, una vez se haya determinado de manera más detallada cuál es el abordaje que se hace de ellos desde la perspectiva psiquiátrica basada en los síntomas manifiestos, se buscará identificar y reunir aquellas críticas generales hechas al DSM que sean trasladables o aplicables a esos trastornos de niños y adolescentes en particular, y a continuación se pondrá en consideración cómo el psicoanálisis comprende la configuración de los síntomas en general, y cómo desde esa misma perspectiva psicoanalítica se definen algunos

cuadros psicopatológicos concretos que parecen coincidir en buena parte con los casos usualmente diagnosticados y atendidos en el citado ámbito de trabajo profesional.

Ahora bien, la perspectiva psicoanalítica, brinda la posibilidad de comprender los procesos afectivos y cognitivos más allá de sus dimensiones conscientes y relacionarlos con otros factores inconscientes y biográficos. Así, por ejemplo, en el campo educativo, parafraseando a Freud, el encuentro entre el alumno y el profesor está marcado por identificaciones que producen muchos afectos, sobre la base de dos ejes fundamentales: agresividad/odio y amor. Según el autor los alumnos ingresan a la formación escolar con una actitud afectiva básica ya instalada en su personalidad que guía los procesos relacionales entre ellos y la figura de autoridad educativa (Freud, 1914b, pp. 247-250)¹.

En consecuencia, abordar desde el psicoanálisis estos trastornos comportamentales tan comúnmente registrados por los diversos profesionales del campo de la salud, brinda la posibilidad de construir una mirada diferente y proporciona nuevas herramientas de reflexión e intervención que pueden contribuir a liberar a estos individuos de esas titulaciones, convertidas en lastres que deben cargar durante toda su vida, y que les hacen perder su identidad, luego de “medirlos” con unos estándares homogeneizadores que propenden por ajustarlos a los cánones socialmente establecidos.

Por último, se consigna una bibliografía específica que puede servir de herramienta de estudio y de cualificación de la práctica profesional en el campo psico-educativo, y que puede

¹ Las referencias a los escritos de Freud se harán en adelante de acuerdo con la nomenclatura establecida en la bibliografía *“Escritos de Sigmund Freud, en orden de año de redacción, traducidos al castellano, incluye algunos hasta ahora inéditos y los publicados en las obras completas”*, elaborada en 2019 por el profesor Mauricio Fernández (Medellín: manuscrito Universidad de Antioquia).

ayudar a ampliar el panorama reflexivo crítico y a propiciar espacios de diálogo que generen nuevos constructos alrededor del tema.

1. Inclusión vs etiquetamiento

A lo largo de la historia, la educación se ha configurado como un sistema de pensamiento y un conjunto de prácticas que se encuentran reguladas por distintas organizaciones institucionalizadas, configuradas en torno a una serie de leyes, saberes e ideologías, que por medio de sus múltiples estrategias busca hacer posibles diferentes procesos de adaptación socio-cultural en niños y jóvenes, con la intención de generar una serie de relaciones favorables, armónicas y proyectivas, así como también un conjunto adecuado de niveles de desarrollo y progreso a nivel personal y social.

Por tanto, todo proceso educativo tiene por tarea ser generador de diversas habilidades personales en niños y jóvenes que los lleve a fortalecer esquemas de autocontrol, autodirección y autorregulación. Sin embargo, en la práctica en terreno muestra que esto no es fácil de lograr, puesto que las dinámicas de mundo que se suscitan dentro de las diferentes escuelas siempre son diferentes, debido a las complejas interacciones interpersonales e institucionales que se tejen en pro del proceso de enseñanza y de aprendizaje, y a la confrontación de las formas de comprensión e interpretación del mundo de cada uno de los sujetos que asisten a ella.

A pesar de las evoluciones en el sistema educativo a lo largo de la historia, en la actualidad aún se continua con la misma configuración de hace 30 años, en cuanto a la estructura de las normas, la jerarquización de los roles, las dinámicas y prácticas educativas. Se siguen indicando las diferentes manifestaciones y comportamientos que tienen los estudiantes, a través de mecanismos de marginación, segregación y señalamiento sociales. Por lo tanto, es comprensible que en función de ello se generen o se reconozcan, entre otros: personalidades activas y críticas,

comportamientos inapropiados respecto de la norma o debilidades en la adquisición del aprendizaje.

Estas manifestaciones se han abordado desde ya hace algunos años, por medio de las clasificaciones diagnósticas que los diferentes profesionales del campo de la salud –neurólogos, psicólogos, psiquiatras-, otorgan apoyándose en los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales*², y usándolo como una herramienta de categorización de aquellos trastornos o patologías que emergen con la evolución de la sociedad.

Ahora bien, las diferentes versiones del DSM brindan herramientas para identificar un gran número de trastornos, pero dicha identificación diagnóstica no va más allá de una simple categorización sintomática que busca la tipificación y homogenización del estudiante y poco ayuda a pensar opciones terapéuticas, fuera del tratamiento farmacológico como alternativa principal, que favorezcan los procesos de enseñanza y aprendizaje en sus distintos contextos educativos. Por el contrario, en muchos de los casos, impiden analizar y confrontar las experiencias en el entorno educativo en cuanto a adaptabilidad, correlación, comprensión, análisis, razonamiento y formulación de procesos a nivel cognitivo, actitudinal, del hacer y en especial del ser.

A la luz de la propuesta de “educación inclusiva” cobra pues mucho sentido pensar el papel que tiene el DSM en la educación. Más allá de examinar las formas de reconocer la “alteridad” que presentan niños y adolescentes en su vida cotidiana, se hace necesario tener en cuenta que estos actores se insertan en una realidad educativa que está enmarcada actualmente por nuevas propuestas legislativas, las cuales buscan promover una mayor integración, dar paso a procesos de

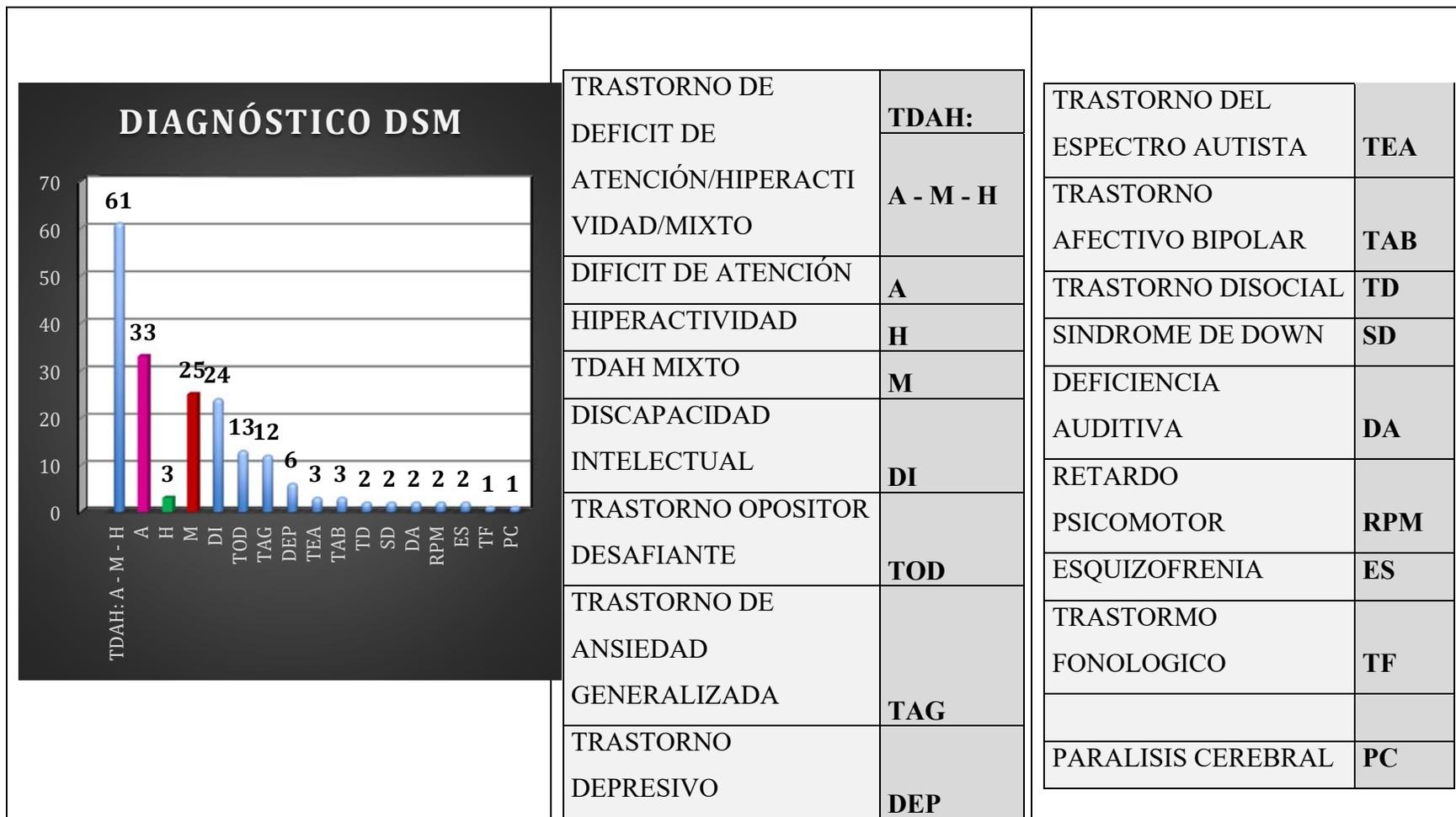
² Conocido como DSM por sus siglas en inglés (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), y configurado a través de sus diferentes versiones: DSM – I (1952) ; DSM – II (1968); DSM – III (1980); DSM – III-R (1987); DSM – IV (1994); DSM – IV-TR (2002), y DSM V (2013).

inclusión social en donde la patología sea atendida de acuerdo con los principios de equidad e igualdad, dejando así de excluir la anormalidad (todo aquella que está por fuera de los cánones socialmente aprobados). El logro de todos estos propósitos implica, por tanto, nuevas formas de sensibilización, de racionalidad, comprensión y configuración de realidades, a nivel emocional, actitudinal, procedimental y conceptual.

1.1 Los diagnósticos en la entidad escolar

En la Institución Educativa Pública donde labora la autora, se reciben 1.116 estudiantes en dos jornadas (mañana y tarde), en los niveles de secundaria (bachillerato y media técnica), básica primaria y preescolar. Dentro de esta población el 5,4 % (61) de los estudiantes presenta alguna de las “alteraciones diagnósticas” enmarcadas en 4 categorías principales: discapacidad intelectual, discapacidad mental psicosocial, autismo y discapacidad física. Como se observa en el gráfico, la que presenta mayor prevalencia es el Trastorno de Déficit de atención/ hiperactividad (TDAH. Se han desglosado y representado de manera independiente las tres subcategorías diagnósticas de este trastorno, a saber: con déficit de atención, con hiperactividad-impulsividad y mixto. Puede constatar que, en la población estudiantil atendida por la profesional autora de este trabajo, predomina el trastorno por déficit de atención, seguido por el trastorno mixto.

Ahora bien, la importancia cuantitativa de dicho diagnóstico en particular, además de las dudas sobre los efectos generados por los procedimientos generales de diagnóstico que se acostumbran en dichos ámbitos, justifica que se lo haya elegido como eje de reflexión en torno al cual se desarrollará esta monografía.



TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD/MIXTO	TDAH:
DIFICIT DE ATENCIÓN	A - M - H
HIPERACTIVIDAD	A
TDAH MIXTO	H
DISCAPACIDAD INTELECTUAL	M
TRASTORNO Opositor DESAFIANTE	DI
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	TOD
TRASTORNO DEPRESIVO	TAG
	DEP

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	TEA
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	TAB
TRASTORNO DISOCIAL	TD
SINDROME DE DOWN	SD
DEFICIENCIA AUDITIVA	DA
RETARDO PSICOMOTOR	RPM
ESQUIZOFRENIA	ES
TRASTORNO FONOLÓGICO	TF
PARALISIS CEREBRAL	PC

TABLA 1. REPERTORIO DE DIAGNÓSTICOS

Como muestra la gráfica, dentro de la población seleccionada se han reportado 63 estudiantes con trastornos, 61 de los cuales se los incluye en alguna de las subcategorías del TDAH.

La mayor prevalencia en todas las subcategorías del TDAH se presenta en el género masculino, mientras que en el género femenino la subcategoría con la mayor prevalencia, y casi igual a la de los hombres, es la del déficit de atención (TDA). En las niñas, además, no se presentan casos en la subcategoría con sólo hiperactividad y en ellas apenas hay 6 casos del tipo mixto.

De todos los diagnósticos de TDAH solamente 13 no presentan comorbilidad, mientras que los 48 casos restantes se asocian en su mayoría con la discapacidad intelectual, el trastorno opositor desafiante (= trastorno mixto de la conducta) o el trastorno de ansiedad generalizada.

IDENTIFICACIÓN				TDAH			SIN COMORBILIDAD
No.	GENERO			A	H	M	
	ED	F	M				
	AD						
1	7		X				
2		X					
3	9		X				
4			X				
5	10		X				
6	11		X				
7	12		X				
8		X					
9	13		X				
10			X				
11		X					
12	14		X				
13	15		X				
TOTAL				1			
		3	0	6	2	5	

TABLA 2. TDAH

IDENTIFICACIÓN			TDAH			COMORBILIDAD				
No.	GENERO		A	H	M	DI	TOD	TAG	DEP	No. DX
	EDAD	F								
1	7	X	X					X		2
2		X			X					1
3	8	X			X		X			2
4	9	X	X			X				2
5		X	X			X				2
6	10	X			X			X	X	3
7	11	X	X			X				2
8		X	X					X		2
9		X			X		X			2
10		X	X			X				2
11		X	X			X				2
12	12	X	X							1
13		X	X							1
14	13	X	X							1
15	14	X			X	X				2
16	15	X	X			X				2
17		X			X	X				2
18		X	X			X				2
19		X	X			X				2
20	16	X	X						X	2
TOTAL		20	14	0	6	10	2	3	2	

TABLA 3. COMORBILIDAD EN MUJERE

IDENTIFICACIÓN		TDAH				COMORBILIDAD				
No.	GENERO		A	H	M	DI	TOD	TAG	DEP	No. DX
	EDAD	M								
1	5	X								1
2		X								1
3	6	X								2
4	7	X								2
5		X								2
6		X								2
7	8	X								1
8		X								2
9	9	X								2
10		X								1
11		X								1
12		X								2
13	10	X								1
14		X								1
15		X								3
16		X								3
17		X								1
18		X								1
19	11	X								2
20		X								3
21		X								1
22	12	X								3
23		X								3
24		X								2
25		X								2
26		X								1
27		X								2
28		X								2
29	13	X								1
30		X								1
31	14	X								1
32		X								4
33		X								3
34		X								2
35		X								3
36		X								3
37	15	X								2
38		X								2
39		X								1
40	16	X								2
41	17	X								2
TOTAL		41	19	3	19	14	10	8	4	

TABLA 4. COMORBILIDAD DEL TDAH EN HOMBRES

La tasa más alta en dichas comorbilidades se encuentra relacionado con agrupa en 4 de las categorías diagnósticas presentes:

- Discapacidad intelectual: presente en un 48.48% de los casos junto con el trastorno de TDAH inatento.
- Trastorno opositor desafiante: presente en un 32% de los casos junto con el trastorno de TDAH mixto, relacionándose con el trastorno mixto de la conducta.
- Trastornos de ansiedad: presente en un 19.67% de los casos junto con el trastorno de TDAH. Los trastornos de ansiedad (angustia, obsesivo compulsivo, bipolar, ansiedad generalizada, depresión)
- Trastorno depresivo: presente en un 9.84% de los casos junto con el trastorno de TDAH

El TDAH y sus comorbilidades se convierten, dentro del entorno educativo, en un “problema o enfermedad” significativa de los estudiantes, debido a que, según criterios docentes, se hace evidente en el aula de clase que los comportamientos de estos chicos afectan los niveles y progresos académicos, convirtiéndose en una carga para los procesos de desarrollo y atención educativa.

				DI	TOD	TMC	TAG	DEP	-	
♀	TDAH	A	14	8			2	1	3	
		H	0							
		M	6	2	2		1	1	1	
				10	2	0	3	2	4	subtotal
♂	TDAH	A	19	8	4		2	1	7	
		H	3				1		2	
		M	19	6	6		5	2	3	
				14	12		8	4	12	subtotal
♀ ♂				DI	TOD	TMC	TAG	DEP	-	
			61	24	12	3	11	6		totales

TABLA 5

Por tanto, el interés que yace, al estudiar los “trastornos de Déficit de Atención” desde una mirada psicoanalítica obedece al deseo de generar una reflexión más crítica y fecunda sobre la práctica pedagógica y la influencia de los aportes psiquiátricos y médicos en atención educativa contemporánea. El hacer una lectura de la aplicación del DSM en el contexto educativo en diálogo con el psicoanálisis abre una discusión sobre si los diagnósticos que se le asignan por “x” o “y” patología a un niño o adolescente corresponde a causas latentes de su desarrollo o más bien, a manifestaciones emocionales, sentimentales y formas de pensar que les impide ser parte activa y productiva en el entorno socio cultural al que pertenecen, debido a nominaciones que producen pseudoidentidades y que llevan a una doble marginación en circunstancias y oportunidades que se les debe brindar a los niños y jóvenes en sus diversas realidades.

1.2 Pregunta

En resumen, el propósito de esta monografía podría expresarse condensadamente en la siguiente pregunta:

¿Qué implicaciones tiene el uso que actualmente se hace, de los diagnósticos basados en el DSM, asignados a los niños y adolescentes que asisten al contexto escolar, particularmente los relacionados con la categoría “Trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad-impulsividad” ?

1.3 Objetivos

Objetivo general. Reflexionar acerca de los efectos que tienen en el medio escolar el uso de las categorías diagnósticas del DSM, enfatizando el acercamiento a los llamados “trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad-impulsividad” (TDAH), dado que estos son los diagnósticos más recurrentes dentro del contexto escolar.

Objetivos específicos.

- Determinar la evolución y las definiciones de las categorías de “trastorno” y “trastorno de comportamiento” en las cinco versiones del DSM.
- Sintetizar algunas de las críticas que desde los puntos de vista epistemológicos y psicoanalíticos se han realizado a la metodología y a las conceptualizaciones del DSM.

- Definir y seleccionar algunos conceptos psicoanalíticos relacionados con la visión de lo psicopatológico, que pueden aplicarse a las manifestaciones sintomáticas relacionadas con de los “trastornos de comportamiento”.
- Exponer y analizar caso de un niños escolarizados con diagnóstico de “trastorno de comportamiento”, con el fin de ilustrar y reflexionar sobre las diferencias teóricas, metodológicas y axiológicas, existentes entre las pautas del DSM y las fundamentadas en el psicoanálisis, cuando se aplica a dichos trastornos.

2. La perspectiva de los DSM

En el campo Educativo, el profesional de psicopedagogía es la persona encargada de atender, dentro de una amplia gama, las dificultades a las que se enfrentan los niños y adolescentes que han sido diagnosticados por el sistema de salud médico-psiquiátrico, a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (**DSM**). A primera vista, desde una perspectiva de la salud mental, este Manual pareciera adecuadamente orientado para responder a la necesidad de homogenización social. Sin embargo, la aplicación del DSM en los diversos contextos de interrelación de los individuos, lo pone en entredicho; sus dudosos impactos y la falta de claridad a la hora de configurar un tratamiento o un diagnóstico, deja más aristas y oscuridades que esclarecimientos.

Para tratar de entender la fuerte implantación y adhesión de dicho Manual en nuestro sistema de salud oficial, trataremos de comprender algunos aspectos de la historia de su surgimiento, así como indagar sobre la evolución de los criterios de definición del término “trastorno” en general. Más adelante se abordará esta misma reflexión, pero sobre la base de algunos trastornos específicos, frecuentemente hallados en la práctica de la autora de esta monografía.

2.1 Las clasificaciones de las enfermedades

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales* conocido como DSM por sus siglas en inglés (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es un manual psiquiátrico de diagnóstico que busca definir y reunir las sintomatologías típicas de acuerdo con categorías o grupos homogéneos.

Por “clasificar” se entiende elaborar: “un conjunto exhaustivo de categorías mutuamente excluyentes para agregar datos en un nivel de agregación predefinido para un propósito específico” (Gómez, 2015, p 66). Es decir, una clasificación comprende un conjunto de conceptos organizados que se vinculan entre sí y sirven para establecer información estadística, estudios descriptivos o investigaciones.

Este accionar clasificatorio ha tenido un origen histórico:

La clasificación nace en Grecia, en el siglo IV antes de Cristo, con el agrupamiento que realizó Hipócrates de las enfermedades psicológicas que se presentaban en la época, tales como la manía y la melancolía. Barrio (2009) Esta clasificación se mantuvo a través de Galeno (I d.C.) hasta el Renacimiento y la introducción por Barrough de una tercera categoría: la Demencia. En el siglo XVIII, Kant en su *Antropología* y Pinel en la *Nosología Filosófica* ampliaron y matizaron la clasificación. Distinguieron dos clases de manía (con y sin delirio), conservaron la Melancolía y la Demencia y añadieron la Idiocia. (Barrio, 2009, p. 82).

Aunque desde el inicio de la historia de la Medicina ha sido norma general clasificar las patologías, puede señalarse -con una cierta prudencia y obviando numerosas y necesarias aportaciones previas- que las actuales clasificaciones psiquiátricas comienzan a originarse en Francia, hacia finales del siglo XVIII. En aquellos años imperaban las clasificaciones que seguían los cánones de las taxonomías empleadas para la zoología y la botánica... (Pacheco, Padró, Dávila, Álvarez y Gómez, 2015, pp 82-83).

Ya para 1880 la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece a nivel mundial 7 categorías diagnósticas: manía, melancolía, monomanía, parecía, demencia dipsomanía epilepsia, las cuales se consolidan como enfermedades propiamente mentales en 1948, con la publicación del CIE 6.

Estos movimientos clasificatorios generaron en el ámbito de la salud, a partir del año 1853, la necesidad de crear un instrumento que permitiera tanto a médicos, psicólogos como psiquiatras contar con un sistema clasificatorio único y con definiciones uniformes. Se buscaba con ello responder a las numerosas dificultades que la falta de unidad en las definiciones y en la metodología implicaban para el estudio e intercambio internacional de información entre los diferentes profesionales de la salud mental. Se planteaban serios problemas a la hora de determinar las características patológicas y generar datos estadísticos sobre la población, lo que llevó a que la Organización mundial de la salud (OMS) ofreciera la posibilidad de elaborar en cada país, según sus necesidades, su propio manual de clasificación.

Es entonces en respuesta a estas necesidades, que el trabajo unificado de la Asociación estadounidense de psiquiatría (APA) y la Academia de Medicina de Nueva York, da lugar a la creación y publicación, en 1952, de la primera versión del DSM.

El DSM-I apareció como una recopilación del IDC-6 (1948) y de la mano de dos personalidades Meyer (psiquiatra organicista) y Menninguer (psicoanalista), además de la colaboración de los psiquiatras del Ejército y los médicos del NIMH. Hubo colaboración de dos instituciones y dos fuerzas vivas de la época. Ello condicionó su orientación multidimensional; por eso se ha dicho que el DSM es «aconfesional» y se funda en el consenso de expertos (Barrio,2009, p. 84)

En esta edición solamente se consideraron los factores etiológicos de carácter orgánico (hereditarios, metabólicos, endocrinos, alteraciones cerebrales) tal y como se había determinado desde la OMS en las categorías diagnósticas del CIE 6 para establecer tanto la anormalidad en las personas con comportamientos inadecuados como su abordaje, a través de tratamientos psicofarmacológicos.

Desde entonces, el manual diagnóstico ha sido revisado, complementado, actualizado y mejorado con nuevos agrupamientos, que buscan clasificar los diferentes niveles de severidad de

los trastornos, la edad de comienzo, la duración, la incidencia y la prognosis a través de un sistema multiaxial. Una síntesis de esta evolución de sus diferentes versiones: (DSM – I (1952), DSM – II (1968), DSM – III (1980), DSM – IIIR (1987) Y DSM – IV (1994) Y DSM – IV-TR (2002). DSM V (2013), puede visualizarse en la tabla de la página siguiente.

TABLA 6							
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS							
MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE DESÓRDENES MENTALES (DSM)							
DEFINICIÓN:	Herramienta basada en categorías diagnósticas que contiene descripciones, síntomas y otros criterios para identificar trastornos mentales.						
MANUALES:	DSM I (1952)	DSM II (1968)	DSM III (1980)	DSM III R (1987)	DSM IV (1994)	DSM – IV-TR (2000)	DSM V (2013)
CAMBIOS IMPORTANTES:	Basado en un modelo de reacción psicobiológica. Con 43 grupos categóricos	Basado en conceptos retrospectivos con fundamentos psicoanalíticos. con 29 grupos categóricos	Basado en un modelo Categorical en 5 ejes distribuidos Con 11 grupos categóricos	Basado en la Evaluación multiaxial en 5 ejes distribuidos Con 18 grupos categóricos	Basado en la Evaluación multiaxial en 5 ejes distribuidos Con 17 grupos categóricos	Basado en la Evaluación multiaxial en 5 ejes distribuidos Con 17 grupos categóricos	Basado en una equiparación por lo que hay una reorganización de los ejes quedando en 3. Con 22 grupos categóricos
GRUPO CATEGÓRICO:	es un conjunto de categorías (códigos) que corresponden a una enfermedad o criterio diagnóstico relacionada con un órgano o comportamiento del individuo. (CIE)						
BASADO EN:	CIE-6 (1948)	CIE-8 (1965)	CIE-9 CM (1978)	CIE-9 CM (1978)	CIE-10 (1992)	CIE-10 (1992)	CIE-10 (1992)
FUNDAMENTOS :	PSICOANALÍTICAS PSIQUIÁTRICAS PSICOLÓGICAS			PSIQUIÁTRICAS PSICOLÓGICAS			
CONCEPTO:	TRASTORNO (DISORDER) MENTAL: es un síndrome o un patrón de origen orgánico que posee un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (distress) o deterioro cerebral. (APA 1983)			TRASTORNO (DISORDER) MENTAL: “es un síndrome caracterizado por una perturbación clínica significativa de la cognición, regulación emocional o conducta, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo, que subyacen al funcionamiento mental” (DSM V. 2013)			

2.2 La conceptualización de trastorno

A través de su historia, el DSM ha estado determinado por factores históricos y culturales que han incidido en las conceptualizaciones sobre el uso, la significación, la comprensión e interpretación que puede tener la palabra *trastorno*.

Para las primeras tres versiones del DSM se define el **trastorno (disorder) mental** como “un síndrome caracterizado por una perturbación clínicamente significativa del conocimiento, la regulación emocional o la conducta de un individuo, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o evolutivos que subyacen al funcionamiento mental” (APA,2013, 20; citado por Carpintero, 2015, p. 7)

Lo que lleva al DSM a basar su mirada no solo en la fisiología o la anatomía del cuerpo, sino también en las actitudes que presenta el individuo a lo largo de su desarrollo psicológico.

El DSM II no modifica la naturaleza y causas del trastorno, pero comienza a tener en cuenta algunas alteraciones del comportamiento, derivadas de dificultades cognitivas y emocionales que requerían distinguir la presencia de conceptos retrospectivos para comprender la patología.

En el DSM III se amplía la visión de lo que es un trastorno, al tener en cuenta otras dimensiones del desarrollo. En consecuencia se lo define como: “...un síndrome caracterizado por una perturbación clínica significativa de la cognición, regulación emocional o conducta, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo, que subyacen al funcionamiento mental” (DSM V, 2013, sección II), lo que dio apertura en el DSM-III-R a la posibilidad de considerar en el individuo la presencia de múltiples trastornos de carácter psicológico, los cuales requerían ser evaluados de manera multiaxial. Para establecer un

diagnóstico más preciso, el paciente entonces debía ser evaluado teniendo en cuenta factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Un sistema multiaxial es un modelo biopsicosocial, que aborda un ámbito distinto en el desarrollo humano, entre ellos: el biológico, psicológico y socio cultural. El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación global y sistemática, expresada en ejes que brindan mayor claridad diagnóstica al permitir un abordaje integral del paciente. (Campo,2003, p. 32).

En el DSM-IV se da un declive significativo. Se pasa a concebir los trastornos mentales solo como factor orgánico y se fortalece la idea de trastorno como equiparable a enfermedad mental cognitiva y emocional. Por ello deben tenerse en cuenta los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones y las emociones como factores que influyen en el comportamiento humano.

El DSM-IV-TR añade algunas precisiones referentes a los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia como son: retraso mental, trastorno del aprendizaje, trastorno de habilidades motoras y trastorno generalizado del desarrollo.

En el DSM V se mantiene el concepto de trastorno antes mencionado, pero se hacen cambios significativos en algunas de sus categorías, así: desaparece el “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” y se incluye una nueva categoría de trastornos neurológicos, en la cual se sustituye la denominación de retraso mental por la de discapacidad intelectual; aparece la categoría de “retraso global” para niños menores de 5 años; en el “Trastorno de espectro autista” se engloban todos los trastornos generalizados del desarrollo, y la categoría de *Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad* (TDAH) se divide en: Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad, Presentación combinada, Presentación con falta de atención, Presentación hiperactividad/impulsividad, Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad especificado,

Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad no especificado. Con lo cual se amplía la posibilidad de cobijar muchos más individuos dentro del TDAH.

Como se ha podido observar, a través de las diferentes versiones del DSM el significado cambiante del término “trastorno” ha dado pie a diferentes abordajes de las enfermedades mentales, conduciendo a crear nuevas clasificaciones o extensiones de las anteriores categorías. Ello también influye en la configuración de los saberes psiquiátrico, psicológico o médico de cada época.

No obstante, y como el mismo Manual Estadístico lo plantea, la conceptualización de trastorno presenta una serie de falencias no solamente en el uso que se le brinda sino en el sentido que se le otorga. Al respecto se plantea en el DSM IV:

El término «trastorno mental» implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo) (...) El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. (...) En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. (p. 21)

Se puede inferir entonces que el concepto de trastorno del DSM sigue tomando tanto factores biológicos como psicológicos. Como se dice en el DSM IV “lo que realmente hace es clasificar los trastornos” no a las personas que los padecen. Esto significa que se dejan de lado aspectos relevantes del desarrollo humano, los cuales requerirían otro tipo de análisis, otra forma de abordar la comprensión e interpretación de aquellas vivencias que puede generar un cambio en el cuerpo o una transformación de la conducta de niños y adolescentes, y otra manera de identificar

factores que eventualmente potencien su desarrollo social, intelectual y emocional en los diferentes contextos socio-culturales.

2.3 Aproximaciones críticas al DSM

Después de analizar la conformación y evolución del DSM desde sus inicios, es importante proponer una mirada crítica desde una concepción que no desatienda a las diferentes formas de comunicación y expresión con las que el ser humano articula sus dimensiones existenciales propias y las de otros.

El DSM es uno de los instrumentos más usados en el campo de la salud para nominar las necesidades y trastornos mentales que se presentan en la población en general; como sistema de clasificación, como lenguaje común para la clasificación de la enfermedad mental de niños, jóvenes y adultos, invita a reflexionar sobre la validez y pertinencia de sus finalidades sociales y terapéuticas.

La clasificación del DSM introduce un esquema que normaliza los comportamientos y los ajusta a las necesidades establecidas socialmente, combatiendo lo diferente como “patológico”.

La medicalización impone una tecnología del manejo de sí y el manejo del cuerpo y alma de los otros en las esferas pública y privada. Se torna oficial e imperioso un discurso médico cargado de finalidades pretendidamente "higiénicas" (sanitarias) que, en nuestro caso, el de la psiquiatría y disciplinas adláteras, designa como trastornos y enfermedades a lo que se aparta de ciertas reglas de comportamiento y de relación con el propio cuerpo (Braunstein, 2013, p.33).

La multiplicación de diagnósticos a través de las co-morbilidades, reduce la cantidad de comportamientos normales dentro del contexto social y político. Por otra parte, este espíritu de normalización se opone al reconocimiento de la diversidad, o sea, que va en contravía de los

procesos inclusivos en los contextos educativos. Como consecuencia de la influencia del DSM, en estos ámbitos también se busca agrupar los comportamientos de inquietud, desorden, indisciplina, confrontación y falta de control emocional a través de denominaciones que marginan al poseedor de un trastorno clínico, generando estigmas, estereotipos y prejuicios sociales.

La conformidad con ‘lo esperado’ según las normas de la cultura será sinónimo de salud; la impugnación, de enfermedad. Se trata de dos usos o dos realidades de ‘la norma’: por una parte, a) la norma que se opone a la irregularidad y el desorden –perteneciente, más bien, al campo del derecho; por otra parte, b) la norma como lo que se opone a lo patológico y lo mórbido convertido en ‘morbo’, que se inscribe en el campo de la medicina. La psiquiatría queda incluida en el espacio entre las dos normas y en cada una de ellas pone un pie que le sirve de apoyo. Por eso no necesita esas pruebas ‘objetivas’ de ‘enfermedad’ que se exigen en medicina general (Braunstein, 2013, p. 91-92)

Pero la crítica a los DSM no se agota en su nefasto sistema de “etiquetamiento”, que introduce un esquema de normalización de comportamientos, o en la inflación de los diagnósticos.

También puede reconocerse en ellos la falta de validez científica, como se ha identificado en la práctica, en la que muchas veces se ha diagnosticado a niños y jóvenes, con un trastorno bipolar justo después de una pérdida paterna, sin tener en cuenta que esa situación de dolor genera una alteración en el estado de ánimo, que produce cuadros depresivos duraderos, pérdida de interés en personas, actividades y lugares, alteraciones en el sueño y el apetito y por consiguiente alteraciones en las habilidades de pensamiento. En palabras de Braunstein (2013):

Habrá que reconocer, dentro del propio sistema clasificatorio, que, a lo largo de la corriente vital y sometidos al juicio de "expertos", los individuos entran y salen de los distintos "diagnósticos" y que un día son normales, otro depresivos, otro angustiados. O sufren manifestaciones "somatiformes" (Braunstein, 2013, p. 106).

Esto significa que, en el marco del DSM, algunas alteraciones emocionales que acompañan necesariamente ciertas “crisis” en la existencia, tienden a ser categorizadas, sintomatizadas y patologizadas.

...la psicopatología no consiste en entidades mórbidas discretas como las que se numeran y letrifican en la CIE y en el DSM, o la psicopatología sí consiste en entidades discretas pero no son las que se reflejan en las actuales categorías diagnósticas, o la naturaleza de la psicopatología es intrínsecamente heterogénea consistiendo a veces en "enfermedades", a veces en "reacciones" inadaptadas pero comprensibles o poco o nada comprensibles o a medias adaptadas y a medias no... porque no se sabe cuál sería la reacción normal o en "síndromes" o en "trastornos", etc., y las diferencias entre normalidad, neurosis, variaciones personales, síndromes reactivos, "estados transitorios", dificultades vitales pasajeras y permanentes, alteraciones vinculadas a la cultura o cualquier intento de poner orden en medio de los desórdenes está condenado al fracaso porque no se ha entendido qué es lo que hay que clasificar (Braunstein, 2013, p. 107-108).

En otras palabras, el DSM carece del componente científico esencial para fundamentar sus diagnósticos. Hacer reposar el análisis en patrones sintomáticos de carácter fisiológico que apuntan a una disfunción social (que no se sabe si es propia o es el resultado de un contexto social que favorece la expresión de esos síntomas), y que debe ser contenida de forma rápida y “efectiva”, por ser menos dispendioso y mucho más rentable para los sistemas económicos de las políticas globalizadoras, deja de lado la realidad humana como centro de la “enfermedad” o del “trastorno”.

Este manual diagnóstico, sin embargo, además de proporcionar criterios diagnósticos, también establece el uso de medicamentos como medio de tratamiento para ellos. Los tratamientos con psicofármacos, como se les suele denominar en el campo médico-psicológico (psicología-psiquiatría), buscan reducir los signos y síntomas del comportamiento inadecuado (impulsivo, agresivo, desafiante, con bajo nivel de frustración, desordenado e inquieto) que impiden el aprendizaje en niños y adolescentes que padecen una “psicopatología”. Se olvida que no siempre

cada comportamiento, es producto de una enfermedad, sino que pueden ser producto de las circunstancias, las realidades o los problemas de adaptación.

En la discusión del nuevo DSM-5 se pusieron en evidencia las maniobras de los laboratorios para aumentar la "cobertura" engrosando la cantidad de diagnósticos y bajando los umbrales. El escándalo público desencadenado por los rumores consiguió que se anulasen categorías que ya estaban decididas como la de "riesgo de psicosis" que hubiera permitido tratar con (peligrosos) neurolépticos a decenas de miles de jóvenes cuando no niños y adultos que recibiesen ese diagnóstico (Braunstein,2013, p. 108)

De manera semejante, desde el DSM el desarrollo psicológico del niño se examina de acuerdo a estados neurobiológicos, más que de estados propiamente psíquicos, que luego son abordados con psicofármacos, la mayoría de las veces adictivos para quienes los consumen.

Se puede decir entonces que los tratamientos psicofarmacológicos propuestos para las distintas categorías del DSM, no se prescriben solamente con la intencionalidad de contener, modificar y mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino que tras ellos se priorizan intereses lucrativos. Además estas agencias, como bien se conoce, tratan de brindar a los médicos que promocionan sus medicamentos algún tipo de reconocimiento o contribución económica, independientemente de su fidelidad al juramento hipocrático.

El manual es utilizado como guía para seleccionar "tratamientos" de dudosos cuando no peligrosos resultados (por ejemplo, anfetaminas recetadas a millones de niños hiperquinéticos), para decidir la distribución de servicios y beneficios, para adjudicar subsidios y becas y recursos a la "investigación", para estigmatizar a los diagnosticados y para determinar el lenguaje y las expectativas del personal subordinado y sometido a las estrategias del marketing de servicios y productos (Braunstein,2013, p. 111).

Braunstein (2013) atribuye dicha realidad a algunos conflictos de intereses:

Nadie se extrañó cuando se supo que los miembros del grupo de trabajo de la APA tenían intereses e inversiones en las compañías farmacéuticas. Fue entonces cuando pactaron que debían mantener un secreto absoluto sobre sus deliberaciones y que no podían recibir de los laboratorios de especialidades más de 10 000 dólares por año ni podían tener más de 50000 dólares en acciones. Esas restricciones operan mientras dure su participación en la

elaboración del manual. ¿Y después? ¿Qué sucede con la llamada “inside information” y la posibilidad de intervención de familiares, testaferros, etc.? ¿Puede alguien confiar en la apelación a la “cientificidad” de un documento que tiene esos vicios de confección? La elaboración del código ha tomado como prioridad lo que conviene a los miembros de la corporación y del dispositivo psi, incluyendo a las industrias que subvencionan la “investigación”, sostienen con sus anuncios a las publicaciones especializadas y disponen de un lobby de presión que funciona dentro y fuera de la asociación psiquiátrica (Braunstein,2013, p. 109).

Reflexionar sobre las realidades que encierran y rodean a los manuales diagnósticos, es una tarea de amplio alcance. Su intención declarada de aportar a la mirada investigativa y su aparente interés en cualificar la atención en salud pública — cuyas realidades afectan indudablemente la dimensión económica, psicológica y educativa, entre otros aspectos—, requiere un continuo ejercicio crítico para posibilitar tomar decisiones mejor informadas y orientadas, que hagan contrapeso a innegables intereses económicos y políticos de control y normalización social, los cuales se encubren bajo la aparente neutralidad de práctica diagnóstica.

3. El TDAH, del DSM al psicoanálisis

En los últimos años, en el campo educativo se ha venido incrementando el diagnóstico de la “alteración cognitiva” conocida como Déficit Atencional con Hiperactividad-Impulsividad (TDAH), que transversaliza las diferentes esferas del proceso de enseñanza aprendizaje de niños y adolescentes.

3.1 El déficit atencional y el DSM

A continuación, se resume en un cuadro la evolución del lugar categorial y de las definiciones que ha tenido el TDAH a lo largo de las diversas versiones del DSM.

VERSIÓN DEL DSM	BASE DE DESARROLLO :	CATEGORIA QUE CONTIENEN LOS TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO:	CLASIFICACIÓN TRASTONO DEL TDAH:
DSM I	Síndromes de origen orgánico debido a patrones de herencia, alteración metabólica o endocrina, o lesión Cerebral.	DESORDEN DE LA PERSONALIDAD SITUACIONAL TRANSITORIA	➤ Alteraciones de conducta
DSM II	Síndromes de origen orgánico debido a patrones de herencia, alteración metabólica o endocrina, o lesión Cerebral.	DESORENDES DEL COMPORTAMIENTO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	➤ Reacción hiperkinética de la infancia (o adolescencia).

DSM III/ DSM IIIR	Síndromes de carácter orgánico producidos debido a una disfunción lesiones o daños que afectan el cerebro de un modo directo y selectivo.	DOSORDENES DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	➤ Trastorno por déficit de atención conductual (manifiesto/ Hiperactividad)
DSM IV/ DSM IV-TR	Síndromes de base biológica y/o psicológica que se originan por aspectos físicos psicosociales o contextual. En este se elimina el término "trastornos mentales orgánicos" como base única	TRASTORNO DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA	➤ Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. - Tipo combinado - Con predominio del déficit de atención - Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
DSM V	Síndromes de base biológica y/o psicológica que se origina por aspectos físicos psicosociales o contextual.	TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO	➤ Trastornos por déficit de atención con Hiperactividad <ul style="list-style-type: none"> - Presentación combinada - Presentación con falta de atención - Presentación hiperactividad/impulsividad. - Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad especificado - Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad no especificado

TABLA 7

El TDAH, según el DSM en sus últimas dos versiones (DSM-4 1994 /DSM-5 2013) ha sido definido como: Trastorno de carácter neurobiológico y sintomático de origen en la infancia, que implica un patrón en el cual se dificulta mantener la atención voluntaria y sostenida y/o presenta alteraciones en la capacidad de ejercer control inhibitorio en las diversas actividades de su vida cotidiana y académicas. Definición para la cual, se conciben los siguientes como criterios diagnósticos:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):		
1. Inatención	2. Hiperactividad e impulsividad	Presentación combinada
<p>Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales</p> <p>a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades</p> <p>b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas</p> <p>c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente</p> <p>d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares,</p>	<p>Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales</p> <p>a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.</p> <p>b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado</p> <p>c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.</p> <p>d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.</p> <p>e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”</p>	<p>Si se cumplen el Criterio 1 (inatención) y el Criterio 2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.</p> <p>En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.</p> <p>Especificar la gravedad actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

<p>los quehaceres o los deberes laborales</p> <p>e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades</p> <p>f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido</p> <p>g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades</p> <p>h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos</p> <p>i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas</p>	<p>f. Con frecuencia habla excesivamente.</p> <p>g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta</p> <p>h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno</p> <p>i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros</p>	<p>○ Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.</p> <p>○ Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.</p>
<p>A. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.</p> <p>B. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos.</p> <p>C. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.</p>		
<p>Tomado con adaptaciones de: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.</p>		

TABLA 8

El origen de dicho trastorno neurológico se fundamentó, según Rafalovich (2000), en el estudio de condiciones comportamentales desviadas de niños antisociales, denominadas a lo largo de la historia con una gran diversidad de términos. Entre estos últimos, por ejemplo, a finales del siglo XIX se utilizó el término ‘imbecilidad’; a mediados del siglo XX ‘estupidez’ y desde 1920 a la actualidad, ‘encefalitis letárgica’; disfunción cerebral mínima, y en 1960 la categoría diagnóstica ‘Hyperkinesis’ (p. 93-99), la cual es asociada, según el autor a “bajo rendimiento en la escuela, extroversión extrema, arrebatos de comportamiento violento, incapacidad de ‘quedarse en la tarea’, robo, alteraciones en los patrones de sueño, moralidad inconsistente con la edad, y olvido” (p. 94).

En 1960 la psiquiatra infantil estadounidense Stella Chess estudia estudio el temperamento en niños disruptivo del niño y lo conceptualiza bajo el término `Síndrome del Niño Hiperactivo`, en la cual se separan los síntomas de la hiperactividad de la noción de lesión cerebral y se le adjudica a fallos en la paternidad. Dichos hallazgos posibilitan que, en el año 1968, en el DSM-II, se incluya por primera vez un cuadro sindrómico bajo el término “Reacción Hiperkinética de la Infancia”. (Orellana, s.f, p. 4)). A pesar de ello, en el manual DSM II se determina que “... en los niños, el daño cerebral leve a menudo se manifiesta por hiperactividad, corta capacidad de atención, fácil distracción e impulsividad” (DSM II, p. 32). Con ello, se establece la categoría de hiperactividad y se da lugar a otro tipo de investigaciones sobre las lesiones cerebrales que influían en las dificultades de estos niños y adolescentes para mantener la atención y para controlar los impulsos, los cuales configuran dicha patología.

Posteriormente, en el año 1994 el “Trastorno por déficit de atención conductual” es sustituido por “Trastorno de la Atención y del Comportamiento Perturbador” en el DSM IV, que incluía dos subcategorías: 1) trastorno por déficit de atención tipo combinado, con predominio del déficit de atención y 2) tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. A estas dos subcategorías, que se mantienen, se le suman, en la quinta versión del DSM, otras dos más: 1) Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad especificado, 2) Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad no especificado. De esta manera se posibilita atribuir la alteración a una dimensión específica de la categoría. Además, en esta quinta versión se contempla el diagnóstico de TDAH en adultos, incluyendo indicaciones específicas para ellos.

Otro aspecto relevante del TDAH dentro del campo educativo es su alta comorbilidad, la cual se entiende como “la coexistencia de dos o más trastornos en el mismo paciente” (Mellor y Aragona, 2009. p. 226). Basadas en la definición anterior estas mismas autoras expresan que en

el DSM existen diferentes trastornos que son independientes en teoría, pero que comparten signos y síntomas que los hace coexistir en diversas categorías diagnósticas que parten de realidades observables (Mellor y Aragona, 2009. p. 225).

En esta misma línea Artigas (2003), basándose en la teoría de Barckley plantea: El TDAH al ser un fallo en el sistema ejecutivo del cerebro es comórbido con trastornos que comportan las mismas alteraciones en las capacidades ejecutivas en cuanto al proceso inhibitorio, alteraciones en la capacidad visual les impide discernir imágenes, imitar y tener un sentido preciso del tiempo, el fallo en la memoria del trabajo verbal ocasiona dificultades para el acatamiento de la instrucción, seguimiento de la norma, comprensión de lo que oyen, leen o ven y solucionar problemas. Afirmación que en nuestro caso explicaría por qué los niños y adolescentes diagnosticados en la IE tienen en su mayoría más de un diagnóstico asociado a su trastorno base (Artigas, 2003, pp.68-72). (Ver Tabla I).

Todo este andamiaje sobre el TDAH, permite comprender que, en el campo de la salud mental, dicho trastorno se ha considerado desde una perspectiva biológica (disfunción de neurotransmisores en el cerebro) que requiere el uso de medicamentos para reducir los síntomas y estabilizar los procesos de la función ejecutiva referida a la atención y la autorregulación de la conducta; ejes importantes en la interrelación social y el aprendizaje.

3.2 Enfoque psicoanalítico de la psicopatología

3.2.1 Psicoanálisis y Psiquiatría

Ya hace poco más de un siglo que Freud caracterizaba el proceder de la psiquiatría y lo comparaba con el del psicoanálisis (1915k, conferencia 16), sin ufanarse de las cualidades de este último, pues igualmente le reconocía muchos vacíos de comprensión y muchas limitaciones en sus capacidades terapéuticas. Su descripción de aquella época, según la cual “el psiquiatra intenta primero caracterizar el síntoma mediante una propiedad esencial” (1915k, p.229], todavía sigue siendo válida, como se ha comprobado con el análisis que se ha hecho aquí de los manuales DSM. En efecto, los autores de estos manuales se han empeñado tanto en limitarse a los elementos descriptivos, que no faltan los profesionales que tildan lo que se hace con dichas herramientas, más bien como una “catalogación” que un “diagnóstico”³.

Sin embargo, por aquel entonces Freud pareciera estar en acuerdo con este enfoque de la psiquiatría, particularmente cuando recalca en la importancia de hacerle caso a la forma de manifestación y al contenido del síntoma individual (1915k, p.235). Pero en realidad la coincidencia en este punto no es más que aparente. Si se pone cuidado en identificar para qué Freud recomienda poner atención en esos atributos del síntoma, se entenderá que él no lo hace para clasificar o definir enfermedades, sino para tener pistas sobre el sentido de los síntomas y sobre sus nexos con el vivenciar del enfermo, y en esa medida descubrir una etiología más congruente y por supuesto más rica que las hipótesis causales de los psiquiatras acerca de la intervención de factores hereditarios u orgánicos.

³ “Diagnosticar no es catalogar” (Janin, 2006, p.84).

3.2.2 Formación de síntoma

Por otra parte, para Freud los síntomas constituyen unas manifestaciones superficiales de unas estructuras subyacentes, es decir, que ellos están soportados por procesos, mecanismos y contenidos inconscientes específicos.

Freud derivó su modelo psicopatológico principalmente del estudio de los fenómenos neuróticos. Encontró que los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno a una nueva modalidad de satisfacción pulsional. Pero a esta configuración final se llega a través de un largo camino, el cual se inicia con las frustraciones de la vida actual, las que, cuando no son compensadas eficientemente por satisfacciones sustitutivas, suelen empujar hacia los puntos de fijación que se han sedimentado en torno a ciertas modalidades de satisfacción a ciertos objetos infantiles. Estos otros movimientos inducidos por la frustración *“Remplazan una modificación del mundo exterior por una modificación del cuerpo; vale decir, una acción exterior por una interior, una acción por una adaptación, lo cual a su vez corresponde a una regresión de suma importancia ...”* (Freud,1915k, p. 334).

Por otro lado, *“¿Dónde halla la libido las fijaciones que le hacen falta para quebrantar las represiones? En las prácticas y vivencias de la sexualidad infantil, en los afanes parciales abandonados y en los objetos resignados de la niñez”* (Freud,195k, p.329). Las vivencias infantiles, sumadas a las disposiciones innatas, pueden dejar como secuelas fijaciones de la libido. El hecho de que estas vivencias sobrevengan en períodos en que el desarrollo no se ha completado confiere a sus consecuencias una gravedad mayor.

Las fijaciones, pues, se componen de representaciones reprimidas sobre las que se transfiere de nuevo la libido que regresa. Las representaciones sobre las cuales la libido trasfiere

ahora su energía en calidad de investidura, pertenecen al sistema del inconsciente y están sometidas a condensación y desplazamiento. Ahora bien, “Cuando en su reflujo la libido inviste estas posiciones reprimidas, se sustrae del yo y de sus leyes; pero al hacerlo renuncia también a toda la educación adquirida bajo la influencia de ese yo”.

Si el Yo no presta acuerdo a estas regresiones, entonces el conflicto que genera el retorno de lo reprimido queda planteado. La libido que reinvierte ahora lo inconsciente, en razón de la oposición del Yo actual, deberá buscar una satisfacción subrogada, contando con las mediaciones del preconscious. “Así, el síntoma se engendra como un retoño del cumplimiento del deseo libidinoso inconsciente, desfigurado de manera múltiple” y se establece según “...constelaciones semejantes en un todo a las de la formación del sueño”.

La modalidad de la satisfacción que aporta el síntoma tiene mucho de extraño. El síntoma, en gran parte debido a la acción de las defensas, es un sustituto disfrazado de la satisfacción frustrada que se transforma en sufrimiento. La antigua satisfacción provoca hoy resistencia o repugnancia. Los cambios de placer en displacer observables en el niño son un modelo trivial de este proceso. Otro cambio operado por la satisfacción del síntoma: prescinde del objeto y la realidad exterior; retrocede a una suerte de autoerotismo.

3.2.3 La psicopatología infantil

Freud encontró, también en los niños, los procesos neuróticos que desentrañó en el adulto:

...las neurosis de los niños son muy frecuentes, mucho más de lo que se supone. A menudo no se las ve, se las juzga signos de maldad o de malas costumbres y aun son sofrenadas por las autoridades encargadas de la crianza. No obstante, viéndolas retrospectivamente desde algún momento posterior siempre es fácil individualizarlas. En la mayoría de los casos se presentan en la forma de una histeria de angustia (Freud, 1915k AE Vol 16, p. 331).

No obstante, los desarrollos del psicoanálisis de niños han llevado a cuestionar la extensión del concepto de neurosis infantil, y a interrogar si todas las manifestaciones conductuales infantiles pueden ser entendidas como síntomas en el sentido psicoanalítico.

La fórmula “canónica” del síntoma como satisfacción sustitutiva se mantiene prácticamente invariable en la obra de Freud. Ya se citaron algunos enunciados de las *Conferencias de introducción...* (1915k), pero la fórmula ya estaba expresada en los *Tres ensayos ...*(1905c, p.149), y a ella vuelve Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1925j):

Los rasgos básicos de la formación de síntoma están estudiados desde hace mucho tiempo, y —lo esperamos— expresados de una manera inatacable. Según eso, el síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo. La represión parte del yo, quien, eventualmente por encargo del superyó, no quiere acatar una investidura pulsional incitada en el ello. Mediante la represión, el yo consigue coartar el devenir conciente de la representación que era la portadora de la moción desagradable. El análisis demuestra a menudo que esta se ha conservado como formación inconciente” (Freud,1925j, p.87).

Si el síntoma es sustitutivo es porque es simbólico, o sea que representa de manera indirecta una idea inconsciente, resultante del proceso represivo. Ahora bien, si en lugar de concebir un inconsciente presente desde los orígenes (como lo hacía Melanie Klein), se plantea que hay un proceso de constitución del aparato psíquico, entonces ¿de cuáles mecanismos o simbolizaciones se podría hablar antes de que dicho aparato esté estructurado?

Por la misma razón cabe relativizar la definición freudiana de síntoma, en el sentido que si todo síntoma se manifiesta como indicio o signo, no todo signo sería un síntoma (Bleichmar,1984, p.21).

Esto que parece ser un mero problema teórico, tiene en realidad consecuencias técnico-clínicas. En primer lugar, sobre el diagnóstico, pues en ciertos casos se deberá determinar si se está

frente de un síntoma en el sentido propiamente psicoanalítico, y en segundo lugar, por ende, sobre las decisiones en cuanto a la indicación terapéutica.

Esta reconsideración del concepto de neurosis infantil, fue promovida inicialmente por Anna Freud, y llevó a los investigadores que adoptaron su perspectiva (de corte más desarrollista y empírico), a proponer una clara diferencia entre la neurosis infantil, producto de un conflicto intrapsíquico, de otros trastornos, asociados preferentemente a las perturbaciones del desarrollo. De allí que Anna Freud exprese que la labor psicoanalítica

...[...] es diferente con los niños. Incluso con la creciente experiencia en la evaluación de su psicopatología siempre quedamos con dudas sobre qué tanto sus síntomas continúan siendo influenciados por manejo externo o hasta qué punto están abiertos a la cura espontánea a través de alteraciones del desarrollo, es decir, hasta qué punto son transitorios. Por lo tanto, nos enfrentamos al dilema de si, al sugerir un tratamiento, quizás involucremos a niños y padres en muchas incomodidades, problemas, tiempo y gastos que podrían ser innecesarios; o si, al rehusarlo, quizás condenemos al niño a una vida de sufrimiento y fracaso (Anna Freud, 1974 [1973], p 59).

En una línea teórica semejante, Beatriz Janin (2012), también argumenta que el psiquismo del ser humano se halla en constitución. Para esta autora pues cabe diferenciar entre:

...1) trastornos en la constitución del aparato psíquico, manifestaciones que ponen de manifiesto dificultades en el camino de la subjetivación y 2) síntomas neuróticos, determinados por un conflicto intrapsíquico. Los primeros son fallas en la constitución del aparato psíquico que derivan de conflictos que, si bien se expresan a través de movimientos intrapsíquicos, incluyen en su producción a varios individuos. A diferencia de los síntomas, producto de la transacción entre lo reprimido y la represión, los trastornos en la constitución del psiquismo son efecto de movimientos defensivos, deseos contradictorios, identificaciones, prohibiciones, externos-internos al aparato psíquico del niño (Janin, 2012, p. 35).

Por estas razones Janin propone que, cuando el niño presenta un comportamiento “anómalo”, se exploren sus bases en la realidad intersubjetiva y en la introyección de vivencias,

en lugar de catalogarlo dentro de cuadros sintomatológicos, que imprime un sello inmutable y cierra las múltiples posibilidades a tenerse en cuenta.

En conclusión, de acuerdo con las anteriores concepciones, antes de que los síntomas se desencadenen, el sujeto tiene que haber transitado un largo camino, haber dado pasos en su estructuración psíquica, en función de sus procesos de vinculación-desvinculación con la realidad externa e interna. Por tanto, los comportamientos o manifestaciones del sujeto deberán comprenderse de acuerdo con el desarrollo de esos campos relacionales en los que él va consolidando su estructuración psíquica.

Todo esto implica entonces que, desde el enfoque psicoanalítico, los diagnósticos deben elaborarse sobre bases genéticas, dinámicas y adaptativas, en lugar de establecer, a partir de las manifestaciones de niños y adolescentes, cuadros sintomáticos y comportamientos estandarizados.

3.3 Interrogando la etiología del TDAH

El psicoanálisis de niños puede ofrecer otras herramientas para abordar el diagnóstico y tratamiento de los comportamientos “anómalos” de los niños.

En primer lugar, ha puesto en claro que “...la psicopatología infantil tiene características peculiares y no puede ser pensada de acuerdo a los parámetros de la psicopatología adulta” (Janin,2006, p.89). Eso significa que opera con una expectativa de encontrar particularidades, pero no porque se fundamente meramente en la consideración teórica de que con el niño se está frente

a un psiquismo en estructuración, con funcionamientos que todavía no están completamente estabilizados, sino porque se basa más seguramente en la experiencia clínica cotidiana.

En segundo lugar, la asunción de que el psiquismo es una estructura abierta, cuya constitución no es pensable por fuera de los vínculos del sujeto con los otros (en especial la realidad psíquica de estos otros), hace insoslayable, sobre todo en el caso de las patologías tempranas, tomar en cuenta que el entorno está implicado en la producción de las manifestaciones del niño, y no solamente llamado a acomodar sus respuestas a ellas.

Por último, esta visión no implica que se descarte o niegue la intervención de determinantes biológicos. Estos se los entiende como factores participantes en un conjunto de influencias recíprocas y correspondencias entre los sistemas psíquico y neurobiológico, y por lo mismo no se los considera como causas últimas y definitivas. Dicho en otras palabras, los determinismos biológicos y las expresiones clínicas, no dejan de estar influidos por las condiciones y problemas psíquicos asociados.

3.3.1 ¿Un modelo para las múltiples determinaciones?

Si el TDAH o conductas como la opositorista-desafiante o negativista-desafiante se abordan de acuerdo con este enfoque psicoanalítico, lo que interesa, más que aplicar unos criterios descriptivos para definir de qué tipo de trastorno psíquico se trata y ponerle un nombre, es entender cuáles son sus determinaciones y en qué contexto se dan. Pronto se descubre que ellos responden *“...a múltiples determinaciones y que en éstas tiene peso tanto el medio social como el familiar, así como el modo particular en que ese niño tramita sus vivencias”* (Janin,2012, p. 77).

Si las manifestaciones del niño son resultado de múltiples determinaciones, por tanto, su diagnóstico debe atender a múltiples elementos; ante todo, debe determinar si las perturbaciones obedecen predominantemente a conflictos intersubjetivos o intrapsíquicos, y entre otros factores, no debe dejar de establecer qué fantasías inconscientes están en juego y cuáles mecanismos de defensa predominan.

Dada esta situación, no es de esperar que se pueda construir un modelo etiológico unificado para el TDAH. Sin embargo, si se tienen en cuenta las subestructuras y mecanismos que en el aparato psíquico sustentan las funciones de la atención y el control de la motricidad, se podría al menos ir construyendo hipótesis sobre los distintos caminos a través de los cuales los diversos elementos psíquicos e influencias convergen en la producción de alteraciones o síntomas similares a nivel de la atención, la motricidad y la impulsividad.

Ahora bien, si se toman las elaboraciones freudianas acerca del aparato psíquico, se verá que la capacidad de atender selectivamente lo mismo que el dominio de la motricidad y el control de impulsos, no se establecen de una manera simple, sino que son consecuencia de procesos complejos.

Desde el *Proyecto de Psicología* (1895e) Freud ve necesario postular la presencia de un conjunto organizado de representaciones (prefiguración del concepto de Yo) que inhiba los procesos primarios, los cuales tienden hacia la alucinación de la satisfacción, pues no hacen diferencia entre percepción y representación. Precisamente serán esas acciones inhibitorias las que permitirán el funcionamiento de procesos secundarios de pensamiento y atención.

Más adelante, con la introducción del concepto de narcisismo (1944e), Freud atribuirá a este “grupo de representaciones”, además de la auto-conciencia, una auto-investidura; conjugando

así los aspectos funcionales y libidinales del Yo. De allí entonces que se requiera también que el Yo tenga el sentimiento de estar unificado y valorado, para que los procesos secundarios se establezcan, frenen la descarga pulsional automática y posibiliten tanto la atención y el aprendizaje como el aplazamiento y la adecuación de las satisfacciones.

Esto lleva a pensar entonces, que en muchos casos, particularmente aquellos con dificultades en la estructuración del aparato psíquico, se presentan trastornos de la atención y de la motricidad, y que dichas alteraciones están centradas en torno a la estabilización de los procesos secundarios y las configuraciones narcisistas. Estas deficiencias de estructuración o de la constitución narcisista pueden ser responsables de las dificultades para investir cierta realidad, para inhibir ciertos procesos psíquicos primarios en el pensamiento y en la acción, y por ende afectarán la posibilidad de estar ‘atento’ y ‘quieto’ en clase.

3.3.2 El filtro de estímulos y el entorno

El sujeto está continuamente bombardeado por estímulos externos e internos. Para orientarse en el mundo debe construir un sistema de protección frente a todas estas excitaciones, y el requisito para ello es la instauración de la diferencia entre el adentro y el afuera. En ello entra en juego la diferenciación entre los estímulos externos y los internos. Frente a estos últimos y a las sensaciones, no se puede huir, se los inviste casi automáticamente. Los estímulos externos, en cambio, no son continuos y pueden ser eludidos.

La constitución de “filtros” o de un “para-excitaciones” posibilita no quedar inmerso en el cúmulo de excitaciones, sino seleccionar entre todos los estímulos aquellos que son pertinentes

para la auto-preservación, para el logro de las satisfacciones y para el cumplimiento de las exigencias del medio exterior.

La madre o cuidador, es la persona encargada de brindar al niño herramientas que le permitan metabolizar lo que siente a nivel interno y comprender lo que pasa a nivel externo. De este modo se le ayuda al niño ir reconociendo un adentro (yo) y un afuera (un otro como sujeto diferente, con requerimientos propios) y diferenciando espacios psíquicos.

Pero si frente al grito, al movimiento descontrolado, el otro funciona como un espejo, si es él el que estalla y se desborda y no puede contener su propia angustia, difícilmente el niño pueda tejer la trama (que implica la primacía de Eros). Por el contrario, el movimiento expulsivo, desinscriptor, se reforzará. Y nos encontramos con estados tempranos de terror no tramitados. Si en el adulto, que es el que puede calmar y sostener a un niño en pánico, lo que prima es la identificación especular, el niño se enfrentará a un espejo que le devuelve, agigantada, la propia desesperación, lo que derivará en más terror (Janin,2012, p.40).

En otras situaciones negativas similares, la madre podría otorgar al comportamiento del niño una continua interpretación delirante, por ejemplo: "Grita porque me quiere volver loca"; "Me mordió cuando lo puse al pecho porque me odia"; "Se hace pis porque quiere que sea su esclava" (Janin,2012, p. 41). En este caso, la interiorización de estos enunciados paradójicos podría impedir *a posteriori* que el niño construya una imagen de sí mismo que sea unificada y además compatible con el deseo de ser amado y valorado.

Estas carencias de afectividad y de aportes simbólicos “metabolizadores” y narcisizadores, generan, muchas veces, en el niño o el adolescente, un estado de sufrimiento y angustia que busca ser tramitado. El yo no sólo libra una batalla contra las satisfacciones pulsionales, sino también contra la erotización por estimulación excesiva y por la prohibición recibida del medio. Estos excesos lo llevan a tratar de liberar la tensión psíquica a través de diversos síntomas que le permitan eludir la angustia asociada a estas situaciones amenazantes, aunque ello conlleve ir contra el

“superyó” y contra la incorporación de comportamientos sociales aprobados. Al no poder emerger con libertad, el individuo se ve forzado a elegir otras maneras de responder a sus necesidades, tales como el movimiento descontrolado y las respuestas impulsivas.

En otras ocasiones, más desfavorables, el sujeto recibe transmisiones sin capacidades elaboradoras y que no están configuradas verbalmente:

...a veces lo transmitido no son historias, relatos, sino silencios, frases a medio decir, evitación de hablar de ciertos temas, sin que el niño pueda discernir de qué se trata. Estas transmisiones dejarán marcas, pero marcas de lo no dicho, de lo sabido-no sabido, de una especie de caja cerrada, de lo que es imposible apropiarse y transformar (Janin,2012, p.52).

En condiciones favorables, en cambio, el sufrimiento psíquico puede ser aliviado, tanto con la colaboración de las dotaciones individuales como de las mediaciones familiares, e incluso de los recursos culturales que rodean al niño.

En este sentido, la escuela como entorno de socialización y educación apunta a promover la organización yoica requerida, tratando de hacer avanzar al niño en la entronización del principio de realidad, en promover la regulación de su conducta, en inducir en él la renuncia a la satisfacción inmediata.

Todas estas transformaciones, sin embargo, generan en algunos niños o adolescentes cantidades significativas de tensión y angustia, que los enfrenta a un conflicto interno de difícil superación, el cual produce amplias resonancias en el comportamiento individual a través de esos síntomas que usualmente acaban siendo agrupados en un trastorno como el TDAH.

3.3.3 La angustia y el TDAH

Se ha hablado de “estímulos” y “excitaciones” y de cómo el sistema para-excitación debe construirse con los aportes de los adultos cuidadores. Pero cabe aclarar que el significado de estos términos supera el campo de lo neurocognitivo. Del mismo modo, si el trastorno del TDAH, no debe tomarse como un fenómeno aislado de su contexto ni de la historia de la estructuración psíquica del niño, tampoco puede concluirse que consista en una simple alteración neurocognitiva.

Es necesario entonces precisar que los “estímulos” de los que se ha hablado están asociados, o incluso puede decirse que están fundamentados, en representaciones fantasmáticas y afectos vinculados con las personas significativas y con el propio cuerpo. En otras palabras, hay que tener presente que dichos “estímulos” son de naturaleza pulsional.

Las pulsiones empujan al niño a insertarse en el mundo bajo la diléctica del principio del placer y de realidad, pero la regulación de los movimientos pulsionales requiere que en el Yo se desarrollen la comprensión de los acontecimientos, las identificaciones, así como la internalización y la apreciación de la realidad.

Los adultos influyen ampliamente en esta estructuración yoica del niño, y por tanto, indirectamente inciden también en la producción de las perturbaciones que derivan de las dificultades de estructuración que ellos contribuyen a crear.

Las carencias y confusiones de los aportes afectivos, “metabolizadores” y narcisizadores de los adultos, como ya se dijo, generan muchas veces en el niño o el adolescente un estado de angustia que busca ser tramitado de diversas maneras.

En algunos casos, dicha angustia busca procesarse por medio de excitaciones repetitivas, con efecto calmante, que bajan la dolorosa experiencia del conflicto interno y neutralizan temporalmente la angustia generada por la realidad. Sin embargo, estas acciones no consiguen una descarga y un apaciguamiento efectivos, con lo cual se genera una mayor excitación del sujeto. Consecuentemente, esto lo conduce a exacerbar su actuar, a convertirlo en una acción permanente, que requerirá, más que un medicamento, un proceso que *“ayude al yo del niño a encontrar soluciones para sus luchas internas, que ya no se basen en la ansiedad, el pánico ni en las interpretaciones erróneas infantiles de realidad”* (Anna Freud,(1974 [1973], p.72).

Otra forma particular de angustia, a que la puede atribuirse el hecho de que la hiperactividad se presente principalmente en varones, está relacionada con la angustia de castración y feminización. Por las vicisitudes del Edipo masculino, muchos varones suponen que obedecer a otro o quedarse pasivo frente a él, equivale a una feminización, a quedar *“castrado”* (Janin, 2006, p.105). Una conjetura que se apoya además en la constatación de los profesionales de que en las niñas lo más corriente es que el Déficit Atencional se presente sin hiperactividad, y como se puede comprobar en la descripción estadística que se hizo en el apartado 1.1 de la muestra de niños diagnosticados en la institución donde labora esta autora.

Otra de las condiciones implicadas en la conformación de la angustia se relaciona con la constitución narcisista. A algunos niños, rodeados con los excesos de un yo ideal, se les adjudica tan alto grado omnipotencia y perfección, que se les impide todo movimiento de búsqueda objetal, de apertura a los otros y de aprender del mundo. Posteriormente, al verse enfrentados con la realidad, su estado se torna indefenso y doloroso, al no poder responder a esa imagen de niño maravilloso, creada por sus padres. Este niño no podrá admitir que no sabe, que tiene que aprender,

y por tanto no podrá ubicarse en la escuela, por lo que al tiempo, con la acumulación de fracasos, pasará a ser, el niño que desilusiona y despliega su hostilidad (Janin,2012, p.44).

En conclusión, las problemáticas son variadas, pero el principio general se mantiene: para que el sujeto pueda sostener selectivamente una percepción o desplegar una acción adaptada a las circunstancias, debe realizar operaciones psíquicas que armonicen las descargas o investiduras pulsionales, por un lado, y por otro, las regulaciones del yo.

3.4 Críticas al TDAH

En nuestros días el TDAH se ha convertido en uno de los principales diagnósticos psiquiátricos que, desde temprana edad, reciben los niños y adolescentes que acuden a los espacios educativos. Sobre la base de criterios sintomáticos, un profesional de la salud mental, seguido por los padres y docentes, asigna una etiqueta y una identidad que acompañarán al individuo a lo largo de su vida; sumadas a los medicamentos que “requiere” para lograr que sus comportamientos puedan encajar con los patrones estándar que promulga la entidad educativa o su medio familiar.

Este diagnóstico de TADH, tan utilizado por psicólogos y psiquiatras, es en realidad “...un ejemplo de enfermedad inventada”⁴ como lo expresa su creador, el psiquiatra Eisenberg. Según él, lo que se buscaba era aprovechar el sentimiento de culpa de los padres ausentes para hacerles creer que sus hijos no eran necios por ellos, sino debido a factores genéticos, con lo cual se ampliaba la

⁴ Citado por Bastidas (s.f)

necesidad de la ingesta del metilfenidato (Ritalina), “un buen negocio para el campo de la psiquiatría”. Decía este psiquiatra que:

...lo primero que debería hacer un psiquiatra infantil es tratar de determinar las razones psicosociales que pueden producir problemas de conducta. Es necesario descubrir si hay problemas con los padres, si hay discusiones en la familia, si los padres están juntos o separados, si hay problemas con la escuela, si al niño le cuesta adaptarse, por qué le cuesta, etc. Además, añadió que lógicamente esto lleva un tiempo, un trabajo y, emitiendo un suspiro, concluyó: -prescribir una pastilla contra el TDAH es mucho más rápido⁵.

Al respecto el catedrático Marino Pérez sostiene que la “patologización de problemas normales en la infancia, se ha convertido en supuestos diagnósticos a medicar”⁶; afirmación en la que centra su explicación de por qué “el TDAH es un diagnóstico que carece de entidad clínica”. En su opinión, dicho trastorno carece de condiciones neurobiológicas. No se ha identificado, a través de pruebas clínicas o de neuroimágenes, la existencia de biomarcadores que permitan distinguir los procesos y respuestas biológicas del TDAH; lo se observa en el cerebro de los niños son las zonas que se activan cuando están más activos o inquietos, no las causas del “trastorno”. Lo que, para Pérez en cambio, sí es cierto, es que los niños en general tienen una amplia curiosidad y ganas de reconocer lo que les rodea, mientras que sus “padres se agarrarían o podrían estar interesados en encontrar una diferencia cerebral en los niños que les justifique o exima de responsabilidad en lo que le pasa al niño”, y esto debido al abandono que ellos hacen sus hijos en gran parte por las exigencias propias del actual sistema económico. Sin duda alguna al reconocimiento del TDAH como trastorno se suma el interés económico por favorecer el aumento de niños medicados, para engrosar las ganancias de las empresas farmacológicas.

⁵ Eisenberg, citado por Bastidas (sf)

⁶ En entrevista realizada por Fominaya en 2014.

A pesar de este tipo de críticas, el TDAH, más allá de ser una nominación del comportamiento “desorganizado” que presentan los niños en edad escolar, reduce el problema a factores fisiológicos, bioquímicos y anatómicos, con consecuencias en el aprendizaje y de comportamiento. Se establece sobre la base de las conductas manifiestas, cuando la atención y los movimientos excesivos no tienen una meta fija particular. Muchas veces la “etiquetación” se adjudica por medio de cuestionarios diligenciados por padres, maestros, lo que hace que los criterios sean altamente subjetivos. La operación patologiza y “desubjetiva” al niño, al dejar por fuera su propia vivencia y realidad, la influencia de los factores intrasubjetivos (mundo interno o realidad psíquica) y de los factores intersubjetivos (interacciones con los otros) que componen la complejidad de las determinaciones de su “trastorno” (Janin, 2012, pp. 33-56). Adicionalmente *“el modo mismo del diagnóstico implica una operación desubjetivante, en la que el niño queda “borrado” como alguien que puede decir acerca de lo que le pasa”* (Janin, sf, p.2).

Dichas nominaciones categoriales traen consigo la pérdida de la identidad en niños y adolescentes, puesto que ellos dejan de ser llamados por su nombre de pila para convertirse en una categoría andante, a la cual, los actores de su entorno inmediato, atribuyen todas las manifestaciones propias de su comportamiento.

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 (Janin, 2013, p.59).

Estas rotulaciones, no se quedan como meras apelaciones exteriores, sino que además condicionan el qué y el cómo ven y viven al niño las personas de su ámbito educativo. Las

constantes retroalimentaciones o reconfirmaciones del trastorno, crean en el niño una especie de sello inmutable que los lleva a auto-proclamarse e identificarse con dichas categorías explicativas, o a emplearlas como pretexto para justificar su actuar, su falta de compromiso y desmotivación, a tal punto que se auto-conciben como seres incapaces para enfrentar los diferentes retos de la vida académica.

En su trabajo “Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones” (s.f), Janin devela que, más allá de un daño “neurológico”, el “déficit de atención con hiperactividad-impulsividad” se encuentra a menudo relacionado con conflictos psíquicos. En estos se confrontan los deseos y fantasías del sujeto con unas exigencias externas que no sabe cómo tramitar, bien sea por dificultades para inhibir procesos psíquicos primarios, estabilizar procesos secundarios por ausencia / aumento de estímulos inadecuados, por distorsiones en los procesos de internalización de normas y prohibiciones (normas contradictoria, endiosamientos o abandonos), o un desfallecimiento narcisista debido al cual el niño demanda constantemente el amor y el reconocimiento del otro. Estas debilidades en la constitución de su yo, le impiden poner un adecuado freno a sus descargas pulsionales y armonizarlas con sus intereses inmediatos, y lo conducen, en cambio, a responder a las acciones, escuchas, miradas, o estímulos que otras personas le imponen, generándose así desorganización del pensamiento, retiro de la investidura necesaria para la atención o una búsqueda continua de reconocimiento a través del movimiento.

Desde esta otra perspectiva se hace difícil validar que las manifestaciones del comportamiento humano relacionadas con el TDAH como las agrupa el DSM, se las incluya en una única categoría diagnóstica, si no se han considerado las conflictivas psíquicas individuales ni las vicisitudes de la configuración del yo.

En suma, “como la ‘desatención’, la ‘hiperactividad’ puede responder a diferentes determinaciones. Es un efecto, un síntoma, que, en sí mismo, no explica nada” (Janin, sf, p.10).

4. Exposición de un caso ilustrativo

4.1 Historia

Maximiliano es un niño de 6 años que cursa el grado primero en la institución educativa. Según los datos reportados por la madre, el embarazo de Maximiliano fue sano y a término; no presentó ninguna anomalía en el nacimiento ni en los primeros meses de desarrollo. Su proceso de adquisición del lenguaje se inició con balbuceos a los 2 meses, emitió su primera palabra “mamá” a los 2 años largos hasta poder comunicarse de forma clara.

Maximiliano comienza su vida escolar a los 4 años en un jardín privado. A los 5 ingresa a transición en esta institución educativa; año en que lo reportan varias veces por ser “muy necio y no hacer caso”, sin embargo, realizaba todas las actividades académicas.

La madre manifiesta que Maximiliano es diagnosticado cuando tenía 3 años, después de que ella consulta porque el niño no se estaba quieto y ella no era capaz de controlarlo. Además, expresa constantemente que no puede con el menor porque es necio y grosero, que se siente cansada y que no le tiene paciencia porque a él le gusta sacarle la rabia, razón por lo cual prefiere hacerle las tareas en lugar de apoyar sus procesos educativos.

Hace un año, debido a los reportes que hace el docente de preescolar y su madre (es grosero, impulsivo, no respeta la norma, golpea a la madre e insulta a sus pares cada vez que no puede hacer las cosas bien), el menor fue nuevamente diagnosticado, durante la consulta en psicología, con el trastorno opositor desafiante (TOD) y nuevamente medicado con “risperidona”; medicamento no que ha sido suministrado por la madre ya que el padre se opone diciendo que: “yo no lo voy a volver idiota”

4.2 Contexto familiar

Maximiliano es el primogénito de un hogar nuclear conformado por la señora Clara, de 30 años y ama de casa, y el Señor Maximiliano de 39 años, quien aporta los ingresos económicos a la familia: En la actualidad él no vive con la señora Clara ni su hijo, pero los visita los fines de semana. Al ser Maximiliano el único hijo, el padre lo cubre de complacencias sin límites por “ser un príncipe”. “Es un hombre ausente en los procesos educativos que le celebra todo lo que el niño hace en clase”, dice la madre; mientras que ella al ejercer el rol de cuidadora intenta establecer hábitos y rutinas, pero cuando el padre está en casa, pierde voz y voto, pues el padre apoya que el niño le pegue o le grite.

4.3 Motivo de consulta

El estudiante es remitido al profesional de apoyo pedagógico por su “tutora de vida”, quien argumenta que el niño presenta muchas dificultades académicas debido a que le cuesta estarse quieto, respetar los turnos, es brusco con las niñas y grosero con la maestra, le gusta llamar la atención de sus compañeros haciendo monerías, habla demasiado con sus compañeritos y en el juego es autoritario y controlador. Dice la profesora que la madre trajo un diagnóstico médico de hace 3 años, en el que se determina que cumple con los criterios para el trastorno HIPERCINETICO DE LA CONDUCTA y por lo que, desde entonces, asiste a control psiquiátrico y toma “ritalina”, como medicamento prescrito para ayudarlo a estabilizar su comportamiento. En la actualidad el mismo Maximiliano justifica su comportamiento sobre la base de su diagnóstico de hiperactividad, quizá por lo que ha escuchado de sus cuidadores y docentes

4.4 Hallazgos

Durante las sesiones de acompañamiento se identifica en Maximiliano:

- **Desempeño académico:**

Hoy en día Maximiliano cursa primero de primaria, aún no domina todo el código alfabético, pero escribe algunas palabras simples e identifica su nombre. Del sistema numérico reconoce algunos números y sigue la secuencia hasta el 20; realiza operaciones de suma-resta con sus algoritmos sin dificultad; realiza asociaciones de cantidades entre 4 y 5 elementos presentados de forma tangible. Le cuesta trabajo realizar las actividades de clase por sí solo cuando estas requieren de permanencia o esfuerzo mental

- **Comportamiento:**

El estudiante reconoce el origen de su conducta, tiene gran habilidad para identificar la intención del adulto, movilizar la respuesta de su madre y padre, identificar las consecuencias de sus actos cuando se le expresan de forma concreta. Además, es cariñoso, y si se le trata del mismo modo el menor permanece en la ejecución de la actividad. Presenta una actitud de anomia: si no se cede a su manipulación se ajusta a ella, pero para el menor es normal agredir a su madre e ir en contra de la autoridad femenina

- **Desarrollo personal**

Maximiliano es un niño que le cuesta responsabilizarse por las cosas que hace, todo el tiempo justifica su acción o culpa al otro de los hechos, le cuesta estarse quieto porque necesita explorarlo todo, razón por la que está en un estado de alerta constante con lo que pasa a su

alrededor. Conoce su diagnóstico médico y lo utiliza como excusa para justificar su comportamiento, al preguntarle dice “mi cerebro no me deja estar quieto y ser obediente”.

- **Valoración de su contexto:**

El niño vive en un Hogar disfuncional, con presencia de violencia intrafamiliar a nivel físico y psicológico (en casa se hace lo que dice el papá, la mamá no manda). En él existe gran ausencia de normas, hábitos y rutinas, dado que su padre evita que el menor tenga frustraciones y accede a su voluntad y deseos. Por su parte, la madre mantiene una postura pasiva que la inhabilita a tomar decisiones frente a la crianza de su hijo.

4.5 Análisis

Si se tiene en cuenta que algunos comportamientos de los niños están relacionados con la interacción que realizan con su mundo circundante, se puede inferir que aunque las manifestaciones de Maximiliano se ajustan a la categoría diagnóstica de Hiperactividad del manual DSM, ellas no corresponden en realidad a alteraciones neurobiológicas, sino más bien a la influencia de actitudes conflictivas de sus propios padres. Por un lado, ha tenido desde temprano el refuerzo de su postura narcisista por parte del padre (el niño como príncipe, omnipotente que lo merece todo). Por otro lado, una madre que constantemente se desborda emocionalmente y profiere interpretaciones descalificadoras y culpabilizadoras de su hijo (que no puede controlarlo por ser necio y grosero o que el niño goza sacándole la rabia). Al estar el niño “acostumbrado” a la ausencia de contenciones y prohibiciones (hacer lo que le plazca, jugar y comer cuando quiera, ejercer violencia contra la madre, las niñas o la maestra, no introyectar las normas), el enfrentamiento con la realidad escolar que socializa y normatiza lo deja en medio de una batalla entre las exigencias propias y las ajenas, sin poder diferenciarlas, generándole un estado de

frustración que se transforma en sufrimiento, displacer y tal vez angustia, al no poder encontrar recompensas o satisfacciones sustitutivas eficientes. Pareciera que toda esa confusión la tramitara a través de “movimientos corporales”, de descargas en la acción utilizadas como defensas.

El sufrimiento psíquico de Maximiliano depende pues de un entorno familiar que no le brinda herramientas para reconocer sus emociones, que no le permite sostener una relación positiva con su madre que le brinde una auto-imagen como ser amado y valorado. Por el contrario, su inflado auto-concepto de perfección lo lleva a tener baja tolerancia a la frustración y a enfrentar al mundo de manera hostil o “hiperactiva”, lo que le devuelva una imagen negativa, opuesta a la que ilusoriamente le sostiene su padre.

Por estas razones, cabe concordar con lo que dice Janin (2012). Sostiene esta autora que el TDAH más que un “sello inmodificable” que carga el individuo de por vida, hace eco a un proceso subjetivo que involucra movimientos defensivos, deseos contradictorios, identificaciones, prohibiciones, factores externos e internos, en el cual el niño busca tramitar su sufrimiento y angustia a través de descarga motora.

Conclusiones

“Dime qué problema tienes y te diré que diagnóstico te corresponde” (Pérez, 2018).

En relación con el propósito de la presente monografía que era el de indagar acerca de las implicaciones que tiene el uso de los diagnósticos basados en el DSM, asignados a los niños y adolescentes que asisten al contexto escolar, y particularmente los relacionados con la categoría “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad-impulsividad”, se pueden destacar los siguientes hallazgos:

1. El manual diagnóstico DSM toma tanto factores biológicos como psicológicos para clasificar los síntomas. Sobre la base de elementos objetivos observables, sin tener en cuenta las causas de la enfermedad, determina la presencia de unos trastornos que acaban considerándose como trastornos permanentes; desecha otras formas de comprensión e interpretación de las situaciones particulares o vivencias del individuo, que podrían ser el origen de los cambios corporales o conductuales.
2. Este procedimiento está llevando a que se “esencialicen” los trastornos, sin dejar la posibilidad de considerarlos como transitorios, de que puedan tener cambios. Las categorías diagnósticas pasan de descriptivas a ser explicativas, es decir, se explica el comportamiento porque se tiene el trastorno, en lugar de pensar las razones por las cuales pueden estar dándose éste. De este modo el diagnóstico se impone como una realidad inamovible en la vida de los niños y adolescentes, como un atributo de su identidad. Así, se deja de ser “Juanito Pérez” para convertirse en “el hiperactivo del salón 2-A”.

3. Dicha categorización, al definir comportamientos anómalos o patológicos, establece, por oposición, cuáles son los comportamientos normales, que desde su punto de vista generalmente son aquellos ajustados a ciertas normas o expectativas socio-culturales. Se presiona así a los sujetos a homogenizar sus conductas, sobre todo por medio del tratamiento farmacológico, que produce rápidamente individuos socialmente ajustados, niños “juiciosos”.
4. Adicionalmente, si los niños y adolescentes ya tiene un diagnóstico de base, con esta forma de diagnosticar se da lugar a crear co-morbilidades. Por ejemplo, cuando ellos consultan por un estado depresivo transitorio (ocasionado por la muerte del padre o por ruptura con la pareja), se hacen acreedores a una nueva enfermedad coexistente, con su propio peso y grado de señalamiento. Esto conduce a una sobrepatologización y sobremedicación que lleva al niño o al adolescente a depender de la ingesta de varios medicamentos (uno específico para cada síntoma); todo ello con el fin de hacerlo encajar en el imaginario de padres y docentes, que muchas veces no corresponden a sus propios deseos e ideales.
5. Este sistema de criterios diagnósticos, que se articula con un sistema de tratamiento, cuya primera opción es farmacológica, no sólo produce un “adoctrinamiento”, sino que además permite a las empresas farmacéuticas expandir sus productos. Esta es la razón por la que se realizan convenios empresariales, descuentos, reconocimientos y *souvenirs* para el personal médico, con el fin de que estos recomienden sus productos; olvidando casi siempre los efectos secundarios adversos de la medicación y de sus interacciones, como son: estado letárgico, pasividad extrema, bajo estado de alerta, alteraciones en el sistema nervioso, posibilidades de retardo en el crecimiento e insomnio; manifestaciones que, cabe

anotar de paso, ha sido posible identificar en la institución educativa en la que se ha desarrollado la experiencia profesional que motiva la presente monografía.

6. Todos los anteriores desaciertos del DSM se reproducen y ejemplifican a la hora de evaluar el “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad-impulsividad” (TDAH). Los comportamientos impulsivos, agresivos o desafiantes de niños y adolescentes, son igualmente catalogados e inducidos a encajar lo más pronto posible dentro de ciertos cánones.
7. Al mirar el TDAH desde un punto de vista psicoanalítico, se comprende que diagnosticar no consiste en denominar un trastorno, en añadir una larga lista de adjetivos y calificativos, sino que requiere pensar las dificultades de niños y adolescentes, en su contexto y de acuerdo con sus diferentes determinaciones.
8. Desde la perspectiva psicoanalítica, al tener en cuenta que el ser humano pasa por un proceso en el que se cambia tanto fisiológica como psíquicamente, se ve posible que el sujeto presente fallas en su estructuración psíquica. Por esta razón, en muchos casos el “déficit de atención” puede relacionarse más directamente con fallas en las capacidades para investir la realidad. Por su lado, la hiperactividad, con sus dificultades en las funciones de inhibición y control motor, puede estar determinada por deficiencias en la organización yoica y su constitución narcisista; deficiencias que no sólo pueden originarse en exceso de estimulación sino también por carencias afectivas. En muchos de estos casos, por tanto, en los que se presentan estas configuraciones yoicas fallidas, el sujeto privilegia la conducta de descarga en el medio externo, en lugar de su realidad interna.

9. La magnitud de las demandas sociales que pesan sobre padres y docentes no les deja tiempo y disposición sino para ocuparse de sí mismos, desatendiendo entonces las demandas y necesidades propias de los niños y adolescentes. Esto lleva a que desarrollen intolerancia ante sus comportamientos y sus llamados de atención. En estas condiciones resulta más fácil acallar los “problemas”, contentarse con una aproximación sintomática, sin tener en cuenta por qué razón el niño responde, perturba, angustia y sobrepasa al adulto.

Referencias

- Artigas, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurol*, 36(), 68-78. Consultado el 23-04-2019. Recuperado de: <http://www.aamndah.com/app/download/5809512798/COMORBILIDAD+EN+EL+TDAH+NEUROCOGNITIVA.pdf>
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-I*. Washington: Committee on Nomenclature and Statistics of the APA, 1952.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-II*, Washington: Committee on Nomenclature and Statistics of the APA, 1968.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III*, Washington: Committee on Nomenclature and Statistics of the APA, 1980.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Barcelona: Masson, 1995.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V*, Buenos Aires: Panamericana, 2014.
- Bastidas, A. (s.f). Psiquiatra que descubrió el déficit atencional: “es una enfermedad ficticia”. Consultado el 2-06-2019. Recuperado de: <https://www.mundonuevo.cl/psiquiatra-que-descubrio-el-deficit-atencional-es-una-enfermedad-ficticia/>
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México DF: Siglo XXI (Psicología y psicoanálisis).
- Campo, A. (2003). Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial. *MedUNAB*, 6(16), 32-35. Consultado el 17-04-2019. Recuperado de: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/267>
- Carpintero, H. (2015). Una nueva mirada a la psicopatología: El DSM-V y su significación histórica, 1-32. Consultado el 17-04-2019. Recuperado de: <http://www.racmyp.es/R/racmyp/docs/anales/A92/A92-50.pdf>
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*. 30(), 81-90. Consultado el 9 de marzo de 2019. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>
- Fominaya (2014). «El TDAH no existe, y la medicación no es un tratamiento, sino un dopaje». ABC padres e hijos. Consultado el 2-06-2019. Recuperado de: <https://www.abc.es/familia-padres-hijos/20141020/abci-trastorno-deficit-atencion-201410171200.html>
- Freud, A. (1973). Una visión psicoanalítica de la psicopatología del desarrollo. En *Psychoanalytic psychology of normal development*. [Traducción al español de Mauricio Fernández] (pp 57-74) Londres: The Hogarth Press & Institute of Psychoanalysis, 1982,

- Freud, S. *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1976-80. 24 vols.
- (1895e). *Proyecto de psicología*. Vol. 1, pp. 139-446.
- (1905c). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Vol. 7, pp. 123-222.
- (1914d). *Sobre la psicología del colegial*. Vol. 13, pp. 247-250.
- (1914e). *Introducción del narcisismo*. Vol. 14, pp. 71-98.
- (1915k). Psicoanálisis y psiquiatría - Conferencia 16. En *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Vol.16, pp. 223-234.
- (1925j). *Inhibición, síntoma y angustia*. Vol. 20, pp.83-161.
- Gómez, A. (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *Monitor estratégico*. (7), 66-73. Consultado el 17/04/2019. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>
- 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*, (41/42), 83-110.
- Janin, B. (2012). Diagnósticos en la infancia. En *El sufrimiento psíquico de los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. 1ª ed.1reimp. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, pp. 33- 57.
- Janin, 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.
- Janin, B. (s.f). Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones (pp.1-21). Consultado el 15-05-2019. Recuperado de: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/desatentos_hiperactivos.pdf
- Mellor, B. & Aragona M., (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. XXIX (103), 217-228. Consultado el 23-04-2019. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019650016>
- Orellana, C. (s.f). Historia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad e Impulsividad. *fundacioncadah*. Consultado el 23-04-2019. Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/historia-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-e-impulsividad.html>
- Pacheco, L, Padró, D., Dávila, W., Álvarez, S. & Gómez, P. (2015). Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Revista Norte de Salud mental*, XIII(),

- 83-92. Consultado el 17-04-2019. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5265697>
- Pérez, T. (2018). Tenemos todos un trastorno mental? Crítica al DSM-5. *Psicosalud - gabinete de psicología*. Consultado el 02-06-2019. Recuperado de: <https://psicosaludtenerife.com/2018/08/14/tenemos-todos-un-trastorno-mental-critica-al-dsm-5/>
- Rafalovich, A. (2000). the conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877–1929, 93-115. Consultado el 23-04-2019. Recuperado de: <http://www1.udel.edu/socbak/tammya/socDev/rafalovich%20on%20adhd%20history.pdf>