



**Un acercamiento del psicoanálisis a la comprensión de las dificultades del aprendizaje en niños diagnosticados con trastornos de déficit de atención e hiperactividad**

Orlic Carolin Caballero Cepeda

Monografía presentada para optar al título de Especialista en Problemas de la Infancia y de la Adolescencia

Asesor

Eladio Humberto Acosta Mesa, Magíster (MSc) en Ciencias Sociales

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Especialización en Problemas de la Infancia y de la Adolescencia

Medellín, Antioquia, Colombia

2022

<b>Cita</b>	(Caballero Cepeda, 2022)
<b>Referencia</b>	Caballero Cepeda, O. (2022). <i>Un acercamiento del psicoanálisis a la comprensión de las dificultades del aprendizaje en niños diagnosticados con trastornos de déficit de atención e hiperactividad</i> [Trabajo de grado especialización].
<b>Estilo APA 7 (2020)</b>	Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.



Especialización en Problemas de la Infancia y de la Adolescencia, Cohorte V.



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes.

**Decano/Director:** Alba Nelly Gómez García.

**Jefe departamento:** Ángela María Jaramillo Burgos.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Dedicatoria**

*A Dios por las oportunidades que me regala de seguir alcanzando mis metas, a mi madre, por su respaldo constante, en especial a mi esposo, por proporcionarme su apoyo que en gran manera hizo posible alcanzar esta meta.*

## Tabla de contenido

Resumen .....	8
Abstract .....	9
Introducción .....	10
Justificación.....	13
1. Objetivos .....	14
1.1 Objetivo general .....	14
1.2 Objetivos específicos.....	14
2. Referentes conceptuales.....	15
2.1 Evolución de la conceptualización y establecimiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la historia.....	15
2.2 Desatención .....	18
2.3 Hiperactividad .....	18
2.4 Impulsividad.....	19
2.5 Definición y características TDAH según el DSM-IV .....	19
2.6 Los fundamentos teóricos del psicoanálisis para la educación .....	22
2.7 El síntoma.....	27
2.8 El Síntoma para el psicoanálisis .....	29
2.9 El punto de vista psicoanalítico en el TDAH .....	34
2.10 Desatención .....	38
5. El trastorno de hiperactividad y déficit de atención según la neuropsicología, la neurología y la psiquiatría .....	42
5.1 Efectos secundarios de los estimulantes.....	45
5.2 El aprendizaje y sus avatares.....	46
5.3 ¿Hiperactividad o avatares libidinales?.....	46
5.4 El aprendizaje y sus trastornos .....	47
5.5 La lectoescritura .....	48
5.6 La hiperactividad o los niños que se mueven sin metas.....	48
5.7 La adquisición de conocimiento: “para enseñarle algo a un niño, primero hay que poder llegar a él”. .....	49

5.8 Memoria de trabajo y TDAH .....	51
6. Trastorno lector .....	53
6.1 Trastornos lectores y TDAH .....	53
7. Conclusiones .....	54
Referencias .....	59

## Lista de tablas

<b>Tabla 1</b> Medicamentos comunes para el TDAH .....	44
--	----

## **Siglas, acrónimos y abreviaturas**

<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>DSM</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
<b>MT</b>	Memoria de Trabajo
<b>RAE</b>	Real Academia Española
<b>TDAH</b>	Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

### **Resumen**

El presente trabajo es producto del análisis y reflexión de una perspectiva basada en el psicoanálisis, en la que se buscó mejorar el abordaje de los niños y niñas diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad, la comprensión del concepto histórica del concepto, la intervención psiquiátrica y el manejo pedagógico que en la contemporaneidad se le está dando en las escuelas. Finalmente, logrando proponer un acercamiento a el manejo del sujeto desde su particularidad con ser y a la comprensión de su estructuración psíquica que trasciende a la exteriorización de su conducta.

A partir de la inclusión de los aportes del psicoanálisis al diagnóstico de TDAH los padres, maestros, psicólogo; logran construir un conocimiento más amplio referente a la forma de abordar y orientar procesos de lazos afectivos, educativos y conductuales en niños.

*Palabras clave:* trastorno, déficit de atención, hiperactividad, psicoanálisis, síntoma,

### **Abstract**

The present work is the product of the analysis and reflection of a perspective based on psychoanalysis, in which it was sought to improve the approach of children diagnosed with attention deficit and hyperactivity, the understanding of the historical concept of the concept, the psychiatric intervention and the pedagogical management that is currently being given in schools. Finally, managing to propose an approach to the handling of the subject from its particularity with being and to the understanding of its psychic structuring that transcends the externalization of its behavior.

From the inclusion of the contributions of psychoanalysis to the diagnosis of TDAH parents, teachers, psychologist; They will be able to build a broader knowledge regarding the way to approach and guide processes of affective, educational and behavioral ties in children.

*Keywords:* disorder, attention deficit, hyperactivity, psychoanalysis, symptom,

---

## Introducción

El TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) es un síndrome, caracterizado por un “patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo...” (DSM-5 Desk Reference, p. 31). Los síntomas son inconsistentes con el nivel evolutivo del paciente y tienen un impacto negativo en las actividades y el rendimiento social o las tareas académicas y/o laborales.

En la actualidad el índice de niños diagnosticados con TDHA afecta aproximadamente al 5% de niños y adolescentes en todo el mundo, independiente del país donde vivan (Llanos et al., 2019). El trastorno persiste hasta la adultez temprana entre el 65% y el 75% de los casos según la Organización Mundial de la Salud, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una de las causas más comunes de consulta a profesionales de la salud, hay estudios que postulan que este trastorno afecta entre el 8% y el 12% de la población mundial de niños (Biederman & Faraone, 1997).

Los niños tienen un riesgo significativo de recurrencia o aparición de comorbilidades psiquiátricas, como lo son trastornos de la conducta, afectivos, ansiedad, comportamiento antisocial y abuso de sustancias (Llanos et al., 2019). Desde una óptica psicoanalítica se entiende la hiperactividad como una forma de estructuración psíquica cuyos ejes principales son las dificultades de autocontención, la fragilidad en el equilibrio narcisista y el déficit de mentalización o psiquización.

Dado el incremento de los niños diagnosticados con TDHA en las instituciones educativas y la utilización de técnicas tradicionales de la psiquiatría en el tratamiento de este tipo de diagnósticos, utilizando medicamentos para tratar el trastorno, y una gran evidencia de un sin número de casos en los que su efecto se aleja del mejoramiento del sujeto medicado en las actividades escolares, o por parte de la psicología con la terapia conductual otorgando a los padres las habilidades y estrategias para ayudar a su hijo(a) con el fin de facilitar su abordaje desde el aula y la pedagogía; debido a este panorama y con el ánimo de ampliar perspectivas que mejoren el abordaje del TDAH, y hacer uso teóricos que permitan establecer herramientas para mejorar las

---

adecuaciones en el proceso de enseñanza y aprendizaje de los infantes pertenecientes a este grupo y es mediante la identificación de conceptualizaciones y fundamentos del psicoanálisis que se pretende lograr este objetivo.

La educación es entendida por el psicoanálisis como un proceso por el cual el sujeto abandonará una naturaleza primitiva para acceder a un orden cultural a través de la mediación simbólica del educador. Freud (1914), en *La psicología del colegial* comenta que la adquisición de conocimientos está íntimamente ligada al tipo de relación (amor-odio) que el alumno mantiene con su profesor y reiteró que las consecuencias de la idealización, son el sometimiento y el desconocimiento.

Según (Sierra & Delfino, 2012), Freud considera la educación la herramienta fundamental a través de la cual, el hombre logró desarrollar la ciencia, la tecnología y las artes; siendo la educación quien posibilitó una imagen de universo coherente y preciso. El gran interés de la pedagogía por el psicoanálisis, descansa en una tesis que se ha vuelto evidente. “Sólo puede ser educador quien es capaz de comprenderse por empatía con el alma infantil...” (Freud, 1913/1914, p. 250).

La escuela como sistema de relaciones, se estructura alrededor de tres elementos que la componen, a saber, quien enseña, los estudiantes y el saber enseñado, siendo anudados por el interés primordial de lograr el aprendizaje (Alvarado, 2005). Así tenemos que entre educador y saber ocurre una relación didáctica pues el principal objetivo es hacer transmisible ese conocimiento. La relación entre aquel que aprende y el saber la conocemos como relación de aprendizaje, y la relación entre quien enseña y quien aprende, podemos considerarla como una relación propiamente dicha (Chevallard, 2000), es decir, en la que el sujeto que orienta el proceso de enseñanza motiva al sujeto que aprende mediante herramientas visuales, auditivas, tecnológicas que hacen de la transmisión de conceptos e información precisa y determinada.

A propósito de la relación entre psicoanálisis y educación, la cual se trataba de algo “importantísimo, ofrece grandísimas esperanzas para el futuro, quizás es lo más importante de todo

cuanto al análisis cultiva, me refiero a la aplicación del psicoanálisis a la pedagogía, la educación de la generación futura” (Sierra, 2021, p.135).

### **Justificación**

En Colombia se ha incrementado los índices de niños diagnosticados con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en las instituciones educativas; según el estudio de Hoai Danh Pham, publicado en el 2015, al citar el artículo del doctor Pineda del año 2001, Colombia resulta ser el país con la prevalencia de TDAH más alta a nivel mundial, con un 17,1% de la población logrando transformar el ambiente escolar en un reto para los docentes de la básica primaria y básica secundaria, debido a lo demandante y particular que se hace desarrollar procesos de enseñanza aprendizaje en este tipo de infante. El tratamiento del trastorno de hiperactividad y déficit de atención en niños se viene realizando desde un tiempo, basado en la terapia conductual y la medicación psiquiátrica tales como los estimulantes, como los productos que contienen metilfenidato o anfetamina. Las consecuencias de la medicación en el sujeto parte del contexto escolar se centra en adormecimiento, falta de interés en el desarrollo de las clases, aislamiento del grupo al que pertenece, rechazo al ruido. Debido a esta situación la renovación e implementación de prácticas de estrategias pedagógicas por parte de los docentes, encaminadas a la adecuación de los procesos educativos a niños diagnosticados debe ser guiada desde la concepción del sujeto y sus particularidades.

## **1. Objetivos**

### **1.1 Objetivo general**

Identificar los fundamentos teóricos del psicoanálisis que permiten reflexionar, orientar y adecuar, la comprensión de las dificultades en el aprendizaje en niños diagnosticados TDAH (trastorno de hiperactividad y déficit de atención).

### **1.2 Objetivos específicos**

Realizar un recorrido histórico en la evolución de la conceptualización y establecimiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la historia.

Identificar los fundamentos teóricos del psicoanálisis que enmarcan el quehacer del maestro dentro del proceso de educar a niños.

Identificar los fundamentos conceptuales que el psicoanálisis ha construido referente a la hiperactividad.

Establecer las consecuencias de la medicación psiquiátrica de niños diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad en el desarrollo de los procesos de enseñanza–aprendizaje.

## 2. Referentes conceptuales

### 2.1 Evolución de la conceptualización y establecimiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la historia.

Desde una óptica conductual; surgieron descripciones de niños inquietos y disruptivos guiadas por patrones moralistas y pedagógicos, alejados de planteamientos científicos o clínicos. Las posiciones de los primeros clínicos de la psiquiatría entre ellos Esquirol (1805), quien inicio la posibilidad de la existencia de un trastorno mental entre los niños, debido a la conceptualización centrada en una alteración de la razón, presupuesto no aplicable según la época a los niños, en que no existe razón, y suponiendo las alteraciones de comportamiento como hechos constitucionales en muchas ocasiones.

Posteriormente, Alexander Crichton, médico escocés, escribió sobre una “inquietud mental” algo similar al subtipo inatento del TDAH. Describiendo las características de este trastorno, que incluían la falta de atención y la inquietud en los niños, afirmando que `los movía en exceso`. Señaló que los niños afectados eran incapaces de prestar atención en la escuela y sugirió que estos niños recibieran una educación especial. Crichton, mencionó que los síntomas desaparecían por lo general cuando los pacientes llegaban a la edad adulta; describió un tipo de pacientes sin idiocia, con “agitación” e inquietud mental y motora derivadas de una falta severa de atención sostenida, y como esto entorpece su instrucción escolar. Por último, Alexander Crichton describió, que la función atencional es un hito evolutivo y que el déficit de atención es un signo de retraso evolutivo.

En el año 1845, Heinrich Hoffman, publicó un libro ilustrado de poemas para niños titulado: *Der Struwwelpeter* (“Pedro Melenas”); entre los capítulos destacaba Zappel Phillip, *Felipe el Inquieto*, un niño de conductas y peripecias que cumplirían los modernos criterios diagnósticos del subtipo hiperactivo-impulsivo de TDAH.

---

En 1901 George Still, pediatra británico, describe en las conferencias *Goulstonianas* un grupo de 43 niños con lo que se ha denominado la primera descripción clínica moderna del TDAH, estableció una condición que provocaba un comportamiento impulsivo, hiperactivo, desafiante y falta de atención en numerosos pacientes. Debido a que estos pacientes tenían niveles normales de inteligencia. Para muchos la primera descripción clínica formal del TDAH se constituyó en 1902. George Still, presentó la primera descripción del trastorno afirmando que era un “defecto anormal en el control moral de los niños” (Aja, 2021). Desde ese momento se puede encontrar en la literatura científica del siglo XX términos como: trastorno conductual postencefalítico, síndrome de daño cerebral, disfunción cerebral mínima, reacción hiperquinética de la infancia y trastorno por déficit de atención (Barkley, et al., 1990). En 1917 y 1918 se presentaron epidemias de encefalitis, un sin número de pediatras identificaron un aumento en el número de pacientes con síntomas de hiperactividad, falta de concentración e impulsividad. Decidieron que dichos comportamientos son el resultado del daño cerebral de la encefalitis, una enfermedad que causa inflamación del cerebro en los niños afectados, al ir creciendo, los médicos descubrieron que la mayoría de ellos eran en realidad muy inteligentes; cambiaron el nombre del estado a “daño cerebral mínimo” (Fundación CADAH [<https://bit.ly/3oy4fVI>]).

En 1968 aparece un trastorno con síntomas similares al TDAH en la APA de la American Psychiatric Association “Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)” llamado “reacción hiperkinética de la infancia”, establecido como el principal síntoma de hiperactividad.

En la década de los 50 se introduce Ritalin, un medicamento estimulante, llegó a ser ampliamente utilizado para tratar a los pacientes hiperactivos por profesionales de la salud mental afirmando que la hiperactividad era una condición de la infancia de los pacientes que eventualmente se supera.

Posteriormente, en 1970, la investigación y la medicina comenzaron a enfocarse en los síntomas de inatención del TDAH como comportamiento. Virginia Douglas y Susan Campbell identificaron que la falta de atención, de soñar despierto y la falta de concentración se relacionados

---

con la impulsividad verbal, física y cognitiva. En esta década se empezó a enfatizar la importancia de la “atención sostenida” y del “control de impulsos”, además de la “hiperactividad” para entender la naturaleza del trastorno hiperactivo. Algunos investigadores empezaron ya a equiparar en importancia los tres grupos de síntomas nucleares del TDAH, es decir: Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad.

La versión de 1980 del DSM III incluye criterios para el diagnóstico del TDAH con y sin hiperactividad y a finales de 1980, se cambia por parte de la investigación su enfoque complementando la falta de atención con la teoría de que el TDAH era causada por el cerebro o por la `traducción` incorrecta de recibir la información que recibía el niño.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría APA (American Psychiatric Association,), DSM-IV-TR (2002), distingue tres subtipos: Combinado: si al menos 6 de los síntomas de atención y 6 de los síntomas de hiperactividad- impulsividad están presentes por un mínimo de 6 meses. Predominantemente Inatento: si al menos 6 síntomas de atención, pero menos de 6 en el de impulsividad- hiperactividad están presentes por un mínimo de 6 meses.

Predominantemente Hiperactivo/Impulsivo: Si al menos 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad están presentes, pero menos de 6 del ámbito de atención por un mínimo de 6 meses. El TDAH ha sido descrito décadas antes que la mayoría de las categorías diagnósticas de la Psiquiatría contemporánea, y sus síntomas y clínica apenas han variado desde entonces. Se han presentado variaciones en la forma de agrupar los síntomas o cómo clasificarlos, incluso dónde se ponía el acento, aunque siempre ha sido la disfunción asociada a la presencia de los síntomas, la clave para el diagnóstico. la Asociación Americana de Psicología modificó el nombre del trastorno “de déficit de atención con hiperactividad” (TDAH), y establece tres subtipos: primero el subtipo predominantemente inatento, segundo el predominantemente hiperactivo-impulsivo y el tercero el subtipo de un subtipo combinado. Dentro de los síntomas establecidos del TDAH según el DSM-IV, se encuentran:

Síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

## **2.2 Desatención**

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

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

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

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

(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

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

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

(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Síntomas de hiperactividad/impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

## **2.3 Hiperactividad**

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

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

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

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

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

(f) A menudo habla en exceso.

## **2.4 Impulsividad**

(a) A menudo precipita respuesta antes de haber sido completadas las preguntas.

(b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

(c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

A. Algunos síntomas de hiperactividad impulsividad o desatención que causaban alteraciones se presentan antes de los 7 años de edad.

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

Finalmente, el DSM-5 que surge en el 2013 plantea que el TDAH se caracteriza por un patrón de comportamiento y de funcionamiento cognitivo, que, presentándose en diferentes escenarios de la vida del paciente, provocaría dificultades en su funcionamiento cognitivo, educacional y/o laboral. La manifestación es evolutiva, de inicio en la infancia, aunque la disfunción asociada a los síntomas podría aparecer más tarde. Así mismo, marca la tendencia a oscilar en el tiempo y cambiar su expresión, tanto para mejorar como para empeorar y se han realizado actualizaciones con respecto a ediciones anteriores: la edad de inicio de los primeros síntomas asociados al trastorno, que se aumenta hasta los 12 años.

## **2.5 Definición y características TDAH según el DSM-IV**

El trastorno de hiperactividad y déficit de atención según la neuropsicología, la neurología y la psiquiatría. La REA (Real Academia Española) define al trastorno como "1. m. Acción y efecto de trastornar. 2. m. Alteración leve de la salud. 3. m. Der. enajenación mental". Esta última se la define como "Estado mental de quien no es responsable de sus actos; puede ser permanente o transitorio" (RAE, 2001, p. 1). El trastorno de hiperactividad y déficit de atención se constituye,

---

por tanto, en un síndrome neuropsicológico complejo en el que están implicados, además de las dificultades en el proceso de atención y otras funciones cognitivas aisladas, diversos procesos psicológicos y mecanismos cerebrales (Quintanar, et al., 2011).

Barkley, fue uno de los impulsores de englobar el Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad, (TDAH) desde el punto de vista neuropsicológico. propuso para los subtipos hiperactivo-impulsivo y combinado la hipótesis de una deficiencia subyacente en las funciones ejecutivas específicamente en los mecanismos neocorticales prefrontales de control inhibitorio, y en el caso de los subtipos inatentos, un déficit en los sistemas atencionales (Barkley, 1997).

Existe una gran cantidad de investigaciones que sugieren la presencia de deficiencias en las funciones ejecutivas en el TDAH, tales como *Relación entre el Funcionamiento Ejecutivo en Pruebas Neuropsicológicas y en el Contexto Social en Niños con TDAH*. Por su parte Lezak, define las funciones ejecutivas como las capacidades cognitivas esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente. Se identifican como funciones ejecutivas el sistema que actúa como director y facilitador del uso de las funciones mentales, para el control de las múltiples tareas de la vida diaria.

Respecto a la memoria, otra de las funciones neuropsicológicas básicas, Barkley menciona que las personas con TDAH tienen dificultad con la memoria de trabajo (MT) por lo que se éstas son olvidadizas, incapaces de retener en la mente información importante que necesitarán para guiar sus acciones posteriores y desorganizadas en su pensamiento, lo que les dificulta establecer objetivos y metas. (Barkley, 1997.)

Para Barkley, el control inhibitorio es un mecanismo que permite el funcionamiento de cuatro funciones ejecutivas: memoria de trabajo, autorregulación del afecto, motivación, internalización del lenguaje y reconstitución. Los niños al no presentar un control inhibitorio inmaduro presentarán dificultades en el desempeño del resto de funciones ejecutivas, generando una cadena de causalidad que construye el cuadro TDAH. Realmente importante comprender que un niño con TDAH acciones como gritarlo, castigarlo, ubicarlo parado en una esquina, o la utilización de estrategias represivas para mejorar su comportamiento, no se logra cambiar su

---

comportamiento, debido a que el centro de la dificultad no es la obediencia, es el nivel de inmadurez de la función ejecutiva: control inhibitorio.

Según Barkley, el control inhibitorio se compone de tres niveles: la capacidad de detener una respuesta automática (por ejemplo, cuando el niño tiene el impulso de salir de la clase sin pedir permiso y lo hace de forma automática), la capacidad de detener una conducta automática que se encuentra en ejecución (en este caso, si en el niño esta habilidad mental se desempeña bien, será capaz de detener su actuar cuando ya se encuentra por salir de clase y regresará a su lugar), y la resistencia a la interferencia (por ejemplo, cuando está realizando una actividad pedagógica y se presenta un estímulo contextual, si esta función ejecutiva se encuentra inmadura el niño dejará de hacer su trabajo y seguirá a cuanto estímulo se presente) (Faraone, et al., 1997) . La identificación del control inhibitorio, y su relación con la función ejecutiva puede ser estimulada, desde una edad para lograr percibir resultados adecuados.

Desde la neuroanatomía se afirma que una de las estructuras cerebrales íntimamente relacionada con el TDAH es la corteza prefrontal. En la población general, la parte anterior del hemisferio derecho es ligeramente más grande Neurobiología del TDAH que su homóloga en el hemisferio izquierdo. En los pacientes con TDAH se ha demostrado una disminución significativa de esta asimetría mediante estudios con resonancia magnética, así como disminución del tamaño de las regiones prefrontales del hemisferio derecho. Otros estudios han revelado una disminución de la sustancia gris en el giro frontal derecho y en el giro del cíngulo posterior derecho, así como en la sustancia blanca central izquierda. Se han considera que la corteza prefrontal, el núcleo caudado y sus circuitos asociados tienen un papel importante en la fisiopatogenia del TDAH.

Desde los estudios genéticos se han demostrado el factor hereditario del TDAH. Los hijos de padres con TDAH tienen el 50% de probabilidades de sufrir el mismo trastorno. Los mecanismos genéticos del TDAH son poligénicos y su estudio se ha centrado en los genes relacionados con la dopamina. Un gen implicado en el TDAH podría ser el gen del receptor D2 situado en el cromosoma dos (Muñoz et al., 2006).

---

Desde el punto de vista de la neurología indican que el TDAH produce problemas en los circuitos reguladores que comunican dos zonas cerebrales: córtex prefrontal y ganglios basales. Estas áreas se comunican a través de la dopamina y la noradrenalina. Algunos factores que pueden estar relacionados en el desarrollo del TDAH incluyen la genética, el medio ambiente o problemas con el sistema nervioso central en etapas importantes del desarrollo. Un niño con TDHA posee un cerebro que tarda más tiempo en desconectar la actividad en la red de modo predeterminado cuando necesitan enfocarse en algo. El TDAH también afecta otras rutas como la red frontoparietal. Esta juega un papel clave en la toma de decisiones y el aprendizaje de nuevas tareas.

Desde una óptica de la psiquiatría el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno mental que comprende una combinación de problemas persistentes, como dificultad para prestar atención, hiperactividad y conducta impulsiva. Tratado mediante la medicación de estimulantes, el Metilfenidato (MPH) es el tratamiento farmacológico de elección para el TDAH. El metilfenidato es un estimulante que mejora tanto la hiperactividad como la inatención en niños con TDAH. Existen afirmaciones y estudios que demuestran que aproximadamente de un 80% de los niños con TDAH que son tratados con estimulantes mejoran al determinarle el medicamento y la dosis correcta. Sin embargo, existen un sin número de consecuencias negativas en el desarrollo social y cognitivo del niño que afirman lo contrario.

## **2.6 Los fundamentos teóricos del psicoanálisis para la educación**

El psicoanálisis ha identificado a través de la historia fundamentos teóricos que permiten reflexionar el papel de la educación en el desarrollo del niño. El psicoanálisis puede brindar aspectos interesantes para comprender el fenómeno educativo incluyendo la problemática del niño o sujeto de aprendizaje, igualmente, afirman (Sierra & Delfino, 2012). “El Psicoanálisis permite construir claves de lectura del malestar que irrumpe en el escenario escolar, ofreciendo herramientas para la producción de prácticas educativas innovadoras”. Mediante la reflexión e indagación de las prácticas escolares se permite mejorarlas y adecuarlas a las necesidades del sujeto y sus particularidades sobrepasando la generalización y homogenización de los individuos.

---

Freud asigna a la educación la tarea de administrar, en un equilibrio aceptable para todos, los sacrificios y los beneficios que la realidad impone a la inmediatez del placer. Existen un sin número de experiencias en el ámbito de la educación que generan inconformidades a nivel individual que alejan del placer que debe generar este acto cotidiano debido a la implementación de modelos educativos rígidos y tradicionales.

Según Alvarado (2005), para Freud la educación está en medio de la pulsión y la cultura, y la educación no puede conducirnos al ideal del adulto autónomo, debido a que la inscripción en la cultura obliga al sujeto a ser frustrado en su deseo. El deseo fundamental de la educación según Freud (1932), es que la educación debe buscar su camino entre la escila del *laissez-Faire* y la Claribidis de la denegación (frustración), para encontrar un óptimo camino en el que la educación pueda cumplir el máximo y perjudicar al mínimo.

Las prácticas pedagógicas actuales han generado escenarios de malestar en el educando por la implementación de técnicas y herramientas que buscan el cumplimiento de estándares generales obviando las particularidades de cada individuo.

Moyano (2011), menciona citando el prefacio que hace Freud al libro de Aichhorn, que el efecto de la educación no se debe confundir con la influencia psicoanalítica, ni ser remplazada por esta. Es rescatable del psicoanálisis que al introducirse en el campo educativo es un medio o herramienta para el tratamiento del niño. El psicoanálisis logra una perspectiva distinta de la finalidad de la educación del sujeto, acercándose a la libertad, en tanto “puede constituirse en un referente de reflexión para el ámbito educativo” (Elgarte, 2009).

La educación plantea escenarios que deben posibilitar al niño la realidad y el enfrentamiento a lo que conlleva esta, tanto para el educador. “En el inicio escolar el niño sale al ambiente que ha construido la base para sus fijaciones y formación de complejos y se encuentra frente a nuevos objetos y actividades en las cuales debe ahora poner a prueba la motilidad de su libido” (Klein,

---

1923). Trastorno es aquel estado mental en el que la persona no es responsable de sus actos y se puede analizar que precisamente es este un rasgo de dichos diagnósticos y formas de intervención. Las personas no sienten como propio al trastorno, por ende, no se responsabilizan por él, eso denominado trastorno es algo externo que maneja su vida, sin sentido alguno. Esta es una de las consecuencias de reducir un conflicto psíquico a la observación del fenómeno (Cueva, 2015).

Analizar esta problemática actual desde el psicoanálisis, y así pasar del trastorno al síntoma nos permitirá comprender lo que sucede con ese sujeto. En consecuencia, es importante cuestionarse cuáles son las coordenadas del niño en su contexto y todo aquello que resulta relevante en su constitución psíquica ¿Qué elementos de su mundo exterior son objeto de atención y cuáles no? ¿Y estos últimos, cómo son evaluados por el niño, que significan para él, qué sentido tienen desde su experiencia de vida? y ¿a qué responde dicho síntoma (Cueva, 2015). De igual forma, referente a la comprensión del trastorno sin generalizar los diagnosticados, refiere lo siguiente: “Podría establecer entonces cuan abusivo es encasillar a alguien en ciertas casillas, en la del trastorno X, por ejemplo, cuando el desempeño que le asiste es esencialmente el de ahorrarse el esfuerzo de pensar lo singular de un sujeto o de una conducta, y decidir así que tal individuo padece de ese cierto mal porque presenta tres ítems señalados en un manual” (Cueva, 2015, p. 9).

La atención para el psicoanálisis es una función, pero para que una función se cumpla es indispensable que se den ciertos procesos, y para que estos a su vez se produzcan, requieren de un contexto adecuado. Por tal motivo podríamos decir que el déficit de atención, vendría a ser desde esta perspectiva, una inhibición de la función atencional (Cueva, 2015).

Según Freud la inhibición es una disminución de la función que en este caso sería la función de la atención. Freud refiere por ejemplo que “la inhibición es la expresión de una restricción funcional del yo, restricción que puede obedecer a muy diversas causas” (Freud, 1925, p. 2835). Se identifica que la libido se aleja de ubicarse en determinados objetos externos, como la escuela lo conlleva a una disminución de la función de la atención, Freud afirma que es una sola la causa,

---

por el contrario, depende de muchos factores situación que debe plantearse hacia el estudio de cada caso de manera única.

Somos sujetos del lenguaje, por ende, el mismo marca nuestra historia, estamos llenos de significantes que han tocado nuestras vidas. “Es verdad se trata de un niño que se distrae por los significantes que marcan su historia, sustrayéndolo de las tareas educativas, haciéndolo vagabundear en sus fantasías, dejándolo cautivo de la pregnancia de las relaciones imaginarias con los otros”. Para la autora el déficit de atención, es en sí un desplazamiento por así decirlo de la función a otro sitio, es decir a otros significantes que es ese momento adquieren mayor importancia, y el sujeto se pierde de cierta forma en el campo de lo imaginario (Cueva, 2015, p. 11).

Más que enseñar contenidos de conocimiento, ser enseñante significa abrir un espacio para aprender. Espacio objetivo-subjetivo donde se realizan dos trabajos simultáneos. Construcción de conocimientos y construcción de sí mismo, como sujeto creativo y pensante” (Cueva, 2015, p. 24). Es decir, hacer que el niño desee aprender. Los maestros o familiares al ser los primeros enseñantes del niño tienen el poder de construir u obstaculizar el proceso de la enseñanza, logrando una inhibición por ejemplo en su atención.

La relación entre aquel que aprende y el saber la conocemos como relación de aprendizaje, y la relación entre quien enseña y quien aprende, podemos considerarla como una relación propiamente dicha (Chevallard, Y. 2000). Debido a esta afirmación es importante que el sujeto que direcciona el proceso de enseñanza comprenda su real papel en la relación establecida.

Sólo puede ser educador quien es capaz de compenetrarse por empatía con el alma infantil, y nosotros los adultos no comprendemos a los niños porque hemos dejado de comprender nuestra propia infancia. Nuestra amnesia de lo infantil es una prueba de cuánto nos hemos enajenado de ella (Cueva, 2015).

---

Cuando los educadores se hayan familiarizado con los resultados del psicoanálisis hallarán más fácil reconciliarse con ciertas fases del desarrollo infantil y, entre otras cosas, no correrán el riesgo de sobrestimar las mociones pulsionales socialmente inservibles o perversas que afloran en el niño. Más bien se abstendrán de intentar una sofocación violenta de esas mociones cuando se enteren de que tales intervenciones a menudo producen unos resultados no menos indeseados que la misma mala conducta que la educación teme dejar pasar en el niño. Esa mala conducta que la educación teme dejar pasar en el niño. Bustamante, (2009) afirma que una violenta sofocación desde afuera de unas pulsiones intensas en el niño nunca las extingue ni permite su gobierno, sino que consigue una represión en virtud de la cual se establece la inclinación a contraer más tarde una neurosis .

El psicoanálisis puede enseñar cuán valiosas contribuciones a la formación del carácter prestan estas pulsiones asociales y perversas del niño cuando no son sometidas a la represión, sino apartadas de sus metas originarias y dirigidas a unas más valiosas, en virtud del proceso de la llamada sublimación. Freud, S. (1913).

La educación procura que el niño y la niña se acerquen a la mayor perfección humana posible en el estado adulto. Pero este ideal, conducir a niños y niñas a la libertad de la autonomía en su adultez, por mediación de la acción pedagógica, supone un sujeto cuya naturaleza pulsional debe ser dominada para acceder a la cultura. Un niño cuya naturaleza primitiva debe ser moldeada por el adulto para que pueda convivir en su medio social.

Los adultos colonizan la infancia de manera acelerada por la vía de lo híper-infancias hiperactivadas, hipersexualizadas, hiperconectadas. Exigen que sean como adultos: emprendedores, con una identidad sexual clara, dominadores de varios idiomas y creativos.

Idolotran la autoestima elogiándolos indiscriminadamente como si ya fueran geniales por el simple hecho de ser niños, a menudo origen de egos inflados de narcisismo Y ejerciendo control y evaluaciones en sus resultados.

---

Existe la pasión actual por el naming, por nombrar como trastornos o enfermedades aspectos propios del desarrollo evolutivo, está condicionando las perspectivas sobre las infancias y el abordaje que se realiza de sus dificultades. La infancia y la terminación de esta etapa, no es un trayecto exento de dificultades. Es un recorrido que exige su tiempo, y un ritmo propio a cada uno. Por ello, nombrar precoz y precipitadamente como trastorno o fracaso aquello que nos hace singulares es contribuir, como decía el escritor Arthur Clarke (2000), en su obra *El fin de la infancia, a una pérdida del deseo de vivir*. Ese afán por etiquetarlo todo presupone ya la idea de una supuesta normalidad evolutiva que sería posible pautar y estandarizar. Una vez verificado que un niño o una niña no cumplen esas previsiones se trata de corregir ese déficit por medios que privilegian básicamente su objetualización. De esta manera, se excluye el vínculo de la palabra y la conversación, únicos recursos válidos que nos darían la pista de ese malestar.

La educación debería poner un cuidado extremo en no cegar estas preciosas fuentes de fuerza y limitarse a promover los procesos por los cuales esas energías pueden guiarse hacia el buen camino. En manos de una pedagogía esclarecida por el psicoanálisis descansa cuanto podemos esperar de una profilaxis individual de las neurosis (Freud, s.f. citado en Vaneskeheian, 2022).

La interacción en la escuela es para nosotros el despliegue de una serie de procesos afectivos, tanto entre camaradas como entre estudiantes y educadores. Esta dimensión afectiva se logra abordar siguiendo algunos de los elementos aportados por los psicoanalistas interesados en la relación psicoanálisis y educación, teniendo en cuenta al inconsciente en la relación pedagógica (Freud s.f. citado en Vaneskeheian, 2022).

## **2.7 El síntoma**

Según Bortnik (2006), el “síntoma” deriva del griego *symptoma*, lo que traduce como “coincidencia”, “syn” indica unión, concurrencia, valiendo como la preposición “con”, *ptoma* significa “caída”. Reuniendo dos acepciones, una cuando se lo usa en Medicina, indica la conjunción, la unión, la armonía del organismo, y por otro lado, la caída, la alteración de esa

---

armonía. Freud encuentra el uso del término, en la clínica de su época, entre 1880 y 1890, en su encuentro con la histeria, buscando comprender el síntoma histérico.

Según Tappan (2000), el concepto de síntoma puede mostrar una enfermedad, pero también es empleado por las personas que sufren para intentar definir el malestar que sienten, ya sea el dolor o la inconformidad. La construcción que se realiza el sufriente del síntoma puede ser confusa o estar desarticulada, ya que se consideran los síntomas como reveladores, aflicciones, condiciones físicas, etc., lo que comienza a denominar fenómenos que a partir de ser llamados síntomas los podemos ubicar dentro de lo patológico.

Tappan plantea que podríamos decir que los síntomas son las expresiones manifiestas de fenómenos latentes u ocultos, en general de origen orgánico, por traumas ocurridos en la infancia. Para que el síntoma sea visto como tal debe expresar algo. Frente al síntoma de enuresis en el niño, el autor se cuestiona si ¿será un síntoma del niño?, ¿de los padres?, ¿de la relación entre padres e hijo?, ¿de la madre?, ¿del padre?, etc.

El concepto de síntoma, entendiéndolo como lo que denuncia la conflictiva del niño. Para ello nos posicionamos desde el Psicoanálisis, el cual plantea su visión al respecto. Sin importar si el síntoma se da o no dentro del ámbito escolar, está presente para revelarnos algo sobre ese niño. El síntoma es el resultado de un conflicto inconsciente, de la actuación de la represión, del retorno de lo reprimido y de otros efectos del deseo. Además, el síntoma revela un mensaje que está dirigido al Otro (padres, maestros, etc.) (Unzueta, s/f).

Según Laplanche y Pontalis, la formación de síntoma se asimila al retorno de lo reprimido, y la consideran como un proceso distinto; en el cual los factores son los que dan al síntoma su forma específica, son independientes de los factores que se hallan en juego en el conflicto defensivo. En sentido amplio, la formación de síntoma comprende no solo el retorno de lo reprimido en forma de “formaciones sustitutivas”, o de “formaciones de compromiso”, sino también de “formaciones reactivas” (Laplanche & Pontalis, 1968): Cuando recibimos a un niño que porta un síntoma, debemos mirar a ese niño a través de su familia. Abordar a la familia nos

---

permite trabajar en menos tiempo y más profundamente la génesis del síntoma y por qué perdura en el niño. Muchas veces aparece, en la clínica, un niño como portador de un síntoma y lo que manifiesta es de ayuda para otro integrante de su entorno familiar. Según la autora, hay problemas de aprendizaje reactivos que se sofocan al tratar a su entorno. Por eso se hace fundamental trabajar mirando a través de la familia, tomando en cuenta los niveles individuales, vincular y dinámico.

## **2.8 El Síntoma para el psicoanálisis**

Para Sigmund Freud, el síntoma es una formación del inconsciente, una condensación (mecanismo del inconsciente), en la que entran en juego varios deseos en conflicto; y ese conflicto es estructural. De ahí que, si curamos un síntoma, aparecen otros en su lugar: los síntomas se desplazan. Si se percibe como síntoma, apoyados en la descripción psicoanalítica el vocablo, que lo entiende como formación del inconsciente que tiene un sentido que responde a la formulación del uso descriptivo dinámico del inconsciente. Se intenta proponer un encuentro de la lógica de la salud mental y la del Psicoanálisis y sosteniendo la práctica del psicoanalista, no siendo sustituibles una por otra.

Es importante reflexionar la importancia del concepto “síntoma” desde el Psicoanálisis, asociándolo a una posible cura, tal como lo hacen otras disciplinas. El concepto “cura” adopta una dimensión más significativa, por cuanto no se trata de un paliativo que devuelva a la “normalidad” a un individuo específico, sino como muestra inequívoca de lo que el individuo quiere manifestar a través de su inconsciente. desde la perspectiva psicoanalítica, es en síntesis la manifestación en “términos tradicionales” de conflictos sumidos en la represión del inconsciente, para que, a su vez, puedan ser tratados y el individuo, pueda encontrar el bienestar. De esta manera, acudimos a otra relación imprescindible y que justifica inevitablemente, la aparición –y existencia– de los síntomas. Los síntomas, de manera tradicional son los que finalmente determinan la cura.

El síntoma se interpreta como la formación de compromiso en su cara de castigo, y como castigo se refiere a la sustitución última de la satisfacción “El cumplimiento de deseo del pensamiento represor equivalente el síntoma, por ejemplo, como castigo, auto-punición, la

---

sustitución última de la autosatisfacción, del onanismo”. Freud, 19866, es decir, el síntoma es una forma de satisfacción de la pulsión equivalente a la satisfacción derivada del Onanismo (masturbación). Esto quizás es lo que explica porque es tan difícil renunciar a los síntomas, es decir, porque se dice que el neurótico ama sus síntomas, quizás porque en él hay la posibilidad de la satisfacción pulsional que garantiza la estabilidad de la economía psíquica. Todo síntoma tiene ganancias secundarias y es en últimas una forma, aunque costosa, de equilibrio psíquico. De ahí que para el psicoanálisis el síntoma no tiene el estatuto de morbilidad que tiene en la medicina y más bien se le concibe como una forma singular de adaptación como recurso subjetivo para no derivar en la psicopatología. Por otra parte, el síntoma es todo aquello por lo cual consulta un paciente porque provoca sufrimiento a él mismo y/o a los que lo rodean.

Un síntoma es la prueba evidente de que algo de la expectativa, que todo ideal promueve, se ha quedado a medias. El ideal de una educación obligatoria para todos deja como síntoma el resto de alumnos que no alcanzan el éxito y presentan problemas diversos en sus aprendizajes o en su conducta. El ideal de salud integral se acompaña de todas las patologías que resisten a la curación y el ideal de bienestar social no consigue tapar todo el malestar social del que se ocupan, preferentemente, los servicios sociales.

Justamente, en el texto *El niño homicida: la estirpe de Caín, un estudio psicoanalítico*, los autores destacan que se debe hacer una clara diferencia entre un niño al cual se le han vulnerado sus derechos a la integridad, o la posibilidad de un lugar digno en el mundo, y un niño que comete actos delictivos u homicidas, “que ha atravesado el límite del inconsciente y ha franqueado el umbral de la cultura” (Mesa & Muñoz, 2011. p. 166). Permitirle al niño que ha infringido la Ley, comprendida como el pacto colectivo de un ciudadano con otros para poder convivir, hacerse cargo de las consecuencias de sus actos criminales, tiene un sentido profundamente restaurativo y terapéutico, porque le permite restaurar el lazo social, instalarse en el colectivo y convertirse en ciudadano que cumple la ley que todos cumple. Un síntoma es entonces una formación de compromiso entre ese ideal, que no se alcanza por completo, y las tendencias del sujeto que a veces no quieren el bien que el ideal encarna, porque encuentra una satisfacción (un goce) en la repetición de ese «fracaso» del ideal. El ideal de una parentalidad positiva ha nacido en el momento en que

---

emergen también nuevas dinámicas familiares con fenómenos de violencia filioparental que hacen objeción a esa positividad.

Existe la política de erradicar el síntoma, además de ineficaz, resultaría también un poco sádica porque el síntoma nos habla de una verdad oculta (que los ideales son imposibles de realizar), pero también ofrece una satisfacción al sujeto que no podría abandonar sin más. Lo vemos todos los días cuando trabajamos con mujeres que sufren violencia de género o con personas adictas a todo tipo de objetos: no pueden desprenderse de esa dependencia, de un día para otro, a riesgo de desaparecer ellos mismos como sujetos. La clínica actual, ya desde hace tiempo, trató de reducir la complejidad del síntoma —con su doble vertiente de denuncia y satisfacción— al trastorno, aparentemente simple, identificable y apto para ser eliminado con un buen protocolo.

El síntoma, a diferencia del trastorno, llama a la interpretación, nos convoca como un enigma a descifrar algo cuya significación no conocemos de antemano.

El psicoanálisis confía en el síntoma porque no lo considera un desecho, sino una formación a ciertas reglas. El síntoma constituye la enfermedad y al mismo tiempo, es el intento de curación que el propio sujeto del inconsciente lleva adelante. En la búsqueda de las causas y en la dirección de la cura, debe darse prioridad al síntoma. La confianza en el síntoma que postula el psicoanálisis, así como los cambios de síntomas que ha promovido la llegada del nuevo siglo, hace necesario el estudio del síntoma, como forma de orientarnos en las particularidades actuales que la clínica nos plantea. (González, 2013).

Freud plantea que los síntomas son formaciones sustitutivas, ya que se reemplaza el contenido inconsciente. El síntoma es entendido como sustituto de una satisfacción que no pudo lograrse debido a la represión. El síntoma se revela como algo displacentero e incómodo para el sujeto, pero al mismo tiempo le aporta satisfacción, una satisfacción inconsciente de la cual no tiene noticias. Los síntomas por un lado son actos perjudiciales e inútiles para la vida, pero al

---

mismo tiempo dan satisfacción. Por lo tanto, se trata de un sufrimiento erotizado difícil de comprender a través del sentido común en el cual razona como el principio de realidad lo indica, que el sufrimiento y dolor no pueden causar ningún placer. El placer inconsciente del síntoma, hace que en el tratamiento analítico el paciente no quiera desprenderse de esa satisfacción, y se produzcan las resistencias que entorpecen y obstaculizan el proceso de cura y que pueden manifestarse como transferencia negativa. “El síntoma sería el efecto de una represión que recae sobre una representación censurada por la conciencia, luego al introducirse la segunda tópica, el síntoma se presenta como un conflicto entre dos instancias” (Ustároz, 2010).

En la infancia lo que hace síntoma sólo se logra captar con relación a las expectativas que, como sociedad y como adultos, depositan en los niños. Una sociedad regida por el tiempo hiperactivo, por el zapping como modo de vínculo, por la instantaneidad en la exigencia de satisfacción, sería extraño que no produjera niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) que expresan así, con su hiperactividad y desatención, el nuevo régimen del tiempo. Los síntomas tienen, pues, una plasticidad evidente y nos obligan a tener en cuenta las transformaciones sociales y tecnológicas para entender los usos y funciones que cumplen hoy.

El TDAH, si lo entendemos como síntoma de ese malestar contemporáneo, debe hacernos pensar, a la hora de discriminar y particularizar el caso por caso, en otras variables, además de las clínicas; interpretar ese síntoma llamado TDAH requiere muchas veces de esa práctica entre varios que nos permitirá afinar en cada caso la dimensión del malestar, su gravedad, su abordaje y su pronóstico. Reducirlo a un trastorno «igual para todos» nos conduce a un callejón sin salida y a la rigidez de unas respuestas que no toman en cuenta al sujeto que lo padece y sin el cual, no nos engañemos, no habrá cambios posibles. (Ubieto, 2019).

La existencia y sobre todo la insistencia del TDAH nos indican que se trata de un falso nombre para el sujeto. Nombre porque designa algo muy real, algo que habla de cómo cada uno se vincula al otro a través del cuerpo, una satisfacción en esa manera de agitarse o despistarse que en cierto modo nombra el modo de goce de ese sujeto. Pero a la vez falso porque su ser no se reduce a esa modalidad, hay otras posibilidades para el deseo y la satisfacción que se podrían explorar si

---

uno no queda fijado a esa «clase», a una especie de jaula de hierro de la que no podría salir y que parecería que lo encasilla, junto a otros que también llevan ese nombre. (Ubieto, 2019).

Las dificultades de aprendizaje en los niños en edad escolar, han despertado en los últimos tiempos un creciente interés, por sus causas, diagnóstico, tratamiento y consecuencias. El fenómeno educativo puede ser analizado desde diferentes discursos (medicina, psicología, psicopedagogía y psicoanálisis entre otros.) y dependiendo desde donde se piense la problemática se podrán definir respuestas a los interrogantes que rodean sus causas. Virtud de lo anterior, es válido plantear el TDAH como síntoma, como motivo de investigación, tomando como vehículo la perspectiva psicoanalítica, validando su teoría del síntoma, la cual no es otra cosa que la dificultad latente en los procesos de aprendizaje, derivados de manifestaciones del inconsciente en el sujeto. Es necesaria la distinción entre lo que el psicoanálisis propone como cura, por un lado, y lo que otras prácticas, sostenidas en el discurso actual entienden como tal, por el otro. Entendiendo que, mientras éstas últimas, suponen la eliminación del síntoma como posible, el psicoanálisis lo define como ineliminable, y en ese punto, incurable.

De la misma manera, el individuo que padece TDAH, está presentando síntomas de algo que no conoce y lo hace de una manera en la que llame la atención para que pueda ser interpretado y la imposibilidad de lo anterior, le genera malestar y respuestas más vehementes que demuestran una leve acentuación de los síntomas originales. Por supuesto que aquí no se limita al TDAH como síntoma sino aquellos individuos de los actos impulsivos, de los padecimientos psicósomáticos, etc. Según Freud los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de satisfacción pulsional, razón por la cual es tan resistente, por estar sostenido desde dos lados opuestos; el síntoma no es solo un sentido manifiesto y descifrable, sino algo más: posee un “sentido profundo”, una historia especial de su formación.

De ahí precisamente parte el tratamiento, cuando el sujeto presenta lo que no tiene sentido para él, y que surge como queja, como demanda. La explicación freudiana del proceso que sufre la pulsión hasta llegar a su satisfacción en el síntoma neurótico es la siguiente: la pulsión al pugnar por ser satisfecha a toda costa, y ser rechazada por la instancia censuradora del Superyó, se ve

---

obligada a tomar el camino inverso, es decir el camino de la regresión, y en este recorrido se ve atraída por puntos de fijación, ceder a ellos implica el retorno a formas de satisfacción pulsional en objetos primarios ya superados, puesto que se recatectizan objetos donde obtuvo otra satisfacción permitida por una condición lógica, determinada por los procesos normales del desarrollo del sujeto. Pero, si nuevamente esta libido se encuentra con la oposición de la realidad a este nuevo intento de satisfacción pulsional, sobrevendrá como consecuencia lógica la formación del síntoma neurótico que en sí es una satisfacción de la pulsión. Para el sujeto esos tiempos pasados que fueron mejores en los que hallaba satisfacción, le hacen entrar en pugna con la formación para la realidad que es el (yo). Lo que es igual a decir que las representaciones que guían a la libido en el síntoma ya no se articulan según el principio de realidad, sino según las leyes que rigen el sistema inconsciente, a saber, condensación y desplazamiento.

El asunto importante ahora es el Yo, la adopción del síntoma por el Yo y su compromiso con el Superyó. No es más el triunfo del principio del placer que como hasta ahora estaba en el origen de la represión. Hay un más allá donde se establecen oscuras alianzas o donde nuevas formas de satisfacción encuentran su ocasión, es decir formas de goce o de satisfacción otras por la vía del displacer. En síntesis, el síntoma se puede interpretar con una función de condensador, un articulador o bien un facilitador del funcionamiento psíquico. El TDAH como síntoma psíquico provoca en el individuo cambios de carácter físicos y mentales, que reflejaran efectos “negativos” en su entorno, puesto que genera presión y mayor esfuerzo por mejorar sus capacidades personales como individuo y de relación con su entorno. En cuanto al síntoma como una protección contra la angustia esta su nexa Síntoma Angustia-Inhibición, que se desarrolla en la estructura de las neurosis más simples de la vida cotidiana, es harto improbable que una neurosis sobrevenga sólo por el hecho objetivo de un peligro mortal, sin que participen los estratos inconcientes más profundos del aparato anímico Freud, S. (1905). Todo síntoma conlleva un sentido, un trabajo elaborativo y un procesamiento psíquico, es decir, necesita de un aparato psíquico.

## **2.9 El punto de vista psicoanalítico en el TDAH**

---

Los psicoanalistas sostienen que existe un vínculo constituyente entre el inconsciente y la relación con el Otro. La hiperactividad se percibe en un niño desatento que presenta además trastornos de la conducta que perturban su entorno escolar y familiar.

Los griegos oponían actividad (poiesis) a acción (praxis). La primera tenía su fin fuera de sí misma, en el objeto a producir; la segunda tiene su fin en sí misma. (Aristóteles, "Ética a Nicómaco").

Freud en *La neurastenia y la neurosis de angustia* (1894), presenta el siguiente esquema: La excitación somática periódicamente se transforma en un estímulo para la vida psíquica, lo cual implica un estado psíquico de tensión y el consecuente empuje (Drang) que tiende a suprimirla. Se torna necesaria la descarga psíquica por la vía de la acción adecuada. Freud de los avatares de esta "descarga". Puede suceder que la descarga (a la que asimilaremos a la palabra acción) adecuada sea reemplazada por una menos adecuada (lo que explica la neurastenia) o que la acción sea totalmente inadecuada.

En esta época la angustia será el derroche de lo que no pudo ser descargado (o actuado adecuadamente). El síntoma será el signo de una acción inadecuada.

Para que la acción sea exitosa (adecuada) se debe operar la inscripción psíquica y el encuentro de lo real (en el sentido de la realidad exterior) y aquí aparece necesariamente el Otro, que será el mediador para "actuar" específicamente.

En el "Proyecto de una psicología para neurólogos" (1895), Freud plantea la necesidad de descarga que va a realizarse por medio de la motricidad producirá: a) una modificación interna que consistirá en manifestaciones emotivas, gritos, inervaciones musculares, que, no obstante, no impiden la afluencia de nuevas excitaciones endógenas; y b) una modificación externa, es decir, una intervención capaz de detener momentáneamente la liberación de cantidades endógenas.

La modificación interna (a) sirve de alerta para producir la modificación externa (b) con la llegada del Otro alertado. Recién entonces el sujeto podrá realizar por sus propios reflejos, lo necesario para la supresión del estímulo endógeno.

Este proceso es lo que Freud denominará vivencia de satisfacción, situando allí el origen de la comprensión mutua.

Pero Freud paralelamente introducirá al Otro en tanto impedirá la reacción motriz adecuada, situando la impotencia del sujeto ante la irrupción de la "escena originaria" y aquí, vía la sexualidad, podremos puntuar, siguiendo a Laurent Assouan, ("Introducción a la metapsicología freudiana"), el origen del divorcio con el Otro, un no entendimiento radical que acompañará en adelante al sujeto.

Paradójicamente, tanto la comprensión mutua, como el divorcio del Otro, tiene lugar en un sujeto desvalido. Entre una y otro podemos colocar la pulsión, el lenguaje del inconsciente, el trabajo del inconsciente.

Existe una distinción entre actividad y acción, tenemos la acción, se refiere a la descarga, y la actividad a la pulsión. En efecto, la descarga puede ser alucinatoria y tener, por lo tanto, su fin en sí misma, mientras que la actividad pulsional tenderá a satisfacerse en un objeto, trabajando para ello.

Se plantea la necesidad de una instancia que pueda dilatar la descarga, el yo. Éste orientará la descarga a la realidad y no a la alucinación, y podrá diferir la descarga y también a veces dominarla (inhibirla).

Pensemos ahora en el niño "hiperactivo", no puede parar de moverse y ello sin un fin determinado o con un fin inapropiado para el contexto. Se presentan acciones inadecuadas que no

conducen a un alivio de la tensión o en todo caso se trata de un alivio instantáneo imposible de delimitar de un nuevo aumento de tensión.

Tienen cierta similitud con las acciones compulsivas, donde actuar se convierte en un fin en sí mismo (praxis), pero en ellas sabemos que se trata de actos que expresan acontecimientos y pensamientos cargados de afectos. Suponemos en estos actos la influencia de un acontecimiento (traumático) que los actos "traducen" y de un pensamiento cargado de afecto que los actos "expresan".

La inscripción psíquica de un acontecimiento puede haber ocurrido de manera defectuosa y reavivarse permanentemente dando lugar así a un movimiento incontrolable en lugar de una tramitación por el lenguaje. Tal es el caso de un niño que, habiendo presenciado la electrocución de su hermano, apenas tres años mayor, es derivado a consulta dos meses después porque en el jardín estaba incontenible.

Otro niño no puede parar de pensar en su padre ausente, sólo que tiene limitaciones internas y externas para expresarlo, pero escuchándolo atentamente, con lo que implica escuchar para un psicoanalista en el trabajo con un niño, es decir, ofreciéndole un espacio donde desplegar sus padecimientos, nos damos cuenta de que su "hiperactividad" también es una acción inadecuada que en primer lugar padece él mismo, y que le acarrea grandes problemas con su entorno familiar y escolar.

La impulsividad se relaciona con la pulsión, Lacan define la pulsión en la relación particular que se establece entre el sujeto y la demanda, demanda que por otra parte sólo puede pensarse en referencia al Otro. Se trata de ese Otro encarnado generalmente en la madre con quien se establecen los primeros intercambios y que van dejando como saldo la insatisfacción básica que marcará los caminos del deseo ante la constatación de la falta en ese Otro.

Como resultado de esta dinámica la pulsión recorrerá un trayecto peculiar en dirección al objeto de satisfacción, que como ya no será real, sino simbólico, no podrá ser alcanzado por completo.

En la impulsión se trata de algo distinto. El camino se acorta tanto que podemos pensar que no hay camino sino salto, lanzamiento hacia la satisfacción.

Los niños realizan lo que podría denominarse pasajes al acto, donde por supuesto la pulsión está implicada, pero donde el Otro no cuenta, es decir, ni favorece el movimiento ni lo obstaculiza, y entonces se agrega a la categoría diagnóstica el ítem de impulsividad. Serán los niños desatentos, hiperactivos e impulsivos.

Los actos impulsivos son motivo de interrogantes para el psicoanalista, y trabajarlos en los niños es un poco más sencillo trabajar una oportuna inhibición del impulso, a una orientación más satisfactoria.

Niños que no toleran la frustración en tanto ello implica la confrontación con un vacío que angustia demasiado, tenderán a actos impulsivos que nos muestran un costado de huida lamentable, más que la impresión que erróneamente evocan de "llevarse el mundo por delante" literalmente, o aún de ser maleducados e irrespetuosos.

## **2.10 Desatención**

Se plantea la desatención partiendo del punto de vista del observador, no del niño. El niño no atiende a lo que debería. Los psicoanalistas, afirman que se atiende a lo que interesa, y ese "interés" puede estar determinado por múltiples motivos.

Es aquel Otro necesario para la acción específica el que orientará este "interés". Tendrá una característica más o menos equilibrada entre el ofrecimiento y el rehusamiento de objetos y

---

dará la oportunidad de que tenga lugar la inscripción psíquica de ese mundo exterior arrasador para el niño en los inicios. Pero además tendrá injerencia en cómo ocurre aquella inscripción.

Estos niños, más que “desatentos” se muestran “hiperatentos”, pero que no pueden sostener la atención en un punto o tema determinado. Se manifiestan atentos a múltiples estímulos por poco tiempo, por lo menos eso es lo que aparece fenoménicamente.

En *Los dos principios del suceder psíquico* (1911), Freud dice que la atención consiste en "la exploración periódica del mundo externo a fin de que sus datos sean previamente conocidos en caso de surgir una necesidad interior no aplazable".

En el *Proyecto...* dice que las percepciones despiertan interés (es decir, el sistema psi le dedica catexia de atención) en virtud de su posible conexión con el objeto deseado, lo que hace necesario analizar el complejo perceptivo, es decir, iniciar el juicio.

Ahora bien, ¿por qué puede cobrar interés un semejante? Por su relación con la vivencia de satisfacción, en tanto presta el auxilio para realizar la acción específica o por su relación con la vivencia dolorosa (pudiendo aparecer como objeto hostil).

Nuevamente ese semejante no es sino el Otro de la acción específica, Otro que será soporte de la identificación fundante, pero al mismo tiempo resto incomprendido que lanzará el deseo por caminos singularmente determinados.

Nos dice Freud que analizar un complejo perceptual implica un juicio con el fin de reconocerlo. Pero pensemos, siguiendo lo anterior, que según cuáles recuerdos evoque y cuánto displacer produzca se producirá la atracción o el rechazo, pero agregaríamos, aún la indiferencia.

Freud menciona dos reglas biológicas de la atención de las cuales tomaremos en cuenta la primera. La segunda dice que cuando aparezca un signo de realidad (cualidad) la catexia perceptiva

---

que exista simultáneamente será hipercatectizada. La dejaremos de lado porque luego Freud hablará de que el sistema puede prescindir de los signos de cualidad.

Pero la primera regla dice: no serán catectizadas aquellas neuronas que conducen al desencadenamiento de displacer.

Es la regla de la defensa primaria. Vale la pena que nos detengamos en ella y aclaremos que Freud no habla del placer como el placer de la satisfacción sino como el alivio de tensión y por lo tanto el displacer será el aumento de la misma.

El displacer es un obstáculo para la actividad del pensamiento, actividad indispensable en cuanto a sus fines prácticos o a sus propósitos cognoscitivos. Freud afirma que el yo siempre alimenta catexias intencionales (dirigidas a un fin) y a menudo muchas al mismo tiempo y que ello permite que comprendamos la dificultad de llevar a cabo un pensamiento puramente cognoscitivo, pero también la posibilidad de que el curso del pensamiento práctico progrese hacia las vías más dispares, en distintos momentos, bajo distintas circunstancias y por distintas personas.

Lo habitual será que la presencia de catexias intencionales o desiderativas influya sobre el curso del pensamiento produciendo así un falso conocimiento de las percepciones. Nos hablará muchos años más tarde de la realidad psíquica, moldeada por la fantasía, y donde la realidad exterior queda relegada a un segundo plano.

Freud contempla la posibilidad de que en el curso de un proceso cogitativo aparezcan lo que llama "imágenes mnemónicas indómitas", que generan signos de cualidad sensorial y sensaciones displacenteras, resultando de esa combinación un afecto determinado. Con ello queda interrumpido el curso del pensamiento.

Para que los recuerdos susceptibles de generar afecto queden dominados, es necesario que reciban por parte del yo una "ligadura" especialmente considerable y reiterada, a fin de evitar la facilitación hacia el displacer, es decir, la consolidación del proceso secundario. Esto es, la tendencia a inhibir el curso del pensamiento en cuanto el recuerdo genere displacer. A esta

tendencia la denomina defensa cogitativa primaria. El desencadenamiento de displacer actuará como señal de que la catexia de atención deberá dirigirse en otro sentido. Lo problemático que será de por sí para un niño llegar a tal dominio. Teniendo en cuenta la pregnancia de la vida de fantasía, la dificultad para dominar recuerdos de vivencias altamente dolorosas, los obstáculos que una relación de excesivo apego con alguna figura significativa, suponen en la lúcida apreciación de las propias sensaciones y sentimientos.

## **5. El trastorno de hiperactividad y déficit de atención según la neuropsicología, la neurología y la psiquiatría**

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.

El DSM este manual diagnóstico, 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". 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 bajándolos umbrales. El escándalo público desencadenado por los rumores consiguió que se anularan 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. 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: los miembros del grupo de trabajo de la APA tenían intereses e inversiones en las compañías farmacéuticas y 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 perspectiva dsm elaboración del manual.

**Tabla 1***Medicamentos comunes para el TDAH*

Tipo de medicamento	Nombre comercial	Nombre genérico	Duración
Estimulantes de anfetamina de acción a corto plazo	Adderall	Sales mixtas de anfetamina	4-6 horas
	Dexedrina	Dextro anfetamina	4-6 horas
	Dextrostat	Dextro anfetamina	4-6 horas
Estimulantes de metilfenidato de acción a corto plazo	Focalin	Dexmetilfenidato	4-6 horas
	Metilin	Metilfenidato (comprimido, líquido y comprimido/tabletas masticables)	3-5 horas
	Ritalin	Metilfenidato	3-5 horas
Estimulantes de metilfenidato de acción intermedia	Metadate CD	Metilfenidato de liberación extendida	6-8 horas
	Ritalin LA	Metilfenidato de liberación extendida	6-8 horas
Estimulantes de anfetamina de acción prolongada	Adderal-XR	Anfetamina de liberación extendida	10-12 horas
	Dexedrina-cápsula	Anfetamina de liberación extendida	6+ horas
	Vyvanse	Lisdexanfetamina	10-12 horas
Estimulantes de metilfenidato de acción prolongada	Concerta	Metilfenidato de liberación extendida	10-12 horas
	Daytrana	Metilfenidato de liberación extendida (parche cutáneo)	11-12 horas
	Focalin XR	Dexmetilfenidato de liberación extendida	8-12 horas
	Quillivant XR	Metilfenidato de liberación extendida (líquido)	10-12 horas
No estimulantes de acción prolongada	Intuniv	Guanfacina	24 horas
	Kapvay	Clonidina	12 horas
	Strattera	Atomoxetina	24 horas

Nota. Adaptado de American Academy of Pediatrics (Copyright @ 2019).

La mayoría de los niños son tratados con los medicamentos denominados estimulantes catalogados como una forma segura y eficaz de aliviar los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Estos medicamentos ayudan a los niños con TDAH a enfocar sus pensamientos mejor y a ignorar distracciones. Esto les ayuda a poner mejor atención y a controlar su comportamiento.

Los estimulantes se pueden usar solos o combinados con terapia de conducta para tratar niños con TDAH. Los estudios demuestran que cerca de un 80 % de los niños con TDAH que son tratados con estimulantes mejoraran de gran manera una vez que se determina el medicamento y la dosis correcta.

Los medicamentos de liberación inmediata (corto efecto) por lo general se toman cada 4 horas, si es necesario y son los medicamentos más baratos.

Los medicamentos de liberación prolongada/extendida (efecto intermedio y de larga duración) por lo general se toman una vez en la mañana y de esta forma no tienen que tomar medicamentos en la escuela. Las cápsulas de este medicamento que contienen gránulos (micro-esferas) se pueden destapar y espolvorear (rociar) en los alimentos para los niños que se les dificulta tragar tabletas o pastillas.

### **5.1 Efectos secundarios de los estimulantes**

Los efectos secundarios se presentan en algunas ocasiones. Estos tienden a suceder al principio del tratamiento y por lo general son leve y duran poco tiempo, pero en casos atípicos pueden prolongarse o ser más severos.

- Los efectos secundarios más comunes incluyen:
- Disminución del apetito/adelgazamiento
- Problemas del sueño
- Aislamiento social
- Algunos efectos secundarios menos comunes incluyen:
- Efecto rebote (aumento de actividad o mal humor cuando el medicamento pierde su efecto)
- Movimientos pasajeros de los músculos o sonidos llamados tics
- Pequeños retrasos del crecimiento

Según la American Academy of Pediatrics (2019), los mismos problemas del sueño no existen para la atomoxetina, pero al principio podría ponerlo soñoliento o causarle problemas estomacales. Se han presentado casos menos frecuentes donde se necesita cesar la atomoxetina debido a daño hepático. Es muy raro que la atomoxetina cree pensamientos suicidas. Guanfacina puede causar somnolencia, fatiga o disminución de la presión arterial.

## **5.2 El aprendizaje y sus avatares**

El aprendizaje escolar, es un efecto de transmisiones, inscripciones, que involucran protagonistas como el niño, la escuela, la familia y la sociedad. En este proceso entran en juego los deseos, particularmente el deseo de saber de la niña o el niño, y la posibilidad del yo en organizar las representaciones y sostener pensamientos preconscious (Jannin, 2011). El niño está supeditado en su deseo de saber a las indicaciones y exigencias de los padres y docentes.

Debe entenderse que la historia de un niño o niña, está ligada a las historias, pasiones y prohibiciones de quienes lo rodean, la familia y el universo en el que se incluye. El niño hiperactivo queda expuesto a la significación de un ser necesitado constantemente de la presencia del otro de su acompañamiento (Jannin, 2011). Al nacer se recibe de parte de aquellos que acompañarán al niño una idealización como un sujeto que va a cumplir las expectativas de estos. El comportamiento esperado, basado en los supuestos del otro, crea espejismos que al ser contrastados con la conducta del niño provocan un caos pulsional entre el placer-el displacer.

## **5.3 ¿Hiperactividad o avatares libidinales?**

El comportamiento de un niño (a) con el diagnóstico de trastorno de hiperactividad se encuentra caracterizado por la visión de los padres descrito por Beatriz Janin, una madre puede construir una percepción de que su hija es dispersa, no se concentra, se porta mal en todo tiempo, nunca obedece, hace como sino escuchara, es agotadora, terrible. contestadora, se sienta como un varón, dice malas palabras confrontándose con las expectativas de la madre al concebir el de tener una nena que llevaría con un vestido, sentara en la arena al llevarla al parque, pero en la realidad cercana ocurrió todo lo contrario empezó a correr por todos los lados. La concepción narcisista de los padres ante la ilusión de lo que llegará a ser su hijo teniendo en cuenta su propia infancia y encontrar similitudes con la forma en que fueron criados; llevando a establecer sanciones a los logros que pueden ser vividos por el niño tales como gatear, caminar, limitando la autonomía por considerarla peligrosa encerrando a el niño en un lenguaje verbal en lo que pasa a ser temido - buscado por la niña.

El psiquismo de un niño se estructura delimitado por la voluntad de su madre y al no ser ubicada por sus padres en un devenir temporal en el que hay aprendizajes, creación de una imagen en la que existe predisposición a los comportamientos como una niña problema estancándose en una pelea narcisista en la que cada uno pelea un lugar (Janin, 2011).

El trabajo con este tipo de niños por parte del especialista se inicia con sesiones vinculares con la madre y la hija. Encontrándose en lo observando que la madre se anticipa al descontrol y lo promueve con mandatos. Delimitando lo permitido y lo prohibido, intentando poner un orden, un conjunto de normas y luego realizar un tratamiento con sesiones de la madre y la hija por separado.

#### **5.4 El aprendizaje y sus trastornos**

El deseo de saber nace de la articulación y trastocamiento de la pulsión de dominio o apoderamiento. El principio y motor del saber es la pregunta de origen y que luego se dirige a otros temas. El dominar el propio cuerpo y al objeto se vislumbra más adelante en el esfuerzo por romper ideas, pensamientos para poder estructurar nuevos saberes, si un niño no puede ejercer este poder y queda atrapado en una posición pasiva frente al otro, no podrá adueñarse de sus movimientos para escribir, ni armar y desarmar palabras y sonidos, ni romper saberes previos para adquirir otros nuevos. Existen niños que no aprenden la lecto escritura por la imposibilidad de sublimar la agresión (Janin, B. 2011). No todo problema de aprendizaje se debe a la falta de atención. Es frecuente que padres y docentes supongan que, si un niño atiende en clases, aprende, y a la inversa que si no aprende en clases es porque no presta atención.

### **5.5 La lectoescritura**

La escritura son marcas en el papel, en algunos niños es la posibilidad de transformar el ataque en signos, la realización de una doble traducción, les posibilita sentir placer en la apropiación de la lecto escritura surgiendo una pulsión de dominio que se despliega dejando un mensaje a otro. Según Freud (1930), la escritura es el lenguaje del ausente porque se escribe para alguien que no está presente y puede leerlo en otro momento si se tiene acceso inmediato.

Es mediante la escritura que se permite la transición entre decir con el cuerpo y una palabra que habla de aquello que afecta al niño (tonta, fea, caca) seguidamente, se puede pasar de las palabras a expresar sentimientos. La escritura de las malas palabras permite a los niños (pacientes) jugar con el lenguaje transformar el proyectil en marca, transgrediendo, respetando reglas y el hablar de lo prohibido sin ser sancionado posibilitando que la sexualidad infantil se desplegará en un despegue del cuerpo (Janin, 2011).

### **5.6 La hiperactividad o los niños que se mueven sin metas**

Existe una complejidad de la estructura psíquica en relación con el dominio del propio cuerpo y del desarrollo de la motricidad, así como el control de los impulsos, la existencia de una cantidad de estímulos externos e internos para que el niño diferencie dentro-fuera y que, recepcione solo algunos de los estímulos, filtrando los otros.

El adulto es fundamental que registre sus propios afectos, que logre metabolizar su desborde afectivo y no se confunda con el niño. El niño puede presentar que se mueva sin rumbo debido a la existencia de una dominancia de la madre en la relación dual, madre-hijo.

Un niño no logra diferenciar por momentos lo interno y lo externo y quedan excitado expuestos a sus pulsiones y a las de los más cercano que en algunos casos es la madre tendiendo a vivir como propias acciones como los gritos, de igual forma viven los estímulos internos como si fueran externos (Janin, B. 2011). A manera de ejemplo sentir una necesidad fisiológica como hambre, frío o sueño no lograr hacer el registro interno de ser una urgencia y moverse como forma

---

de huida de un estímulo que los amenaza de forma externa. Se puede afirmar que en algunos casos la agitación puede ser la defensa frente a la insistencia pulsional intentando huir de sus propias exigencias pulsionales a través del movimiento; lo pulsional insiste por lo tanto el niño se va a mover cada vez más porque lo que predomina es esa urgencia que se cree estar sujetos a unas exigencias que lo golpean desde su interior a lo exterior sin establecer diferencias.

### **5.7 La adquisición de conocimiento: “para enseñarle algo a un niño, primero hay que poder llegar a él”.**

La obtención de conocimientos es un proceso de transformación de sí mismo y el objeto. El niño que repite fórmulas es posible no haber obtenido la aprehensión de ellas, solo puede haber realizado un ejercicio de memoria inmediata, proceso que se aleja del real aprendizaje.

En Colombia se presenta en las escuelas y en las aulas el desconocer la real diferencia entre lo transmitido y lo recibido transformado desde la lógica infantil.

Lo que se le transmite a un niño debe ser más que un contenido, un modelo de pensamiento (Kaes,1996). Aprender no es copiar, repetir, se acerca a la búsqueda, a la producción creativa, aprender es crecer, complejizar y tener más recursos para crear.

Las dificultades en el aprendizaje pueden ser resultado de trastornos en la estructuración subjetiva.

Los momentos de la estructuración psíquica permiten acercarnos a la posibilidad de la puesta en escena de dificultades catalogada como unos avatares del sujeto que pueden modificarse y dejar de ser vistas de esta forma si se logra profundizar e identificar la raíz del conflicto y las intervenciones pertinente que incluyen como escenario la escuela.

Los niños diagnosticados con trastorno de déficit de atención e hiperactividad frecuentemente presentan dificultades en el aprendizaje, bien sea por las características propias del

---

TDAH (inatención, escaso control de impulsos, falta de organización y motivación); o como consecuencia directa de determinados trastornos del aprendizaje que pueden afectar específicamente a las áreas de la lectura, la ortografía, la expresión escrita, las matemáticas o el lenguaje oral. De hecho, se calcula que la incidencia de estos trastornos en la población TDAH oscila entre el 35-50% de los casos. Es decir que cerca de la mitad de los alumnos con TDAH también presentarán algunos de estos problemas, por lo que resulta de fundamental importancia que los profesionales de la educación y la sanidad puedan detectarlos a tiempo; ya que el riesgo de abandono de los estudios y la repercusión emocional en estos casos suele ser alta (Aulagnier, 1980).

En la tardanza de un niño en realizar las actividades escolares es preciso diferenciar si es por la dificultad para comprender o si es que su atención está enfocada en otros temas lo conocido como “no atiende”, “no aprende” y en un sin número de casos las exigencias en los ideales chocan con los deseos y producen síntomas en el aprendizaje estableciendo obstáculos para el aprendizaje.

Las normas e ideales establecidos en el aula pueden ser exigentes, tensionantes, paralizantes y tradicionales enmarcadas en objetivos imposibles de cumplir por un niño o niña con diagnóstico de TDHA, debido a las características específicas de conductas el estar inquieto o da golpecitos con las manos o los pies, se retuerce en el asiento, le cuesta permanecer sentado en el aula o en otras situaciones, está en constante movimiento ir de un lado para otro o trepa en situaciones no apropiadas.

Cuando el niño está pendiente a la mirada aprobatoria del maestro y los padres sus movimientos están prohibidos y sujetos a la palabra de otros es posible que queden estigmatizados en buenos alumnos y excelentes en conducta, pero alejándose de la autonomía para crear sus propios procesos entre ellos la escritura. En los contextos educativos donde existen ideales muy exigentes se presentan conflictos con los deseos de los niños y niñas en su proceso de aprendizaje, debido a la generación de temor por parte de los adultos en estos a la equivocación. El terror es para el pensamiento la prohibición de pensar anulando el deseo de cualquier construcción infantil como se presenta en algunos casos afirmado por Piera Aulagnier, la madre prohíbe cualquier pensamiento. El ser tenido en cuenta como sujeto pensante, reflexivo por parte de los padres y educadores es fundamental para que un niño pueda construirse autónomamente.

## 5.8 Memoria de trabajo y TDAH

La memoria de trabajo es definida como un tipo de memoria a corto plazo (Baddeley, 1986), cuando la memoria a corto plazo se utiliza no sólo para el almacenamiento, sino también para el procesamiento, se introduce el concepto de memoria de trabajo. La memoria de trabajo o memoria operativa es "la capacidad de almacenar temporalmente una información determinada (visual o auditiva) en la memoria inmediata y procesarla", es decir, aquella información sobre la que una vez retenida se opera y manipula. Ejemplo: almacenar nombres de personas, recordar un número y repetirlo en orden inverso, etc.

El proceso no se centra en recordar e inmediatamente reproducir, sino que los datos son procesados y modificados posteriormente. Esta capacidad implica de un proceso de atención, organización, almacenamiento e inhibición (descartar la información o los estímulos irrelevantes para atender a la información importante).

La función depende no sólo de la cantidad de información a retener, sino el tiempo en el que se es capaz de repetir información un tiempo que es constante. Todo lo que se verbaliza en ese tiempo se recuerda inmediatamente sin problemas.

La memoria de trabajo resulta necesaria para tareas complejas como la comprensión de lectura, el lenguaje, el razonamiento, la planificación etc., (Tirapu & Muñoz, 2005).

La memoria de trabajo es responsable de las siguientes funciones:

- Integrar dos o más cosas que han tenido lugar de forma en periodo corto de tiempo (una conversación).
- Asociar un conocimiento nuevo con información de la memoria de largo plazo.
- Mantener en la mente algún tipo de información mientras se pone atención en otra cosa (tareas simultáneas).

---

La memoria de trabajo se relaciona con la habilidad cognitiva fundamental para la conducta compleja, resultando imprescindible para mantener una interacción con el mundo de forma eficiente y adaptativa (Tirapu et al., 2005).

Barkley (2008) señala que la memoria de trabajo verbal (la internalización del habla) y la memoria de trabajo no verbal son unas de las principales funciones cognitivas que están deterioradas en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Los afectados por TDAH, los estudios muestran como los déficit de memoria de trabajo están asociados con dificultades en el rendimiento académico y comportamiento en niños con TDAH (recuerdos incompletos, fallos al seguir las instrucciones, mantenimiento de los errores, mala comprensión de las instrucciones, baja resolución de problemas matemáticos, mala comprensión lectora, etc.)

El escaso progreso académico en lectura y matemáticas en los niños y niñas diagnosticados con TDAH está, por tanto, relacionado con la memoria de trabajo.

¿Cómo podemos mejorar y entrenar la memoria de trabajo en los niños con TDAH?

Repetir verbalmente las instrucciones.

Reestructuración de tareas complejas: Evitar las secuencias largas (fraccionar las tareas y los pasos).

No emplear palabras poco familiares ni argumentos sin sentido ni lógica para el niño.

Aumentar la pertinencia y familiaridad de los materiales.

Supervisar las tareas largas y complejas.

Proporcionar apoyos y guías visuales (Gráficos, murales, carteles).

Técnica de encadenamiento (interrelacionar la información que queremos aprender)

Mantenimiento de estrategias de organización (calendarios, horarios, agenda)

Técnicas de asociación (asociación de un elemento con otro u otros) elementos

Entrenamiento en cálculo mental.

## **6. Trastorno lector**

Se le llama trastorno lector a aquella dificultad en la lectura que imposibilita su correcta comprensión. Es una dificultad que complica el proceso de aprendizaje, que se caracteriza por influir sobre la capacidad de lectura, escritura y de realizar operaciones lógico-matemáticas.

Peláez, V. 2014, afirma que los trastornos lectores aparecen inesperadamente en el inicio de la lectoescritura en la escuela. La detección temprana es importante, puesto que, sino realizamos una intervención en el momento oportuno, a medida que los cursos pasan los problemas de aprendizaje se vuelven más intensos, ya que el niño no habrá podido adquirir las nociones escolares básicas. Cuando no se interviene tempranamente los trastornos lectores son causa importante del fracaso escolar porque la educación se sustenta principalmente sobre la lectura y la escritura. Además, al ser niños que no pueden seguir el mismo ritmo que los demás, porque les cuesta aprender, tienden a experimentar rechazo a las actividades escolares.

### **6.1 Trastornos lectores y TDAH**

Un alto porcentaje de niños con TDAH presenta una lectura deficiente, debido a una disfunción en el procesamiento de la información. Las demandas cognitivas que plantea aprender a leer, hacen que muchos niños con TDAH fracasen en su consecución por no disponer de suficientes capacidades de atención y planificación. Orjales, señala que los niños TDAH cometen frecuentes omisiones en la lectura, omiten palabras o letras y sustituyen unas letras por otras. Su comprensión lectora es deficiente, tienen dificultades en la comprensión de textos largos a pesar de no tener puntuaciones bajas en vocabulario. Por su impulsividad y problemas de atención suelen omitir palabras e interpretar mal el contenido de la lectura. De esta manera en la comprensión de instrucciones escritas, el niño realiza la tarea en función de la información que ha logrado retener, considerando sólo algunas variables en la ejecución de las tareas (Peláez, 2014).

## 7. Conclusiones

Las descripciones de los trastornos de conducta en la infancia de lo que hoy se conoce como El TDAH es un síndrome caracterizado por un patrón de falta de atención o hiperactividad - impulsiva que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo de actividades. los síntomas son inconsistentes con el nivel evolutivo presentando un impacto negativo en el rendimiento académico y en el establecimiento de relaciones sociales

En la actualidad el índice de niños diagnosticados con TDHA va en crecimiento afectando significativamente de recurrencia o aparición de comorbilidades psiquiátricas como trastornos de conducta, afectivos, ansiedad, comportamiento antisocial y abuso de sustancias. La historia de los niños catalogados como hiperactivos se concibe de forma peculiar, desde la etapa prenatal (embarazo) en algunos casos madres de avanzada edad soñando un hijo y padres (hombres) que no desean ser padres, cada uno construye una imagen del niño de acuerdo a sus propios deseos y a la imagen soñada. Estos niños se perciben inquietos, dan golpecitos con las manos o los pies, se retuerce en el asiento, les cuesta permanecer sentado en el aula o en otras situaciones, están en constante movimiento, van de un lado para otro o trepan en situaciones no apropiadas. Los padres rechazan en el niño aquellos placeres que su propio súper yo castiga en sí mismos lo que fue reprimido en la madre, el placer de moverse, tocar y ensuciar,

Desde una perspectiva psiquiátrica el trastorno de déficit de atención e hiperactividad TDAH es un trastorno mental que comprende la combinación de problemáticas existentes que inician con la dificultad de prestar atención, hiperactividad y conducta impulsiva, el cual es abordado mediante la utilización de estimulantes como el metilfenidato, es el fármaco que mejora la hiperactividad y la inatención en niños con TDAH sin embargo, existen múltiples consecuencias de este medicamento como la disminución del apetito, problemas de sueño, dolores de cabeza y de estómago, somnolencia, irritabilidad, llantos frecuentes, tensión muscular y movimiento incontrolable de una parte del cuerpo. De igual forma se utilizan marcas comerciales muy comunes que incluyen Ritalin, Concerta, Daytrana, Focalin y anfetaminas Adderall, Dexedrine y Vyvanse

---

incluyendo en esta medicación efectos secundarios tales como nerviosismo, mal humor, ritmo cardíaco acelerado y presión arterial elevada.

La lista de medicamentos propuestos por los psiquiatras para el manejo del diagnóstico del TDHA es muy conocida por padres de niños diagnosticados que desde los 6 años inician este camino de citas con psiquiatras, psicólogos clínicos y neuropsicología volviendo su cotidianidad en la realización de pruebas, test, medicación y psicoterapias cognitivas conductual finalizando con el establecimiento de adecuaciones curriculares que les permitan desarrollar un supuesto adecuado proceso educativo.

La conducta de los niños que se medican, al ser diagnosticado con TDHA oscila entre la pasividad permanente durante el efecto del fármaco, la poca socialización con los que lo rodean; desmotivación para realizar actividades; estado que se aleja de un sujeto acto para procesos de enseñanza y aprendizaje.

Debido a este fenómeno se ha indagado en otra fuente de análisis y reflexión que brinde la posibilidad de abordar desde la particularidad al sujeto y la forma en que se debe tratar este diagnóstico acercándonos al psicoanálisis.

Desde una óptica psicoanalítica, se entiende por hiperactividad la forma de estructuración psíquica en que los ejes principales son las dificultades de autocontención, la fragilidad en el equilibrio narcisista y el déficit de mentalización.

Analizar la problemática de lo considerado como TDAH desde el psicoanálisis pasando del trastorno al síntoma permite comprender lo que sucede en el sujeto y cuestionarse cuáles son las coordenadas del niño en su contexto y todo lo que resulta relevante en su constitución psíquica. Los psicoanalistas afirman la existencia de un vínculo que relaciona el inconsciente y la relación con el Otro. La hiperactividad se evidencia en un niño desatento que presenta además trastornos de la conducta que se produce por una excitación que genera un estímulo que perturba su entorno escolar y familiar. La atención para el psicoanálisis es una función que para su cumplimiento es necesario que se realicen ciertos procesos en un contexto adecuado, desde la perspectiva psicoanalítica el déficit de atención se cataloga inhibición de la función atencional.

---

Freud se refiere a la inhibición como la disminución de la función en este caso la atención, la expresión de una restricción funcional del yo y que esta restricción puede obedecer a diversas causas entre ellas la libido se aleja de ubicarse en determinados objetos externos como la escuela. Los niños diagnosticados con déficit de atención en edad escolar se perciben con la dificultad de centrar su atención en las indicaciones dadas por sus maestros y cuidadores permitiendo una influencia directa de sonidos, acciones y estímulos externos en su desempeño escolar. Es necesario que por parte del docente se implementen estrategias pedagógicas adecuadas para el manejo de la función atencional (perspectiva psicoanalítica) como la debida información sobre el diagnóstico del estudiante, la utilización de didácticas y estrategias audiovisuales que motiven e incentiven la concentración en los infantes.

Freud en *La neurastenia y la neurosis de angustia* (1894), presenta el siguiente esquema: La excitación somática periódicamente se transforma en un estímulo para la vida psíquica, lo cual implica un estado psíquico de tensión y el consecuente empuje (Drang) que tiende a suprimirla. Se torna necesaria la descarga psíquica por la vía de la acción adecuada. Freud de los avatares de esta "descarga", puede suceder que la descarga (a la que asimilaremos a la palabra acción) adecuada sea reemplazada por una menos adecuada (lo que explica la neurastenia) o que la acción sea totalmente inadecuada. En esta época la angustia será el derroche de lo que no pudo ser descargado (o actuado adecuadamente). El síntoma será el signo de una acción inadecuada. Para que la acción sea exitosa (adecuada) se debe operar la inscripción psíquica y el encuentro de lo real (en el sentido de la realidad exterior) y aquí aparece necesariamente el Otro, que será el mediador para "actuar" específicamente.

El psicoanálisis al introducirse en el campo educativo concluye, que solo puede ser educador quien es capaz de comprender por empatía con el alma infantil. Los adultos que deciden trabajar en la orientación de procesos de transmisión de conocimientos y de formación de seres humanos en etapa infantil deben reflexionar sobre la importancia de generar lazos de confianza, fraternidad que permitan establecer una relación armónica y motivante para el sujeto que debe aprender.

El Psicoanálisis permite construir claves de lectura del malestar que irrumpe en el escenario escolar, ofreciendo herramientas para la producción de prácticas educativas innovadoras”. Mediante la reflexión e indagación de las prácticas escolares se permite mejorarlas y adecuarlas a las necesidades del sujeto y sus particularidades sobrepasando la generalización y homogenización de los individuos. Freud asigna a la educación la tarea de administrar, en un equilibrio aceptable para todos, los sacrificios y los beneficios que la realidad impone a la inmediatez del placer. El psicoanálisis es la perspectiva distinta que concibe la educación de un sujeto como la finalidad de acercarlo a la libertad.

A partir de la inclusión de los aportes del psicoanálisis al diagnóstico de TDAH los padres, maestros, psicólogo; logran construir un conocimiento más amplio referente a la forma de abordar y orientar procesos de lazos afectivos, educativos y conductuales en niños.

La experiencia de llegar a la escuela por parte de los infantes debe ser agradable y placentera, por iniciar la adquisición de conocimientos en las diferentes esferas del saber y la maravillosa posibilidad de socializar con los pares a través de la interacción oral, corporal y el contacto físico con el otro.

Sin embargo, existen un sin número de experiencias en el ámbito de la educación que generan inconformidades a nivel individual , alejando del placer que debe generar este acto cotidiano, debido a la implementación de modelos educativos rígidos y tradicionales, que incrementan las dificultades en los procesos de aprendizaje en niños diagnosticados con TDAH, manifestándose en un aumento la estigmatización existente y la generalización de conductas por parte del orientador del proceso educativo al discriminar la particularidad del sujeto e intentar homogeneizar las conductas, acciones o manifestaciones del infante.

El encuentro con un niño que porta un síntoma debe ser supeditado a su familia y la lectura de esta como entorno que predetermina su comportamiento desde la genética y lo emocional, trascendiendo a la escuela ese entorno social que permitirá el desarrollo cognitivo del sujeto por medio de un adulto que orienta y enseña.

Debe entenderse la historia de un niño o niña, está ligada a las historias, pasiones y prohibiciones de quienes lo rodean, la familia y el universo en el que se incluye. El niño hiperactivo queda expuesto a la significación de un ser necesitado constantemente de la presencia del otro de su acompañamiento (Janin, 2011)

---

## Referencias

- Aja López, R. E. (2021). *Revisión bibliométrica sobre arteterapia y TDAH* [trabajo de monografía, Universidad de Valladolid]. <https://bit.ly/3zEG0ec>
- Alvarado, K. (2005). ¿Qué nos puede aportar el psicoanálisis en la comprensión de las relaciones en la escuela? *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"* 5. Universidad de Costa Rica. <https://bit.ly/3vmlhbb>
- Aichhorn, A. (2009). *Juventud Descarriada*. Gedisa.
- Barkley, R. (1997). Inhibición conductual, atención sostenida y funciones ejecutivas: construyendo una teoría unificadora del TDAH. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94. <https://bit.ly/3S9j4v9>
- Barkley, R. (s.f.). *Modelo del funcionamiento ejecutivo en el TDAH* [conferencia]. Fundación CADAH. <https://bit.ly/3oCYTIu>
- Bello, M. & Pinzón D. (2018). *Aportes pedagógicos para la atención educativa de estudiantes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la primera infancia* [tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana]. Biblioteca digital Pontificia Universidad Javeriana.
- Bonilla, M. (2019). *TDAH: Del Diagnóstico DSM Al Enfoque Psicoanalítico* [trabajo de monografía, Universidad de Antioquia Medellín]. Biblioteca digital Universidad de Antioquia.
- Bustamante, G. (2009). *Investigación, psicoanálisis, educación Parte II: avance de investigación: Freud, la educación, el psicoanálisis*. [tesis de maestría, Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá]. Biblioteca digital Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá Colombia.
- Chevallard, Y. (2000). *La transposición didáctica. Del saber sabio al saber enseñado*. AIQUE.
- Cueva Rubio, M. A. (2015). *El déficit de atención desde el psicoanálisis, del trastorno al síntoma* [tesis de maestría, Universidad Católica Santiago de Guayaquil]. <https://bit.ly/3z8ofTg>

- 
- Elgarte, R. (2009). Contribuciones del Psicoanálisis a la educación. *Revista educación, lenguaje y sociedad*, VI(6).
- Biederman, J., Faraone, S. V., Jetton, J. G. & Tsuang, M. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine*, 27(2), 291-300. <https://doi.org/d35hx2>.
- Freud, S. (1905d). Tres ensayos de Teoría Sexual. *Obras completas*. Amorrortu
- Freud, S. (1913). El interés por el Psicoanálisis. *Obras completas*. Tomo XIII. Amorrortu.
- Freud, S. (1916). Los caminos de la formación de síntoma. Conferencia 23. *Obras completas* Amorrortu.
- Freud, S. (1917). El sentido de los síntomas. Conferencia 17. *Obras completas* Amorrortu.
- Freud, S. (1925). Inhibición, Síntoma y Angustia. *Obras completas* Amorrortu.
- Freud, S. (1932). Nuevas Conferencias De Introducción Al Psicoanálisis. *Obras completas* Amorrortu.
- Freud, S. (1984). Introducción Al Psicoanálisis Para Educadores. *Obras completas*. Paidós.
- Klein, M. (1923). *El Papel de la escuela en el desarrollo libidinal del niño*. Biblioteca Melanie Klein. <https://bit.ly/3vk2EGc>
- Llanos, L. J., García R. D., González T. H. & Puentes R. P. (2019). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años*. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), <https://bit.ly/3cINUuc>
- Montes, E. (2015). *El Síntoma Del Niño Que No Aprende*. Instituto De Psicología Clínica. Universidad De La Republica De Uruguay
- Moyano, S. (2011). De lo imposible (y posible) en educación. *Interrogant*, 11. <https://bit.ly/3b71Ct3>
- Pelayo Teran, J. Trabajo V, & Zapico M. (20129), Aspectos Históricos y evolución del concepto de trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Mitos y Realidades. Cuadernos Psiquiátricos*, 11(1), 7-35.

- 
- Sierra, N. & Delfino, D. (2012). *Psicoanálisis y educación: aportes freudianos* [ponencia]. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XIX Jornadas de Investigación. VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. <https://bit.ly/3PE6j9X>
- Sierra, A. (2021). Psicoanálisis y Educación. La Apertura de un nuevo conocimiento. *Revista de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de Psicología*, 9(25). <https://bit.ly/3JcmKbt>
- Orozco Santacruz, M. (2012). *El déficit de atención de la hiperactividad como síntoma: una mirada psicoanalítica*. [Tesis de especialización, Universidad de San Buenaventura Cali]. Biblioteca digital San Buenaventura Colombia.
- Montes Pianavilla, E. (2015). *Los caminos de la formación de síntoma*, Conferencia 23 – 1978a.
- Muñoz Y., J. A., Montserrat, P, Salvadó, B., & Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurol Colomb*, 22(2). <https://bit.ly/3oBcmAh>
- Quintanar, L., Rojas, R., Gómez Moya, Y., Solovieva, M. del R., & Bonilla S., M. (2011). Características neuropsicológicas de niños preescolares con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista CES psicología*, 4(1). <https://bit.ly/3JcePKX>
- Tirapu, J. & Muñoz, J. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 41(8), 475-484. <https://doi.org/h6ds>
- Ubieto, J. (2019). Los malestares actuales de la infancia psicólogo clínico. *Revista Catalana de Pedagogía*, 15. <https://bit.ly/3S1K2EV>
- Vaneskeheian, A. (2022). *El concepto de carácter en la obra de Sigmund Freud*. Letra Viva