

**“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”
UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE
LA HIPERACTIVIDAD**

**“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”
UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE
LA HIPERACTIVIDAD**

GLORIA EUGENIA ROJAS GUEVARA

**UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION
EN PSICOLOGIA CLINICA CON ORIENTACION PSICOANALITICA
SANTIAGO DE CALI
2016**

**“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”
UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE
LA HIPERACTIVIDAD**

**“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”
UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE
LA HIPERACTIVIDAD**

**Trabajo de grado para optar el título de
Especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica**

**Presentado por:
Gloria Eugenia Rojas Guevara**

**Presentado a:
Mónica P. Larrahondo.
Psicóloga.
Magister Psicoanálisis.**

**UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION
EN PSICOLOGIA CLINICA CON ORIENTACION PSICOANALITICA
SANTIAGO DE CALI
2016**

“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”
UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE
LA HIPERACTIVIDAD



1

Imagen: Como educar a los niños en la creatividad.2016. Recuperado de:<http://www.escuelaenlanube.com>

....¡¡Qué niño más gracioso!!! y más velocidad todavía...

La atención no existe, ¿para qué? Si ya tengo toda la información dentro de mí...eso creo...

Solo los mensajes al corazón hacen que me pare...y me detengo...rigurosa y muy atentamente...

Pocos han sido los mensajes y la cúpula se ha hecho dura, impenetrable....suerte que el corazón no olvida....

*Angel
España*

Hiperactivo.

Recuperado <http://sociedadpoetasanonimos.blogspot.com.co/2010/11/hiperactivo.html>

“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”
UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE
LA HIPERACTIVIDAD

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	4
Abstract	6
Introducción	7
1. EL CASO:	11
“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”	11
2. DESARROLLO	16
2.1. La hiperactividad, una mirada por la psiquiatría	16
2.2. ¿Hiper- actividad, hiper- excitación?: una mirada psicoanalítica	20
2.3. Hiperactividad, síntoma de la pareja parental	25
Conclusiones	29
Referencias bibliográficas	32

Resumen

El presente estudio de caso al que se ha denominado “QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA” es la expresión de una madre desbordada en su afectividad, cuando en una de las sesiones de consulta presenta a su hijo manifestando su angustia porque ya se le hace no soportable las quejas constantes sobre los comportamientos de su hijo, tanto en la casa como en el colegio.

Es el caso de JP el que permite plantear la pregunta sobre cómo entender el diagnóstico de Hiperactividad (TDAH) desde un punto de vista psicoanalítico, aplicando conceptos basados en la teoría de Freud y Lacan. Inicialmente se presenta una descripción del caso que refieren antecedentes personales y la dinámica de la estructura familiar. En el desarrollo del caso se organizan 3 apartados en el que se hace una reflexión desde dos puntos de vista, el primero desde la mirada del diagnóstico psiquiátrico y el segundo desde el psicoanálisis. Por consiguiente en un primer apartado se ha titulado la Hiperactividad, una mirada por la psiquiatría en la que se reflexiona frente ante el sistema de clasificación de la enfermedad. En el segundo ¿Hiper- actividad, Hiper- excitación?: una mirada psicoanalítica en la que se plantean una reflexión sobre algunos determinantes relacionados con el desborde pulsional. Y un tercero denominado Hiperactividad, síntoma de la pareja parental, en la que las pulsiones son comprendidas como consecuencia del malentendido de la pareja es decir, el comportamiento desbordado del niño es el síntoma de la pareja. Aquí se presenta haciendo un análisis del caso tomando a Lacan 1969 con su escrito “Dos notas sobre el niño”. Finalmente unas conclusiones en la que a partir del caso se plantean la comprensión del caso.

Abstract

This case study that has been called "BE GONE WITH DAD OR LEAVING WITH DR" is the expression of a mother overwhelmed by their emotions, when in one of the consultation sessions presents his son expressing his anguish because he already does not bearable constant complaints about the behavior of his son, both at home and at school.

JP is the case which allows to raise the question of how to understand the diagnosis of hyperactivity disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view, applying based on the theory of Freud and Lacan concepts. Initially a description of the case relate personal history and dynamics of family structure is presented. In the development of case 3 sections in which a reflection from two points of view is organized, the first from the perspective of psychiatric diagnosis and a second from psychoanalysis. Accordingly in a first section is entitled Hyperactivity, a glance psychiatry which reflects front to the classification system of the disease. The second ¿hyperactivity, hyper- excitement? : a psychoanalytic look in which a reflection on some instinctual determinants related to overflow arise. And a third called Hyperactivity symptom of the parental couple in which the drives are understood as a result of misunderstanding of the couple, that is the symptom overset child's behavior is a symptom of the couple. Here is an analysis of the case by taking Lacan 1969 with his essay "Two notes about the child." Finally conclusions in the case that arise from understanding the case.©

Introducción

La madre de JP llega a consulta con su hijo diciendo en tono hostil, a punto de desbordar en llanto, “que se vaya con el papá o lo dejo con la doctora”, al referirse a la inquietud, la desobediencia y las constantes quejas del colegio de su hijo porque no copia, tiene desatención en clase, pelea con sus compañeros y con su hermano, tiene bajo rendimiento académico y una actitud oposicionista frente a las órdenes y los límites. Estas conductas designan falta de atención, inquietud e impulsividad, descritos por el DSM-IV como síntomas que señalan un trastorno hiperactivo con déficit atencional (TDAH). Pues bien, tras el diagnóstico de TDAH, otorgado por la psiquiatra, se le orienta la medicación para que el niño esté “calmado”, “quieto”, y deje a su madre también estar “tranquila”.

Según el DSM IV – TR (1) existe tres ejes importantes que caracterizan a nivel conductual el TDAH: la desatención, la hiperactividad y la impulsividad. *La Desatención* es comprendida como una dificultad del niño para prestar la atención suficiente a los detalles, o incurrir en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. El niño con TDAH tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas, parece no escuchar cuando le hablan directamente, no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo; pero tales conductas no se deben a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones. Así mismo, la desatención refiere a la tendencia a perder sus objetos necesarios para tareas o actividades, se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes y es descuidado en las actividades diarias. Por otra parte, la *Hiperactividad* es comprendida en el niño porque mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento; abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera

que permanezca sentado; corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo; tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio; generalmente "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor; y habla en exceso. Y, por último, la *Impulsividad*, se describe como la tendencia en precipitar respuestas antes de haber sido completadas las preguntas, dificultades para guardar turno e interrumpir, o inmiscuirse en las actividades de otros.

Establece el manual diagnóstico algunas condiciones para el diagnóstico de TDAH ,como que los síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención, que causan alteraciones, estén presentes antes de los 7 años de edad y se presenten en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en la casa). También deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social y académica.

A partir del 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) actualiza el DSM a una quinta versión, DSM5; el cual introduce cambios en la definición del TDAH, sin embargo conserva los criterios de evaluación tales como aparecen en el DSM-IV.

Ahora bien, al revisar la historia de JP, comentado anteriormente, se encuentra una separación de los padres y un ambiente familiar tenso (discusiones) en el lugar donde habita junto a su madre, hermanos y abuelos. También se observa una ausencia del padre en el cumplimiento de su responsabilidad económica, al mismo tiempo que se muestra distante afectivamente (poca expresión de cariño, desinterés en su hijo). En cuanto a la madre, ella es una mujer con estado anímico bajo, que trabaja y debe dejar solos a sus hijos. Estos antecedentes sugieren que es posible que el comportamiento hiperactivo de JP sea debido a conflictos emocionales que puede estar experimentando debido al ambiente conflictivo que vive en su núcleo familiar. En otras palabras, el comportamiento hiperactivo del niño podría ser

considerado como un síntoma que responde a lo sintomático del grupo familiar, y más específicamente a lo sintomático de la pareja parental.

El psicoanálisis, como disciplina que indaga más profundamente en la psiquis del ser humano, permite plantear interrogantes respecto al diagnóstico de TDAH, cuestionando además del diagnóstico, el tratamiento farmacológico y los centrados exclusivamente en el aprendizaje. En ambos casos se apunta al ideal universal de la “buena adaptación”, aspecto que contradice el principio psicoanalítico de la singularidad subjetiva.

Pues bien, de acuerdo a la experiencia clínica en centros hospitalarios de salud mental se encuentra casos de pacientes que necesitan un tratamiento interdisciplinario debido al deterioro de la salud mental del niño, que afecta en otros campos como el aprendizaje y las relaciones interpersonales. Sin embargo, siendo una cuestión tan delicada no debería pasarse a la ligera en el tratamiento del TDAH, solo tratando de reducir síntomas y generando adaptabilidad. Es posible preguntarse entonces, desde una perspectiva psicoanalítica, *¿qué le ocurre al niño diagnosticado con TDAH en su proceso de desarrollo, que le genera tanta ansiedad, que se tramita en movimiento e inquietud?*

El psicoanálisis con sus postulados freudianos sobre pulsiones, desarrollo psicosexual y complejo de Edipo, permite reflexionar y encontrar que no solo desde la manifestación de la conducta se puede dar respuesta a la problemática de la hiperactividad en la infancia, sino que esta merece ser considerada como un *síntoma*, y como tal remite a un sentido, posiblemente edípico, y a una satisfacción pulsional.

Es así como se plantea en el presente trabajo la pregunta respecto al modo como se puede entender el diagnóstico de TDAH desde la teoría psicoanalítica, y, a su vez, poder dar cuenta de

esta concepción a partir de la clínica misma. De allí que en el presente estudio se aborda el caso clínico de JP, donde el diagnóstico de hiperactividad, otorgado por psiquiatría, es puesto en cuestión a partir del momento en que se observa una mejora sintomática cuando se suspende el tratamiento farmacológico. Por consiguiente, la pregunta que orienta la lectura del caso queda formulada del siguiente modo: *¿cómo entender la hiperactividad en el caso de JP, niño de 9 años diagnosticado por psiquiatría con TDAH?* Cabe señalar que se trata de la relectura del caso de JP, en tanto él es un niño que fue atendido hace 3 años por quien escribe y construye el caso.

Se parte entonces de la siguiente hipótesis: *para el psicoanálisis el TDAH es un síntoma, y, como tal, aguarda un sentido y una satisfacción pulsional*, lo que habría que ver es cuál es el sentido que tiene el síntoma de hiperactividad, en el caso de JP en particular, así como su singular manera de gozar. Por consiguiente, el *Objetivo General* de este trabajo consiste en realizar una lectura del síntoma de hiperactividad de un niño de 9 años teniendo por marco conceptual la teoría psicoanalítica lacaniana. Y para responder a este objetivo, se hace necesario precisar los siguientes *objetivos específicos*:

Identificar a partir de la lectura “Notas sobre el niño” de Lacan si el síntoma de hiperactividad, presente en el caso de JP, responde a problemáticas inherentes del grupo familiar, o, si más bien responde a la subjetividad de la madre.

Identificar la satisfacción pulsional presente en el síntoma de hiperactividad.

1. EL CASO:

“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”

J.P es un niño de nueve años que consulta por primera vez a psicología y a psiquiatría a la edad de seis años por problemas del comportamiento: es descrito como inquieto, agresivo e impulsivo. Anteriormente, a la edad de dos años, fue diagnosticado por neurología con *déficit de atención con oposición desafiante*, habiendo tenido un manejo con clonidina. Esto indica que J P desde muy temprana edad ha tenido problemas en el comportamiento, los cuales parecen responder a cuestiones subjetivas y estructurales. La madre observa que desde muy pequeño, J P presentaba inquietud motora. Sin duda, no era un niño tranquilo.

Ahora bien, el incremento de su sintomatología al momento de la consulta coincide con la separación de sus padres, quienes discutían por problemas económicos, y al momento de la consulta J P vive con su madre y su hermano menor en casa de sus abuelos maternos.

En cuanto a la estructura y dinámica familiar, su madre es una mujer con estudios técnicos en secretariado, se ocupa de las labores del hogar y trabaja como manicurista. Se observa la presencia de una madre ansiosa y pujante. Se puede identificar que se trata de una madre, a quien le ha tocado asumir el rol de cabeza de hogar; pero quien también exige a su hijo ser un niño adaptado, tranquilo y en silencio. Su padre es un hombre con estudios secundarios que solía trabajar en oficios varios durante extensas jornadas laborales, la madre informa que el padre mantenía poco tiempo en el hogar, pero, aun así, el niño era muy apegado a él. Se identifica a un padre muy tranquilo al límite de ser “pasivo” e indiferente con el comportamiento desbordado de su hijo. Desde la teoría psicoanalítica es posible afirmar que este padre fracasa en su función de

limitar y acatar el desbordamiento pulsional. El padre delega la función del padre educador a la madre, quien se encuentra “cansada” y menos tolerante con su hijo.

Describe la madre que cuando la familia convivía juntos el ambiente era “tranquilo”, ambos padres trabajaban y JP mantenía un vínculo afectuoso con su hermano. La madre sitúa como punto de quiebre en la subjetividad de JP la separación del padre (6 años edad del niño), pues a partir de ese momento comienza a ser más agresivo, especialmente con su hermano.

Cuando la madre lleva su hijo a consulta comenta que además de los problemas de comportamiento, le preocupa sus ideas de muerte, JP dice que se quiere morir porque “nadie lo quiere”, “nadie lo valora”; a la madre le reprocha que por su culpa el papá no lo visita. JP le dice a la madre “que el papá no lo quiere, que no lo va a visitar, y que yo le pego mucho, que él estorba todo el mundo y por eso se quiere morir”.

Después de la separación de sus padres, sus cambios de comportamiento son, en efecto, más drásticos y agresivos, busca hacer llorar a su hermano, la madre comenta: “hasta que no lo ve llorar no queda tranquilo”.

La madre también comunica que su hijo hizo un “intento suicida” después de hablar por teléfono con su padre, lo encuentra con rabia e intenta tirarse de un tercer piso. Durante las entrevistas se puede observar que dicho “intento suicida” responde a un acto impulsivo. Estos actos impulsivos también aparecen en la relación con el otro bajo la forma de conductas heteroagresivas. El día anterior a una consulta por psicología había tomado un cuchillo al mismo tiempo que amenazaba al hermano. Dice la madre: “ayer el hermano salió del cuarto gritando, porque él [JP] cogió un cuchillo y dijo que se iba a matar; sin embargo yo lo vi que él salió del cuarto riéndose con el cuchillo y se lo quité, esto ya lo ha hecho dos veces.”

Los cambios del comportamiento también se sitúan en el colegio: se torna agresivo con sus compañeros de escuela “les tira piedras y los muerde”. La madre recibe constantemente quejas acerca de que es muy inquieto, no deja dictar clases y molesta a sus compañeros.

Es evidente entonces que a la madre le preocupa los cambios drásticos del comportamiento, ante los cuales no sabe cómo manejarlo. En muchas ocasiones la madre se pregunta si las conductas agresivas, especialmente las auto agresivas, son un chantaje por ver a su padre, o si de verdad él quiere terminar con su vida. Sin embargo, en la descripción que la madre hace de su hijo se puede identificar que el comportamiento impulsivo responde a cuestiones estructurales: “...cuando [JP] hace algo malo, dice que escucha una voz que le dice que haga cosas, y se desespera si no lo hace...” Las alucinaciones auditivas imperativas, más la impulsividad y las conductas auto y heteroagresivas, es lo que conduce a ser medicado por psiquiatría con risperidona, medicamento antipsicótico. Sin embargo el diagnóstico psiquiátrico presuntivo es, además del TDAH, “trastorno mixto de la conducta y de las emociones.” Y es en este punto donde surge los siguientes interrogantes donde no se encuentra una respuesta concluyente: ¿por qué se le medica con una antipsicótico?, ¿será un caso de psicosis? Y si es así porque no se diagnostica como tal? ¿Será porque en los manuales diagnósticos la psicosis infantil no es un diagnóstico por sí mismo?, o, ¿será porque este niño no es un psicótico por más que tenga síntomas psicóticos agudos?

El proceso de psicoterapia inicia entonces cuando la madre se encuentra desesperada frente al comportamiento de su hijo, además de las continuas quejas del colegio, llegando incluso a la negativa de la institución en sostener su cupo escolar.

En los controles por psiquiatría trataron de estabilizar su nivel de inquietud ensayando con diversos medicamentos (risperidona, atomoxetina, metilfenidato); sin embargo siempre fue

“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”
UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE
LA HIPERACTIVIDAD

constante la queja de la madre sobre su inquietud y no saber qué hacer, aspecto que indicaba la angustia materna. Durante el proceso se precipita una derivación a urgencias a la madre cuando en una de las sesiones llego desbordada en su afectividad y manifiesta *“que se vaya con el papa o lo dejo con la doctora”*.

La madre también fue medicada y remitida a tratamiento psicológico, dice: *"a veces las cosas para mí no tienen sentido... no tengo sueños, el ya no se acercó más a la casa de sus hijos, por resentimiento hacia mí"*. En efecto, el padre tuvo que ser llamado por parte de la institución de salud para que atendiera a su hijo en su función paterna. A partir de este evento se empiezan a generar ciertos cambios en la actitud del padre, obteniéndose más acercamiento hacia su hijo.

En consulta el niño siempre se mostró muy activo, exploraba y sacaba juguetes, expresaba lo que pensaba sobre los otros, generalmente se mostraba opositor cuando la madre comentaba sobre su comportamiento. El espacio de psicoterapia para el niño le facilita expresar su malestar frente a la incomprensión de sus docentes y su dificultad en las relaciones con sus compañeros. Dice: *“todos pelean conmigo ... me sacan la rabia y los dejo llorando - mi mama me dice que cuando me peguen que me defienda"* De la profesora dice que le agrada, luego agrega porque *"todas las profesora eran malas ... y ...una profesora que les pega a los niños ... a mí siempre me pega y me echa ají en la lengua y en los labios porque a veces me quedan muchas cosas de escribir y me dice que me echa ají ... yo me arañó para no ir para allá ... es muy agresiva y muy aprovechada con los niños ... y si me echa ají llamo a mi abuelo , abuela mi tía y se mete en un gran problema”*.

“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”
UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE
LA HIPERACTIVIDAD

El niño tuvo cambios de colegio siguiendo recomendaciones a un curso de pocos alumnos, lo cual favoreció su rendimiento escolar, y esto parece influir en la madre ya que se la observa tranquila.

Hacia el final de las sesiones la madre muestra una actitud diferente frente al niño, señala que su hijo la escucha más, el rendimiento académico es bueno, su padre tiene más acercamiento con JP, lo saca a pasear y el niño ya puede dormir solo. La madre desarrolló nuevas formas de acercamiento hacia su hijo, y en la última consulta reporta comportamiento mejorado en el niño y más autocontrol por parte de ella. Por su parte, el menor en consulta se mostró durante todo el proceso con un estado ansioso que lo manifestaba en su inquietud motora, sin embargo, se constata que a mayor conflicto vivido durante la semana en el colegio o en la casa, se torna más irritable. Sin embargo en el consultorio puede mantener su atención por un tiempo, acata indicaciones con más facilidad. La madre reconoce que su actitud y su rol fue importante *“ahora me dedico más a estar con él,”* Finalmente comenta que dejó de darle medicamento y de estar llevarlo a terapias.

2. DESARROLLO

El caso JP ocurre en un contexto hospitalario dentro del servicio de salud mental. Es evidente entonces que en JP intervenga distintas disciplinas, siendo la más destacada la psiquiatría; de allí la necesidad de introducir la Hiperactividad desde una mirada psiquiátrica, para después distanciarse de ella e introducir lo que el psicoanálisis puede decir en relación a la problemática infantil denominada Trastorno de Hiperactividad, en la cual se destaca lo que la misma indica en relación a una hiper excitación que se entiende como la hiperactividad de la pulsión. Así mismo el psicoanálisis orienta que tras el diagnóstico de hiperactividad se encuentra, además de la pulsión, un sentido, en tanto se considera la Hiperactividad como un síntoma. Y en Dos notas sobre el niño, Lacan (1969) plantea que “el síntoma infantil responde o bien a la problemática de la estructura familiar o a la subjetividad de la madre” Lacan 1969(pag.55) En el caso de JP se plantea a manera de hipótesis que el síntoma del niño corresponde al malentendido de la pareja parental, pero antes de arribar a ello se realiza una breve revisión conceptual en relación al diagnóstico de hiperactividad desde la perspectiva psiquiátrica.

2.1. La hiperactividad, una mirada por la psiquiatría

Los datos históricos acerca del diagnóstico de la hiperactividad se remontan desde la revolución industrial en la Inglaterra del siglo XIX hasta la actualidad. Su evolución fue desde dos frentes, el europeo en el que hay un claro predominio de la psicopatología francesa; y el anglosajón. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un concepto que a través

de la historia ha tenido sus variaciones en su definición. “La hiperactividad tiene un desarrollo histórico más bien próximo a nuestra era, ya que la preocupación por este trastorno surgió a comienzos del siglo xx. En su aparición como trastorno clínico, al contrario que sucedió a otros, pesaron más los factores ideológicos que los puramente científicos o clínicos”. (Navarro 2010, pág. 24).

De acuerdo al recuento histórico que realiza Navarro (2010), el concepto de hiperactividad se empieza a referir desde 1798 cuando se trató como incapacidad de atención e inquietud; luego pasa a hiperexcitabilidad, expresión precursora de la hiperactividad. De acuerdo a investigaciones este concepto se relacionó con disfunción en el córtex cerebral; también observaron que la ablación del lóbulo frontal en los monos produce excesiva inquietud motora y pobre concentración. En 1936 observan en los niños un comportamiento similar al de los primates que han sufrido de lesiones lóbulo frontal. Las conductas también se atribuyeron a un defecto en el control moral, causado por alteración biológica innata o adquirida en el periodo prenatal. En 1950 se asoció a daño cerebral infantil, luego paso a disfunción cerebral mínima cuando observan que no solamente las problemáticas atencionales y de comportamiento no siempre eran debidas a discapacidad psíquica. La psicobiología refiere que la hiperactividad requiere de tratamiento farmacológico; se perfilo entonces en trastorno Hipercinetico.

De acuerdo a Navarro (2010), otra idea que se popularizó en torno a la hiperactividad es la relacionada con la reacción alérgica a algunos alimentos, posteriormente se definió como trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad., los términos son asumidos por el DSM-III caracterizando los criterios de investigación y procedimientos de evaluación estandarizados que persisten hasta la actualidad.

Después de este breve recuento histórico es importante señalar que es frecuente encontrar en consulta a niños con estas caracterizaciones que señala la hiperactividad, y por ello ya está siendo nombrada en temas de la política pública. Según Vélez y Vidarte(2011) citando la APA (2002) hay una prevalencia del TDAH que oscila entre 3 % y el 7 %, en población general, y entre el 10 % y el 15 % en población clínica. Vélez describe la existencia de estudios en Colombia sobre la prevalencia del TDAH en un 8.2%; y en estudios realizados en Cali se evidencia una prevalencia del TDAH del 16 %”.

De acuerdo a las Estadísticas del centro de salud donde se atendió a JP el diagnóstico de hiperactividad ha venido en aumento en los últimos años. Para el 2013 había un registro de 52 diagnósticos, que equivalen al 7.4 % de la población infantil que consultó durante ese año; pero en el 2014 había 61 diagnósticos, que son el 8.6 %; y ya en el 2015 hasta la fecha del 2016 van 57 nuevos diagnósticos, que equivalen al 10 % de la población infantil que consulta la institución. Esto muestra el incremento del diagnóstico de TDAH en la población infantil.

Con respecto al tratamiento propuesto para el diagnóstico de hiperactividad se encuentra una atención interdisciplinaria y en algunos casos farmacológica. Con respecto a este último se expresa una importante discusión entre algunos psicoanalistas, quienes cuestionan el diagnóstico de TDAH y el uso de fármacos. Braunstein (2013) hace referencia a que en la posmodernidad hay una necesidad de la psiquiatría por clasificar a los sujetos en una taxonomía de enfermedades, solo de esta manera existe el argumento para la medicalización y refiere a las enfermedades mentales como conceptos abstractos en la que quizás los trastornos puedan estar mal definidos, ya que no tienen la misma objetividad como puede notarse en la ciencia médica. El diagnóstico al ser comprendido como un sistema de clasificación, tiene por objetivo:

“Clasificar a todos los sujetos de esta posmodernidad encerrándolos en los cajones del espacio taxonómico regentado por la ciencia médica. Cualquiera sabe que las enfermedades son conceptos abstractos y a nadie le extraña que las supuestas entidades que los psiquiatras delimitan como trastornos estén mal definidas y se superpongan entre sí a punto tal que, frente a un caso singular, los juicios del clínico sean más bien opiniones personales, a diferencia de lo que sucede en medicina donde una fractura de hueso, una psoriasis o una hepatitis son hechos positivos y objetivables” (Braunstein, 2013, p 25).

De acuerdo al texto anterior, el establecer un diagnóstico tiene como fin clasificar, hacer la ubicación exacta de la causa de la enfermedad en el cuerpo para poder medicar, mostrando de esta manera la tendencia organicista.

Siguiendo esta lógica el diagnóstico de hiperactividad se localizaría en el sistema nervioso, siendo el cerebro el órgano principal. “El cerebro es fundamental sí, pues en él se desarrollan los procesos que hacen posible el habla, la memoria, la comunicación, las emociones, los sentimientos todo lo que es subjetivo... pero el órgano que se aloja en el interior del cráneo no es la causa de la subjetividad sino su sustrato.”(Braunstein, 2013, 27-28.). Es decir el órgano posee los caracteres físicos y permiten la funcionalidad, pero la subjetividad no está ahí, esta se construye a partir de la relación con un otro.

“Un espacio privilegiado en el proceso de medicalización es la inclusión de la conducta y la conciencia de los seres sociales y políticos en una clasificación que bajo la máscara de ocuparse de los “trastornos de la vida mental”, oculta una distribución de los sujetos humanos en categorías psicopatológicas y los hace clientes de prácticas y discursos de un

control tutelar y disciplinario ejercido por el amo a través de la ciencia del cuerpo”.
(Braunstein 2013).

2.2. ¿Hiper- actividad, hiper- excitación?: una mirada psicoanalítica

En la línea de pensamiento de psicoanalistas que generan e incitan a tomar otra posición frente al diagnóstico, señalando la existencia de una subjetividad del niño, la autora Janin (2004), plantea como idea principal la dificultad de la comprensión de la psicopatología infantil debido a la cantidad de diagnósticos que se encuentran en las clasificaciones, estos conllevan a que por los síntomas se categoricen a los niños de una forma que se pierde la identidad. Se pregunta acerca de los vaivenes de los niños, del niño como un sujeto en permanente devenir, de donde se ubican sus deseos, temores y sufrimientos, entonces, ¿porque suponerlos patológicos? Plantea que “cuando se toma la singularidad del sujeto, cuando se puede soportar que sea un “otro”, un semejante diferente, se puede comenzar a pensar acerca de las causas, de los momentos, de qué es lo que hace que ese niño se presente de ese modo” Janin 2004 (pág. 18). Critica el modelo de evaluación ya que solo queda en la valoración conductual, así como también el modelo médico -biológico en el que busca rápidamente la medicación, dejando en segundo plano otras formas de concebir las problemáticas del niño.

Aduce que en el psiquismo infantil es un psiquismo en estructuración, por lo tanto no es rigidificado, ni totalmente establecido, en tanto la infancia es fundamentalmente devenir y cambio.

Janin (2004) resalta la importancia del contexto, de la relación con los otros dice: “el psiquismo es una estructura abierta (en el sentido de que no es pensable un sujeto sin vínculos

con otros) y la realidad (en especial la realidad psíquica de los otros) es parte del aparato psíquico del niño.” Janin 2004 (pág. 21).

Lo que plantea fundamentalmente la autora es que hay que detectar el sufrimiento de un niño. Por eso mucho más que diagnosticar de qué tipo de trastorno psíquico se trata y ponerle un nombre, el tema es entender cuáles son las determinaciones de una dificultad, cuáles son las conflictivas que expresa y a quienes incluye. Todo niño requerirá un abordaje terapéutico acorde a cuáles son las determinaciones de su sufrimiento. Respecto al déficit de atención, centrándose en la hiperactividad, plantea: “la hiperactividad o un niño que se mueve sin metas... me centraré en las determinaciones psíquicas de la hiperactividad, entiendo además que está generalmente ligado a la impulsividad y que solo puede tomarse como síntoma cuando es movimiento desorganizado, con el que el niño puede dañarse, que generalmente está acompañado de torpeza motriz”. (Janin 2004, pág. 23.)

Prosigue la autora diciendo que si un niño se mueve mucho es porque desarrolla muchas actividades, es un niño activo, tampoco plantea que haya conducta descontrolada en el niño que se opone a las normas, y que tenga buen nivel de aprendizaje y excelente motricidad.

Janin 2004, refiere que el movimiento en el niño hiperactivo está relacionado con la dificultad en el armado de una protección antiestímulo, explica que estamos bombardeados por estímulos externos e internos, que de estos últimos hemos aprendido a lidiar con ellos, y con los externos hemos construido un sistema de protección frente a las excitaciones del afuera. Y que el requisito para que esto se construya es la posibilidad de diferenciar adentro y afuera.

“... además solamente recepción, algunos de los estímulos, filtrando otros, es imprescindible que haya construido un tamiz por el que pasa solo lo tolerable y una “piel”

que lo unifique y diferencie simultáneamente. Y para esto es fundamental que haya habido adultos que registraran sus propios afectos, que metabolizaran su propio desborde afectivo sin confundirse con el niño y que lo ayudaran por ende a registrar sus propios afectos.” (Janin 2004, pág. 24).

Explica que “en los niños se mueven sin rumbo suele haber una dominancia de una relación dual, madre e hijo, marcada por la persistencia de un vínculo erotizante, quedando el niño excitado y que fracasa en las posibilidades de construir un sistema de para-excitación y para incitación (protección hacia afuera y protección hacia adentro). Que son niños que viven los estímulos externos como si fueran internos y hacen movimientos de fuga frente a los mismos...la agitación lo ve como una defensa frente al desborde pulsional, intenta huir de sus propias exigencias pulsionales a través del movimiento. Lo que predomina es la urgencia como si estuvieran sujetos a exigencias que los golpean desde un interno – externo indiferenciado”. (Janin 2004, pág. 25). Es de esta manera como se comprende que en JP la hiperactividad, manifestada en la inquietud motora, alude al desbordamiento pulsional, el cual se encuentra presente desde su primera infancia. Desde los 2 años, JP es valorado por neurología ante la presencia de una pulsión que no cesa de insistir, aspecto que en el discurso médico es considerado como un “trastorno de déficit de atención con oposición desafiante”, lo cual llama la atención porque era muy pequeño para ser diagnosticado con déficit atencional, y los niños a esta edad se encuentran explorando el mundo y los diques de la cultura aún no se han instalado en su totalidad, por consiguiente es esperable una conducta de inquietud motora a esa edad. Es de anotar que para los padres asumir un diagnóstico a tan temprana edad es angustiante por la relación medicamento – enfermedad.

Con relación al movimiento del niño lo analiza como el fracaso con el armado autoerótico y en el dominio del propio cuerpo. “Lo que predomina es la dificultad para construir un mundo deseante en el que el placer sea posible. ... si el placer se construye en base a ritmos, que se van armando tempranamente en el vínculo con otro cuando el otro irrumpe imponiendo sus propios ritmos, la posibilidad de placer se cae”.(Janin 2004,pag. 25). En el caso de JP la dificultad para construir su mundo deseante estaría relacionado con la falta de un padre con una mayor presencia en su vida? O la ansiedad de su madre por ajustar a un hijo imaginado?

Cuando el niño en el proceso de integración o vínculo con los otros no recibe la atención adecuada para formar el placer y por el contrario es invadido por el otro impidiéndole su formación, este niño no puede satisfacer sus deseos y siempre tratara de aplacar sus impulsos a través de movimiento. Janin lo plantea “un niño que no puede satisfacer sus deseos, que está en “un mas allá” de la satisfacción, realizará un intento fallido de aplacar sus pulsiones a través de movimientos que le traerían una calma anhelada, pero que lo dejan insatisfecho”(Janin 2004,pag 26). El movimiento de JP es entonces una forma de salida a impulsos insatisfechos, los cuales serían de orden afectivo, pues el niño manifestó no sentirse querido y de vivir el rechazo del otro, incluso el de sus propios padres , tal como lo verbaliza en una sesión - “JP dice que se quiere morir porque “nadie lo quiere”, “nadie lo valora”- a la madre le reprocha que por su culpa el papá no lo visita - que el papá no lo quiere, que no lo va a visitar, y que yo le pego mucho, que él estorba todo el mundo y por eso se quiere morir”.

Fantasmas de exclusión en una relación dual, explica la autora que el niño supone una escena de la que puede ser expulsado pero no en términos de la conflictiva edípica , donde él podría ocupar un lugar, sino en un vínculo narcisista en el que la expulsión supone un no lugar, inexistencia para el otro, así se mueve como para evitar la exclusión – anulación que vendría

desde el otro, y este funcionamiento defensivo puede suscitar en el entorno un aumento de la hostilidad, en tanto los otros queden atrapados por el fantasma de exclusión y reaccionen imponiendo su presencia.

En el caso de JP, la exclusión en la relación dual podría pensarse por un lado en que la madre al no aceptar el movimiento de su hijo no le da un lugar; su inquietud y poco control sobre el menor le cuestionaría su funcionamiento como madre y en defensa de sí misma se torna agresiva con el niño y este a su vez también se defiende de la madre incrementado sentimientos hostiles. Por el lado paterno su ausencia y pasividad tampoco le supone un lugar al niño y esto le angustia. Entonces el movimiento de JP es una defensa a la exclusión que le hacen sus padres.

En el postulado sobre Dependencia de la mirada materna, Janin (2004) explica que “es habitual que el movimiento del niño capture la atención del adulto, que está pendiente, mirándolo como potencialmente peligroso. El otro intenta controlarlo con su mirada y este control al ser vivido como encerrante, suscita mayor movimiento, en un intento de volver a ejercer dominio que siente perdido. La angustia se manifiesta como descontrol de su propio cuerpo y supone que es la madre la que se ha adueñado de sus movimientos” Janin 2004(pág. 26). Como aporte de este dato para el análisis del caso de JP la mirada de la madre cargada también de pulsiones y afectos negativos aportan al poco dominio que el niño tiene de su cuerpo.

Otros determinantes que la autora Janin plantea acerca de la hiperactividad están relacionados con Falla en la estructuración de representaciones pre-conscientes: lo único que frena la acción inmediata es el pensamiento, es la posibilidad de interponer recorridos más complejos lo que frena la vía directa entre el impulso y la acción. Fracaso en la constitución del espacio de la fantasía, en la que hace referencia a que los niños actúan sus fantasmas, quedando

atrapados por ellos... Déficit en el armado de una piel unificadora.. hay niños que se mueven buscando un borde, un armado narcisista del que carecen. La falta de seguridad interna, así como los imperativos del yo ideal, dejan a los niños con severas dificultades para armar una imagen sostenible de sí mismo.” (Janin 2004, pág. 29).

El tema de la muerte refiere a la hiperactividad como defensa maniaca contra la depresión. (Diatkine citado por Janin 2004) Se explica entonces que para un niño la muerte puede estar equiparada a la quietud, y cuando el adulto los conmina a estar quietos suelen suponer que lo quieren eliminar, lo que en parte se corresponde con el deseo del adulto de que ese niño no moleste.

La madre de JP y sus docentes querían que “ el niño estuviera quieto “, pero lo que uno supone es que para JP es un equivalente a una no aceptación de si mismo, y en su defensa se genera inquietud, malestar que traduce en agresividad. JP estaría en una depresión sus cosas no le iban bien, recibía rechazo de su alrededor y sus figuras principales no le proporcionaban el afecto que demandaba.

2.3. Hiperactividad, síntoma de la pareja parental

Teniendo en cuenta que la Hiperactividad entendida como una excitación de las pulsiones en el niño y que estas son producto a partir de determinantes revisados en el apartado anterior, quiero resaltar el sentido del síntoma con la relación a la estructura familiar.

En el caso de JP la familia tiene una ruptura en la estructura cuando se da la separación de sus padres, es decir para llegar a este momento en la dinámica familiar se venían presentando los desacuerdos entre si, que venían siendo evidenciados por su hijo hasta que

se da la ruptura. ¿Cómo afecto esto a JP? Para dar respuesta a este interrogante acudo a los planteamientos de Lacan.

Lacan en 1969, escribe una anotación dirigida a la Sra. Jenny Aubry que luego ella publica en su libro en 1983, incluyendo un capítulo denominado “Dos Notas sobre el Niño”; en estas anotaciones Lacan refiere que “el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar. y agrega en las anotaciones que “ Las funciones del padre y de la madre se juzgan según una tal necesidad. La de la Madre: en tanto sus cuidados están signados por un interés particularizado, así sea por la vía de sus propias carencias. La del padre, en tanto que su nombre es el vector de una encarnación de la Ley en el deseo.” Lacan J, (1969). Intentando comprender a Lacan y relacionándolo con el caso JP se puede decir que la hiper- excitabilidad de las pulsiones en el niño responde a lo sintomático que existe en la relación de sus padres. En otras palabras la hiperactividad del niño responde al mal entendido de sus padres en donde el distanciamiento y una pobre comunicación con respecto al tema del cumplimiento de obligaciones económicas, pasa al campo de lo afectivo sintiendo el menor la ausencia de protección y cariño.

La madre de JP es una mujer angustiada frente al comportamiento de su hijo. Las continuas quejas del colegio, la casa, la calle, le genera malestar, el cual está relacionado con la adaptabilidad de su hijo a diferentes contextos, aspecto que a su vez pareciera mostrar el ideal de tener un niño tranquilo, que “no moleste”; sin embargo, la realidad se hace imperante, y la madre se frustra por “no saber qué hacer con su hijo”, volviendo el vínculo materno- filial en una batalla campal. Entonces la función de la madre vista desde Lacan en este caso se caracteriza por el deseo de la madre de un hijo que no le dé problemas.

Profundizando un poco más en el caso en relación con la angustia de la madre está referida a la mujer que hay detrás de la figura materna, “la madre angustiada es, de entrada, la que no desea o desea poco o mal como mujer” (Miller 2005, pág. 3). La madre de JP está completamente absorbida por el cuidado y demanda de su hijo, al punto de ya no saber que más hacer por su hijo y la desborda en su afecto llegando al punto de manifestar dejar a su hijo al cuidado de su padre o de un particular “que se lo lleve el papa o lo dejo con la doctora”, aquí se puede comprender siguiendo a Miller “cuanto más colma el hijo a la madre, más la angustia, de acuerdo con la formula según la cual lo que angustia es la falta de la falta” (Miller 2005, pág. 3). Se podría interpretar que a la madre de JP, le hace falta desear o desear un poco más, no quedarse solo en ser madre, no abandonar su ser como mujer. En el caso, ella en medio de su angustia y tristeza expresa: *"a veces las cosas para mí no tienen sentido... no tengo sueños..."* es como si dijese quiero hacer algo más.

En el contexto escolar tampoco se comprenden los comportamientos del niño, y los docentes terminan actuando de la misma manera que la madre: con el ideal de tener un niño tranquilo, precisamente lo que él no puede llegar a ser. Es posible que su docente también este deseando poco o este deseando mal como mujer?

La actitud del padre distante y pasivo frente al comportamiento y crianza de su hijo, también genera en el niño angustia. Lo que se observa en relación al padre es que ha dejado de cumplir con su función paterna: la de introducir un límite al quantum pulsional y la de proveerle al niño una identificación fálica, es decir, los títulos de virilidad con los que el niño sale al final del Edipo. En efecto, las dificultades de la pareja parental crean un ambiente tenso que genera la ruptura del vínculo, y esta ruptura coincide en el niño cuando este pasa por una etapa Edípica, en la cual se infiere que el niño alcanza una identificación con su padre. Pues bien, es

“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”
UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE
LA HIPERACTIVIDAD

justo en ése momento cuando se intensifica el síntoma de la hiperactividad. De allí que el síntoma de hiperactividad en JP puede estar relacionado con la estructura familiar, y más específicamente con lo sintomático de la pareja parental, que además de mostrar el malentendido de la pareja, indica la intranquilidad misma de la que él es objeto.

Conclusiones

La experiencia del estudio de caso desde un abordaje psicoanalítico permite relacionar de forma práctica la asimilación de conceptos de la teoría (Lacan) estudiados en el curso de la especialización.

La hiperactividad que es un término diagnóstico de la psiquiatría y que caracteriza los comportamientos del niño como un trastorno, señalándolo como una patología mental estaría siendo cuestionado en el caso de JP, ya que incluso tomando la medicación esta pierde efecto sobre el organismo del niño y las conductas de impulsividad, agresividad y distracción permanecen en el menor. Partiendo de este hecho la propuesta es tomar este caso y pasarlo por una mirada psicoanalítica en la que se permita observar que hace el niño con su conducta?, entonces se comprende que detrás del comportamiento hay un mensaje que hay que descifrar. Esta forma de observar reconoce que la conducta es la manifestación del inconsciente, y ello señala entonces que reconoce la subjetividad en el menor.

Desde la teoría psicoanalítica la subjetividad en el niño se construye desde antes de nacer, cuando desde el deseo y el pensamiento se le crea un lugar en la vida.

El caso de JP muestra como la ruptura de la estructura familiar con la separación de los padres genera inestabilidad en las emociones del niño. La madre se angustia y el padre opta por ausentarse. Un conflicto emocional del que pareciera todos quieren huir, siendo el niño el depositario del conflicto de la pareja. Desde Lacan el niño presenta el síntoma del conflicto de sus padres.

Entonces la hiperactividad de JP responde a la problemática del grupo familiar. La función paterna se ve debilitada por los conflictos de la pareja y esto impide que el niño reciba

la atención de su padre, en especial la función que marca la ley y el orden. En la función materna por el contrario hay una gran demanda de madre por parte del niño llegando al punto de angustiarse.

En relación al tratamiento recibido en el caso de JP, se observa como la medicación no es suficiente y requiere que en la problemática con los niños con TDAH se plantee la mirada psicoanalítica.

Lacan 1969 refiere que el síntoma se define en este contexto como representante de la verdad. Es decir el representante de la verdad en el caso de JP no son las conductas de hiperactividad, impulsividad y agresividad, estas son manifestaciones externas de sus pulsiones pero la verdad tiene que ver con su subjetividad, si antes su entorno familiar descrito como “tranquilo” así entre comillas era porque a él no le faltaba nadie se sentía completo papa, mama y hermano. Pero después de la separación de sus padres algo cambia en la subjetividad del niño, entonces la representación de la verdad en JP está relacionado con la ruptura de la estructura familiar, el distanciamiento de padre le hace pensar que no lo quiere, hay un enojo con la madre porque la culpabiliza por el distanciamiento del padre y se torna rebelde, irritable, agresivo con los que se encuentran a su alrededor quienes a través de mecanismos educativos, represivos, farmacológicos tratan de adaptar la conducta y podría decir que la intensidad de sus sentimientos de tristeza y angustia es muy profundo de tal manera que deseo morir e intentar lanzarse de un tercer piso. JP le dice a la madre “que el papá no lo quiere, que no lo va a visitar, y que yo le pego mucho, que él estorba todo el mundo y por eso se quiere morir”. Pareciera que JP no comprendiera cuál es su lugar en el mundo y se enoja consigo mismo y con los demás.

“QUE SE VAYA CON EL PAPÁ O LO DEJO CON LA DOCTORA”
UNA MIRADA PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE
LA HIPERACTIVIDAD

Lacan 1969 refiere “Las funciones del padre y de la madre se juzgan según una tal necesidad. La de la Madre: en tanto sus cuidados están signados por un interés particularizado, así sea por la vía de sus propias carencias. La del padre, en tanto que su nombre es el vector de una encarnación de la Ley en el deseo”.

Con respecto a las funciones paternas y maternas en el caso de JP se observan 3 momentos:

1. Con una estructura familiar conformada por padre e hijos, donde cada padre cumplía con su función paterna.
2. El momento de la ruptura de la estructura familiar – la separación de los padres y cambio de dinámica familiar. Así como también el debilitamiento de la función del padre, y una sobrecarga en las funciones de la madre lo que posibilitó un estado de angustia al punto de pensar y expresar su deseo por dejar a otro el cuidado de su hijo.
3. El retorno del padre al cumplimiento de la función paterna posibilita una organización en la subjetividad del niño, que se vio reflejada en mejores conductas. Este alineamiento del padre en su función también generó aliviar la angustia de la madre y por ende tener actitudes que favorecen la relación madre e hijo.

Referencias bibliográficas

Braunstein, N. A. (2013). Clasificar en Psiquiatría. 1ed. Buenos aires, Siglo XXI.

<http://www.psychiatry.es/d/da-dj-seccionesglosario-30/3589-dficit-de-atencin-con-hiperactividad-trastorno-de-tdah.html>

Janin, B. (2007). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: La complejidad de las determinaciones. Cuestiones de Infancia 11, 15 -33. Universidad de ciencias empresariales y sociales (UCES) Recuperado de URL: [//DSPACE.UCES.EDU.AR:8180/xmlui/handle/123456789/57](http://DSPACE.UCES.EDU.AR:8180/xmlui/handle/123456789/57)

Lacan, J. (2007). Dos notas sobre el Niño. 1969. *Transcrito por José Vieyra del libro: Lacan, J. Intervenciones y textos 2, Manantial, Bs. As, p.p. 55-57

Manual Diagnostico de los trastornos Mentales DSM IV. Recuperado de: <http://www.psygnos.net/biblioteca/DSM/Dsm.htm>

Miller, J. (2005). El niño entre la mujer y la madre. Revista digital de la escuela Lacaniana Virtualia. No 13, junio – julio

Navarro Gonzales. El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: breve análisis de su evolución histórica. Revista de Historia de la psicología 2010, Vol. 31 Núm. 4 (Diciembre) 23-36. Recuperado de: <http://www.psychiatry.es/d/da-dj-seccionesglosario-30/3589-dficit-de-atencin-con-hiperactividad-trastorno-de-tdah.html>

URL: [//DSPACE.UCES.EDU.AR:8180/xmlui/handle/123456789/57](http://DSPACE.UCES.EDU.AR:8180/xmlui/handle/123456789/57)

Vélez, C y Vidarte, J. (2012). Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de Primera Infancia en Colombia; Revista Salud pública. 14 sup (2): 113-128