

APORTES DE LA TEORIA  
PSICOANALITICA AL DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO DEL ADD-ADHD

Autora: MARIA EUGENIA URRAZA



### **RESUMEN.**

*El ser humano se desarrolla en relación con otros y se constituye en un entorno, tiempo y características particulares que singularizan el armado de su historia. La conexión empática con el otro (madre) es la que permite que el niño traduzca el displacer en necesidad específica al ser interpretado y respondido; cumpliendo así una función mediatizadora. Conexión que al estar obstaculizada impide que el niño registre sus procesos internos, se discrimine en relación al otro y se adueñe de sus movimientos, realizando descargas indiscriminadas ante el displacer.*

*Los aportes del psicoanálisis consisten en presentar al ADD/ ADHD como un síntoma producto de la obstaculización del desarrollo del niño, abriendo la posibilidad de pensar dicha problemática en un terreno en el que se incluyen los conflictos y vicisitudes en relación a los otros, haciendo hincapié en la función simbólica de estos y en el sufrimiento del niño.*

*En este sentido, las intervenciones acertadas serán aquellas en las que la escucha y la palabra sean las bases fundamentales para desarrollar posibilidades diferentes de pensar y pensarse en su entorno, y modificando la mirada sobre el niño "portador de enfermedad" a un lugar donde sus dificultades pueden ser resignificables.*

## Introducción

El ser humano es un ser social, imposible de ser pensado en forma aislada, que se desarrolla en relación con otros y se constituye en un entorno, tiempo y características particulares que singularizan el armado de su historia. La familia y la escuela son instituciones que inciden en dicha constitución. Así en cada patología se ven reflejadas situaciones diversas que no pueden reducirse a un paradigma simplificador y biologizante, suponiendo un déficit particular en lugar de un psiquismo en estructuración, en crecimiento continuo, en el que el conflicto es fundante y en el que todo efecto es complejo.

Los aportes del psicoanálisis en torno a la existencia del ADD/ ADHD como entidad separada, consisten en afirmar que no es una categoría diagnóstica sino que “se agrupan con ese nombre múltiples expresiones del sufrimiento infantil que merecen ser consideradas en su singularidad y tratadas teniendo en cuenta su multideterminación”.  
(1)

Introduciendo a partir de este momento, la posibilidad de pensar en el ADD/ ADHD no como un **cuadro psicopatológico (síndrome o trastorno)** con una causa orgánica y un tratamiento; sino como **un síntoma**, producido por múltiples y complejas causas a conocer, junto con el tratamiento mas adecuado para cada caso. Así, nos encontramos con un niño que expresa su sufrimiento a través de distintas dificultades que obstaculizan no solo su aprendizaje sino el establecimiento de vínculos con el entorno, que deben ser tenidas en cuenta para poder ayudarlo.

“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.

Por el contrario, cuando lo que se intenta es, rápidamente, hacer un diagnóstico, clasificarlo, lo mas probable es que se dejen de lado las diferencias, se piense solo en las conductas, en lo observable y se pase por alto el sufrimiento del niño”.(2)

## Qué es el ADD/ ADHD?

El ADD/ ADHD se trata de un cuadro del que se pueden encontrar descripciones desde hace más de 100 años, predominando en todas las investigaciones una inclinación fenomenológica y organicista, cuyos nombres diagnósticos aluden a una falla, daño o disfunción del individuo sin existir aún un acuerdo respecto de su etiología.

En la evolución de los desarrollos médicos sobre el tema, pueden diferenciarse 4 períodos: 1) 1900-1960: en el que una lesión cerebral es responsable de los problema hiperkinéticos; 2) 1960-1969: la disfunción cerebral mínima se considera fundamental para entender la hiperkinesia; 3) 1970-1979: aparecen en la bibliografía los déficit de atención; 4) 1980-1989: creación del síndrome de déficit atencional (ADD) en el DSM III y del déficit de atención/ hiperactividad, en 1987, en el DSM IIIR.

El DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) lo caracteriza principalmente como un patrón persistente (de más de 6 meses de duración) de desatención y/ o hiperactividad-impulsividad, que es mas grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (criterio A). Si bien el diagnóstico se realiza a partir de los 7 años de edad, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años (criterio B), manifestando problemas relacionados con los síntomas en dos situaciones por lo menos

(casa, escuela, trabajo. Criterio C) y debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo (criterio D). Por otro lado, el trastorno no aparece exclusivamente en el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (criterio E). En su clasificación diferencia 4 tipos, según su predominancia:

- tipo combinado
- con predominio del déficit de atención
- con predominio hiperactivo-impulsivo.
- no especificado.

Si bien existen diversas críticas respecto del DSM, la comisión que lo redacta acuerda una denominación y fija cuándo se define la presencia de un ítem a los fines clasificatorios. Dicho manual no es un sistema de manejo teórico, no define enfermedades, causas, ni provee una guía de tratamientos; lo cual surge a posteriori con el uso profesional del mismo.

En los últimos años el uso del DSM IV se ha expandido a diferentes ámbitos, incluso el escolar, lo cual tiene diversas implicancias en cuanto hay un fuerte interés por diagnosticar, clasificar, definir, catalogar, suponiendo que de este modo se avanza en la resolución de problemas. El mal uso del manual contribuye al sobrediagnóstico en tanto se omite la aplicación de todos los ítems (B, C, D, E), inclusive señala la dificultad que existe de diferenciar lo normal de lo patológico en niños pequeños.

### **Aportes del psicoanálisis**

La temática planteada abre una multiplicidad de perspectivas, se puede pensar desde una diversidad de ángulos y contiene distintas aristas, incluso desde una misma teoría. Desarrollar algunos de estos aspectos implica enfatizar la importancia de aquello que elegimos, por ello nos centraremos en algunos aportes respecto de la función simbólica (proceso secundario) y su vinculación con el ADD/ ADHD.

Los desarrollos recientes de diferentes especialistas cuestionan el diagnóstico de ADD/ ADHD, lo cual no implica negar la existencia de dificultades en muchos niños en relación con el sostenimiento de la atención durante la situación de aprendizaje, ni desconocer que muchos de ellos se mueven en forma caótica, sin metas, actuando de un modo impulsivo. Sino tener en cuenta que en tanto sujetos en estructuración, no pueden encuadrarse con las mismas categorías patológicas que los adultos; y que sus manifestaciones son efectos del psiquismo infantil, del de sus padres, abuelos, hermanos, de su grupo primario, secundario y las situaciones sociales en las que están inmersos.

Postular el déficit de atención y la hiperactividad como trastornos en la estructuración subjetiva abre la posibilidad de pensar dicha problemática como dificultades de organización del psiquismo en un terreno en el que se incluyen los conflictos entre los sujetos y sus singularidades. De este modo, el que un niño atienda o no en la escuela y a qué estímulos, tendrá relación con su historia y la de otros que fueron dejándole marcas que abrieron diversos recorridos en su constitución.

Para poder sostener su atención selectiva, es decir, seleccionar un elemento del mundo, concentrarse en él dejando de lado el resto; un niño debe deponer sus intereses momentáneos. Situación que en la escuela rige habitualmente más por la obediencia a las normas que por sus propios deseos. Existe una importante relación entre atención y

motivación, siendo una de las posibles causas de la desatención en clase la falta de motivación, o la falta de relación entre las actividades propuestas y sus deseos.

Desde la teoría psicoanalítica se pueden vislumbrar dos tipos de atención: una **atención refleja**, inmediata, ligada a la necesidad de satisfacer la urgencia biológica (hambre, frío, sueño, dolor, etc) y a la conciencia primaria; y una **atención psíquica o secundaria** que es consecuencia de la inhibición de los procesos psíquicos primarios a través de la decodificación de la necesidad que en un principio será mediada por la función de los otros, su representación psíquica y posterior búsqueda de vías para su satisfacción.

“...el niño va armando sus redes representacionales, va constituyendo sus circuitos de pensamiento, con relación a los otros que lo rodean. Si los adultos pueden metabolizar sus pasiones, tolerar sus propias angustias y contener al niño, le irán dando un modelo que le posibilitará pensar. En este sentido, el otro humano es condición de la posibilidad de discernir, es sobre el que el niño aprende a diferenciar fantasía y realidad y a construir vías alternativas a la descarga directa e inmediata de la excitación”.(3)

La conexión empática con el otro (madre) es la que permite que el niño traduzca el displacer en necesidad específica. El bebe registra displacer - a través del llanto, los gritos y patadas - busca escapar de esta sensación que supone proveniente del exterior y otro detecta lo que necesita y lo satisface, permitiendo que diferencie entre estímulo y pulsión (estímulo externo e interno), yo y no-yo, apropiándose de su cuerpo, movimientos y reconociéndose como autónomo.

Pero cuando esta conexión esta obstaculizada, el niño no puede registrar sus procesos internos, queda en una posición pasiva frente al otro que no interpreta sus sensaciones lo que impide tanto su discriminación, como la posibilidad de adueñarse de sus propios movimientos, realizando descargas indiscriminadas (hipermovilidad) ante el displacer.

Este movimiento desorganizado expresa el sufrimiento a través de una actividad (descarga motora) que no tiene traducción posible en tanto no hay mediatización, repitiendo la tendencia a reaccionar sin pensar, actuar compulsivo, donde una enorme cantidad de estímulos (internos/ externos, indiferenciados) lo dejan más desamparado y en muchos casos sin un entorno que otorgue sentido a los avatares de su existencia.

“Hiperactividad e impulsividad están ligados en este punto: la desesperación en juego. No hay espera. El tiempo es un “ya”...y en la desesperación coinciden angustia y dolor. No hay esperanza de que lo esperado llegue.

Así un niño representará con su cuerpo el terror y la desesperación frente al vacío de respuestas. Y un niño aterrado suele moverse sin rumbo”.(4)

Es imprescindible que el entorno atenúe la angustia suscitada por el displacer, ligando las representaciones pulsionales a representaciones verbales—es decir, la construcción de representaciones preconcientes—pero los padres en muchas ocasiones desbordados por cantidades de excitación intolerables, presentan dificultades para posibilitar el pasaje del acto a la representación del acto, de traducir en palabras lo pulsional, dejando librado al niño al sin-sentido de sus descargas a través de las cuales tratan de expulsar lo no metabolizable o de tolerar lo insoportable intentando neutralizarlo a través del movimiento compulsivo. Situación que lo deja en la repetición permanente del sufrimiento que no puede ser calmado ni contenido por no poder ser significado.

El déficit de atención no representa una entidad única, sino que engloba diferentes trastornos por “déficit” en la estructuración psíquica. Por ejemplo, déficit en

la constitución adentro-afuera (a través de la cual el niño reconocerá la diferencia entre estímulos internos y externos); en la constitución narcisista del yo (para dirigir su interés hacia el mundo); pero también puede haber un retraimiento secundario por depresión, o una dificultad para acotar la fantasía, o un estado de alerta permanente (atención) producto de situaciones de violencia, entre otras posibilidades. De esta manera podemos observar en la consulta diaria, situaciones con diferentes características:

- Niños cuya desatención expresa retraimiento del mundo y cierta evasión frente a los estímulos, ya sea porque se encuentran centrados en sus propias sensaciones intracorpóreas (pulsiones), atravesando un proceso de duelo o inmersos en sus fantasías utilizadas como refugio frente a una realidad displacentera o peligrosa.
- Niños que reaccionan de igual modo a estímulos internos y externos por no poder diferenciarlos. Lo que puede resultar en un repliegue absoluto sobre sí mismo o en una atención errátil, sumido en un mundo indiferenciado, funcionando por urgencias, sin poder privilegiar los estímulos, decodificarlos y priorizarlos, con investiduras lábiles y sin metas claras.
- Niños que no atienden porque en ellos predominan necesidades afectivas, y su atención esta dirigida a preservarse en un lugar en que confluyen las miradas buscando aprobación del docente, sin poder registrar sucesos ni palabras de su entorno.
- Niños que no toleran la herida narcisista que implica no saber, ser dependientes, y tener que recurrir a otros en busca de ayuda para lograr el proceso de aprendizaje; atendiendo dolo a aquello que les resulta fácil, o desmintiendo todo lo que atente contra la representación de sí de ser un “sabelotodo”.
- Niños que sufren de una “sobreatención”, que es una atención errátil que va de un lugar a otro, de un objeto a otro sin poder concentrarla en ningún elemento.

Para que el aprendizaje se dé, ambos procesos (primario, secundario) deben diferenciarse y estabilizarse para que sea posible la atención sostenida hacia contenidos alejados de su intereses y urgencias inmediatas. Trabajo que no puede producirse sin dos aportes exteriores: la función parental en tanto decodificadora y las exigencias culturales en tanto establecen las normas reguladoras y organizadoras de un orden social.

Desatención, hiperactividad e impulsividad están ligadas a la dificultad para inhibir procesos psíquicos primarios; función del yo que, por ser una organización representacional inhibe el libre juego de las pulsiones exigiéndoles rodeos para arribar a la acción específica. Acción que será realizada en un comienzo por otro (los padres) que asumirá la función yoica.

Desde esta perspectiva se toma a la hiperactividad como exceso de movimiento desorganizado y a la desatención como la dificultad para focalizar sobre los estímulos

presentados, considerándolos una señal, un indicio de conflictivas que no son evidentes sino que los profesionales debemos develar.

## **Intervenciones posibles**

Pensar el ADD/ ADHD como un síntoma nos permite establecer una mirada ecológica, multidisciplinaria e integral de la singularidad histórica y actualidad de cada niño y familia que consultan; considerándolo como una consecuencia de la interrelación de los diversos factores que confluyen, y se encuentran en este punto particular produciendo determinados efectos.

Es así que para tal lectura es necesario tener en cuenta no solo aspectos psicoevolutivos individuales sino también familiares, histórico, sociales, culturales e institucionales, involucrando en dicho análisis las expresiones del niño en los distintos ámbitos en que se desarrolla (familia, escuela, grupos) y posibilitando intervenciones tendientes a otorgar un lugar de sujeto en que se pueda escuchar no solo su sufrimiento sino el de sus padres y docentes.

En este sentido, las intervenciones acertadas serán aquellas en las que la escucha y la palabra sean las bases fundamentales para contener, sostener y armar redes que permitan la organización de vías que transformen la repetición del niño a través de la traducción de sus sentimientos y la elaboración simbólica por medio de la palabra, el juego, la acción; inaugurando posibilidades diferentes de pensar y pensarse en su entorno. Estas impulsarán a modificar la mirada sobre el niño de “portador de enfermedad” con el cual “ya no se sabe qué más hacer”, a un lugar donde sus dificultades pueden ser resignificables y se está dispuesto a elaborar estrategias de abordaje creativas y conjuntas entre padres, docentes y profesionales.

En cuanto al niño se debe establecer, en primer lugar, un diagnóstico claro de qué tipo de desatención/ hiperactividad se trata para poder elaborar estrategias singulares para cada caso: tipo de tratamiento, frecuencia, interconsultas necesarias, etc. “Las enfermedades a repetición en un chico, las enfermedades inhabituales, la enuresis, la encopresis, las dificultades de sueño, las dificultades para dormir solo, la falta de atención, el movimiento excesivo, son todos indicios de un silencio. Manifestaciones de que algo no puede entrar en juego, de que algo no puede ser contado, de que algo no tuvo el trámite necesario para que se produzca la transmisión que construya un espacio lúdico en el que el niño pueda jugar con determinadas palabras.”(5)

El juego se nos presenta como un modo de decir y, como el discurso de un adulto, está destinado a relatar, hacer escuchar, y es a través de él que podemos acceder al sufrimiento de un niño habilitando un espacio para que pueda desplegarse. Por tratarse de una actividad libre (no obligatoria), separada (limitada a un tiempo y espacios precisos y determinados previamente), improductiva (no crea bienes, riquezas, ni se obtienen provecho), reglamentada (quedan suspendidas las leyes habituales y se insta una nueva legislación) y ficticia (irrealidad en comparación con la vida cotidiana) no ofrece resistencias al proponerle un espacio para dicha acción, transformándose en una manera óptima para acceder y establecer un vínculo ya sea para su diagnóstico como para su tratamiento; siendo posible crear las condiciones para que el síntoma se elabore a través de él y favoreciendo la producción de simbolizaciones, solo en la medida en que nos prestemos al juego aunque no se sepa a qué estamos jugando. “La eficacia en muchas ocasiones atañe al juego mismo, aunque no logremos

acceder a una lectura o solo lo hagamos parcialmente”(6) en la medida en que posibilita la puesta en acto de aquello que sus padres no pudieron traducir a través de las dificultades en su función, transformando su padecer en expresión.

En relación a padres y docentes se hará hincapié en los registros identificatorios, libidinización del niño - a efectos de estimular una mirada empática, esperanzadora, sostenedora del niño - y del trabajo subjetivador apoyado en estrategias que tiendan a la organización: establecimiento de un encuadre claro, contención, ritmos de trabajo, límites, hábitos, integración permanente a la situación de aprendizaje y a las actividades grupales. La importancia del trabajo en equipo, la comunicación fluida y la evaluación permanente de la evolución, permite que se sostenga la coherencia necesaria para el abordaje entre palabras y acciones, como así también la revisión de las dificultades de cada uno de los miembros incorporando la posibilidad de repensar y repensarse en la tarea.

## **Conclusiones**

Los aportes y críticas de la teoría psicoanalítica acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (en tanto diagnóstico cerrado) y su tratamiento habitual a través de la indicación de psicofármacos, permiten continuar reflexionando e investigando acerca de todas las aristas posibles en su etiología, manifestaciones y tratamientos adecuados. Desde esta perspectiva particular, el sujeto se constituye a partir del vínculo con Otro que lo introduce en el mundo simbólico de las representaciones, el lenguaje (mediatizador de sus necesidades, demandas, etc), organizando sus interrelaciones con el entorno.

Los niños son sujetos que se encuentran atravesando psicodinamicamente su constitución subjetiva, evidenciando de diversas maneras cuando esta se ve obstaculizada. Presentar el ADD/ ADHD como un síntoma en el cual se encuentran encapsuladas diferentes vías para su decodificación y como efecto de dicha obstaculización, permite adentrarse en un escucha particular que aloje (haga lugar) al sufrimiento del niño más allá de las presiones externas de que se adapte al entorno a cualquier costo. Poder preguntarnos a qué atiende este niño que desatiende sus tareas escolares, por qué se mueve sin un fin determinado, y por qué no tolera las frustraciones cotidianas, conlleva un compromiso en el tratamiento y su objetivo de develar aquellas significaciones o silencios allí atrapados.

Para tal fin, la metodología propuesta es la del juego en tanto forma parte del lenguaje habitual de un niño y no ofrece resistencias; sin dejar de lado el trabajo organizador con su entorno a efectos de contener la angustia de los adultos, sostenerlos en su función constitutiva y evaluar la evolución a través de las estrategias desplegadas.

Queda así un espacio abierto para pensar y trabajar desde cada disciplina y teoría, acerca de estos aportes en tanto ofrecen crear nuevas significaciones que singularicen el sufrimiento y la historia de cada niño.



## **BIBLIOGRAFÍA.**

- (1) Janin, Beatriz y otros. “Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad”. Ediciones Noveduc. Buenos Aires, 2004. 2º reimpresión, mayo 2007. Pagina 13 y 14.
- (2) Janin, B. Obra citada. Pagina 21
- (3) Janin, B. Obra citada, Pág. 69.
- (4) Janin, B. Obra citada, Pág. 83.
- (5) Rozental, Alicia. “El juego, historia de chicos. Función y eficacia del juego en la cura”. Ediciones Noveduc. Buenos Aires, 2005. Pagina 51-52.
- (6) Rozental, Alicia. Obra citada. Pagina 28.
- (7) Basile, H. “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.” Unidad Historia, Tratamiento y Farmacoterapia. Material del curso virtual de psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia. 2007.
- (8) DSM IV
- (9) Revista: “Escritos de la infancia” Publicación de la Fundación para el estudio de los problemas de la infancia. Buenos Aires, año II, nº 3, junio 1994.
- (10) Janin Beatriz: “El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones”. Artículo publicado en la revista FORT DA.

## **DATOS DE LA AUTORA**

**Nombre: MARIA EUGENIA URRAZA**

**Profesión: LIC. EN PSICOLOGIA**

**Dirección: BORLENGHI 214**

**Ciudad. NEUQUEN**

**País: ARGENTINA**

**TEL: 0299 4474399**

**E-Mail: [maruurraza@yahoo.com.ar](mailto:maruurraza@yahoo.com.ar)**