



EL DEFICIT ATENCIONAL Y SU SUSTRATO: ENFOQUE TEORICO-CLÍNICO

Clara Rosa Roitman

Presentación

Este trabajo aborda una patología reconocida en general a partir de una conducta escolar particular. Parecería circunscripta a un determinado tipo de trastorno y en algunos casos se la describe casi puntualmente.

Se refiere a aquellos niños que parecieran tener discontinuidad en su capacidad de concentración, cuestión que sobresale con relación a las tareas escolares. Habría que diferenciar este trastorno del más amplio que comprende a aquellos considerados "distráidos", que están en su mundo de fantasía. En el primer caso los niños se preocupan por lo que les sucede (fracaso escolar) sin poder evitarlo.

Este déficit a veces puede ser captado tempranamente. En otros casos la consulta se realiza por derivación de la escuela por incumplimiento de las tareas, y por ser dispersos, dispersar a los otros y, por momentos, constituirse en los payasos de su clase (se trataría de un trastorno secundario). En general se trata de niños afectuosos, aceptados por quienes los rodean.

El déficit atencional es un motivo de preocupación constante en las escuelas, y también un motivo de consulta frecuente en nuestros consultorios. Sin embargo, revisando la bibliografía sobre el tema me he encontrado con una cierta carencia desde el punto de vista psicoanalítico. Mi balance dio resultados que podría categorizar de la siguiente forma:

- Bibliografía americana desde la perspectiva cognitivista.
- La clasificación exhaustiva realizada en el *DMS IV*, de orden descriptivo, y el *CIE 10*.
- Los compendios de Psiquiatría Dinámica infantil y adolescente, por ejem-



pló el *Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente*, de Levobici, Diatkine y Soule, que incluyen este tema en el tomo II, capítulo XIII, dedicado a la epilepsia en el niño, capítulo redactado por B. Soulas y G. Brousard; se refieren a las formas clínicas de las ausencias o pequeño mal, considerando que las mismas pueden ser simples o complejas. Las ausencias simples quedan reducidas a trastornos de conciencia, pueden durar de uno a varios segundos, pueden pasar desapercibidas para el niño o sus observadores, o bien el niño puede recordar a posteriori que ha estado momentáneamente distraído. Está asociado con un EEG con anomalías. No necesariamente implica lesión.

También un estudio exhaustivo de estos trastornos se encuentra en el *Manual de Psiquiatría Infantil* de J. De Ajuriaguerra (4ª edición), en el capítulo VIII dedicado a la organización psicomotriz y sus perturbaciones. Con relación a la inestabilidad psicomotriz se plantea un síndrome hiperkinético, se cita un síndrome de disfunción cerebral mínima (Wender, 1971) en el niño caracterizado por:

- Un trastorno de la conducta motora, una hiperactividad (aunque hay niños hipoactivos) y una alteración en la coordinación.
- Unos trastornos de la atención y unos trastornos perceptivos.
- Unas dificultades de aprendizaje escolar.
- Un trastorno en el control de los impulsos.
- Una alteración de las relaciones interpersonales.
- Unos trastornos afectivos.

Consideran difícil aceptar el carácter lesional de todos estos estados hiperkinéticos, y en ese sentido al hablar en la actualidad de disfunción cerebral no lo reducen a lesión.

Sintetizando (pág. 245): "*Para nosotros, la inestabilidad psicomotriz es la figura psicomotriz sobre un fondo desorganizado. Consideran la importancia de este síndrome tomando en cuenta el desarrollo afectivo del niño y sus relaciones con el entorno*". Investigan acerca de la relación del déficit atencional con situaciones sociales, familiares, etc. y la importancia de la comprensión y adecuación del régimen escolar.

Si cito sólo estos textos es por abreviar la reseña, ya en ellos se realiza una síntesis de los conceptos vertidos por distintos autores.



Desde otro punto de vista las teorías cognitivistas tienen una amplia bibliografía vinculada a las funciones de la atención, concentración y memoria.

Lo que me ha resultado difícil es encontrar bibliografía psicoanalítica, es decir, aquella que se refiera al déficit atencional como un trastorno vinculado al procesamiento psíquico de la pulsión a partir de sus derivados: la representación y los afectos.

Sin embargo, algunos trabajos de Bion, Meltzer y Tustin sobre atención y percepción arrojan alguna luz sobre este problema. David Maldavsky, en Argentina, ha trabajado el tema, vinculándolo a los trastornos tóxicos, entendiendo como tales a aquellos estados de estancamiento libidinal en que la pulsión no puede ser adecuadamente procesada. También podríamos considerar a estos estados como una de las formas de expresión de "lo negativo" (A. Green).

Sin embargo, estos estudios no son específicos con relación al tema que desearía examinar, por lo tanto voy a intentar proponer una hipótesis explicativa, dentro de la teoría psicoanalítica.

A partir de un pequeño paciente cuya primera consulta se realiza debido a una gama amplia de alteraciones, que luego parecieran equilibrarse, el déficit atencional se mantiene en época escolar, como relicto o cicatriz. Es decir, que podemos ver la "prehistoria" de este déficit, que se hizo presente en la primera consulta, a los dos años y medio.

No pretendo hacer un estudio exhaustivo de todas las formas en que el mismo se presenta, ni afirmaré que en todos los casos las causas sean las mismas.

Sí plantearé que el concepto de trastornos de la atención es limitado, ya que no es esta la única función afectada sino también la conciencia, entendiendo por tal la conciencia primordial, lo que llamaríamos el sentimiento de estar vivo, la esencia de la subjetividad.

Considero adecuada la utilización del término "déficit" pero no por aplicación a una función —la atención— sino a un trastorno en la constitución y estructuración del psiquismo.

No tomaré en cuenta, debido a la extensión de los temas, ni las maniobras defensivas ni los trastornos reactivos que el déficit provoca *a posteriori*.

En este trabajo presentaré la primera consulta realizada por los padres de



un niño de dos años y medio, en quien este trastorno se presentaba dentro de un cuadro más amplio, y tres consultas posteriores, en términos de diagnóstico y orientación.

Intentaré explicar —dentro del marco freudiano— el tipo de trastorno psíquico subyacente, en términos a) pulsionales, b) del funcionamiento yoico y c) en su relación con los vínculos objetales.

1. La clínica

Comenzaré refiriéndome a un paciente muy pequeño, Mariano, que tiene 31 meses en el momento de la consulta. Esta se produce porque no habla, pronuncia sólo dos palabras: “no” y “ahí”, palabras-frase en que condensa múltiples significados, pero que requieren la presencia (perceptual) de la cosa a la que alude, y del adulto que pueda decodificarlas. Por otra parte, comprende lo que se le dice.

Come poco: una mamadera a la mañana, teniéndolo en brazos. Lo mismo sucede a la hora de las comidas, en que hay que tenerlo en brazos y frente al televisor. Si se lo sienta a la mesa se levanta constantemente, desparrramando la comida. Si se siguen las indicaciones del pediatra, de que no le insistan, puede estar sin comer treinta y seis horas. Esto resulta preocupante para su madre, que no la considera solamente como una conducta oposicionista. Parece no registrar el hambre. No acepta alimentos sólidos (carne) que requieran ser masticados.

Es hiperkinético e hipertónico (esta es mi observación). No juega solo, necesita siempre la presencia de un adulto que juegue con él. Camina apoyando un pie, y con el otro sólo la punta. El pediatra y los especialistas consultados no encuentran patología orgánica. Hablan de un déficit en la adquisición de las funciones (criterio descriptivo). No se va a dormir solo. Lo acuestan en la cama de los padres hasta que se duerme.

Es adoptado. La adopción se produce al día siguiente de su nacimiento. Los padres dicen no saber lo que era un bebé ni cómo atenderlo.

La madre, que está en tratamiento psicoterapéutico, retorna al trabajo cuando Mariano tiene diez días, y lo lleva con ella a su oficina. Lo define como una cucarachita o una garrapata. También dijo de él que era una esponjita que absorbía las tensiones. De noche comen y se acuestan muy tarde. Mariano se levanta cerca del mediodía, almuerza y se va al jardín de infantes. Usa pañales.



Si quiere algo que se encuentra lejos, lleva de la mano al adulto y muestra lo que necesita. En relación con los adultos pareciera poner a prueba constantemente los límites, ya que de manera "distraída" hace lo opuesto a lo que se espera de él, y de esta forma logra que el adulto lo rete o lo vaya a buscar, ocupándose de él. En el jardín de infantes informan que es sumamente activo, no acepta consignas, ni límites. No come su merienda, no se adapta a las rutinas. Está en constante movimiento y desplazamiento, no se concentra en los juegos. No se acerca mucho a los otros niños, es disperso, se levanta y se va, y los compañeros lo llaman. Es alegre y afectuoso.

De la historia evolutiva no se registran datos que llamen la atención —según la madre. Comenzaba a hablar (catorce meses) cuando se produce un robo en la casa, supuestamente llevado a cabo por la empleada doméstica, que se había encargado de su crianza, y que es despedida, con intervención policial. En ese momento deja de hablar.

Familia de origen:

Silvia 34 años. Pedro 50 años.

Primer hijo y primer nieto por ambas partes. Ambos padres trabajan en una pequeña industria propia. Tienen serias dificultades económicas. El relato de la historia vital que hacen los padres me impresiona como si el niño estuviera bien descrito, pero con falta de empatía, como si fallaran nexos entre el relato, el afecto y una conducta adecuada a las necesidades del niño. Esto es más llamativo por parte del padre, que no pone ningún límite, y anula así los límites dados por la madre. La historia vital de la madre es traumática. La del padre no llegué a conocerla dado sus dificultades para relatarla.

Tomé algunas entrevistas al niño con su familia. Este entra en la sala de juego como si no me viera. Se resistía a sacarse la campera, se enredaba con ella. Se dirigía a la caja y sacaba los juguetes, mostrándolos a sus padres. Su conducta parecía responder al esquema: toca, prueba, muestra y entrega o deja. Realizaba movimientos con la boca como si jugara con saliva. Se alteraba con sonidos que provenían del exterior: el correr del agua en un baño próximo, el sonido del teléfono en otra habitación.

El lenguaje de la madre, el nombrar los objetos sin propuestas de juego, eran abrumadores, y me daba la impresión de que sobrestimulaba al niño.

Al entrar en una sesión la madre se da cuenta de que tenía algo en la boca, se lo pidió, él se resistía, finalmente lo entregó: estaba chupando una arandela de metal.



Los padres propusieron un juego: la comida. Yo dramaticé lo que me habían contado acerca de la hora de las comidas, y Mariano me miró con sorpresa y rió, tratando luego de repetir el juego.

El tratamiento consistió en cinco sesiones familiares, entrevistas de orientación a los padres, entrevistas con la psicopedagoga del jardín de infantes, y comunicación con el pediatra.

¿Qué interrogantes me despierta este paciente?

En principio, aquellos que se refieren a lo esperable de un desarrollo a su edad, con relación a su evolución psicosexual y las funciones yoicas. ¿Sus manifestaciones están relacionadas con conductas reactivas? ¿Se trata de una inhibición del desarrollo? ¿O de una perturbación temprana, con sus correspondientes defensas, que alteraron precozmente la organización de la estructura psíquica? Por otra parte, ¿qué promueve en esta familia la adopción y cómo este hecho es vivido en el interjuego de identificaciones?

Para estos padres, un niño adoptado representa una falla en la pareja, vinculada a la no-fertilidad, y la no-continuidad biológica implica frustración, impotencia y envidia.

Pedro tiene 50 años en el momento de la decisión, y parece mayor; se lo ve poco vital. Dice estar resignado a no responder al llamado genético. No desea hacer ningún estudio genético. Cuando finalmente acepta, el resultado revela escasa cantidad y vitalidad de los espermatozoides. No desea adoptar, finalmente acepta. Silvia desea adoptar.

La adopción

¿La aparente resignación de Pedro, el "no responder al llamado genético", oculta el temor a incorporar un ser extraño? ¿O se siente incapaz de sostener la paternidad debido a su edad? Silvia es fértil, ¿cuánto acepta la infertilidad y cuánto queda como una deuda inconsciente a cobrar al otro?

Mariano, por su parte, ha tenido que pasar desde sus propios ritmos biológicos, vinculados a su gestación, a ritmos corporales diferentes: los de su mamá adoptiva, y en este caso se ha producido un encuentro con padres no preparados, que no podían modificar su sistema de vida, ni adaptarse a este cuerpo niño, nuevo para ellos: carecían de preparación para recibirlo, y con un duelo previo: la no-fertilidad.



Ellos parecen abrumados y su niño está abrumado, desde su propio interior y desde ellos. Esto pareciera llevar a un fracaso inicial del vínculo empático necesario para el desarrollo de un psiquismo temprano y de la constitución de los ritmos cuasi biológicos necesarios para la organización de un psiquismo inicial: el yo real primitivo, concepto desarrollado por Freud.

Análisis de la estructura psíquica de Mariano

Este paciente me despierta múltiples interrogantes ¿Su entrada sin mirarme, corresponde a un componente autista? ¿La resistencia a sacarse la campera representa un intento de preservarse respecto de los estímulos? ¿La hiperkinesia es un intento de descarga por la vía de la motricidad? ¿La dificultad en la adquisición del lenguaje está vinculada con los factores que confluyen con la hiperkinesia? ¿Existe una relación entre hiperkinesia, el déficit atencional, falta de apetito y dificultad en la adquisición del lenguaje? ¿Qué representan los trastornos del dormir? ¿Y el desafío? ¿Cuáles de estos trastornos corresponden a un momento del desarrollo y su encuentro con el ambiente, y cuáles son anteriores, correspondientes a alteraciones tempranas en la constitución de la estructura? Trataré de resumir mis primeras conjeturas respecto al sufrimiento de Mariano y la preocupación de sus padres.

Vi a Mariano abrumado por los estímulos sensoriales que pareciera no poder discriminar ni clasificar. Pasa delante de mí como si no existiera ninguna situación nueva, no me diferencia inicialmente de los objetos del consultorio, pero se altera con los ruidos que provienen del exterior (el teléfono que suena en otra habitación, o sonidos de la calle, todos amortiguados). La oralidad, a nivel de chupar dentro de la boca, pareciera más vinculada a lo autoerótico profundo, como en los bebés. La campera que no se saca se convierte en un caparazón que lo protege de la invasión de estímulos sensoriales, a los que parece sumamente sensible.

En el mostrar, acompañado de una palabra-frase "ahí", pareciera buscar una percepción que actúe como obturante de un proceso expulsivo que tiende al vaciamiento. Así parece ocurrir con la hiperkinesia como tendencia a la descarga por la vía de la motricidad, pero también sirviendo a los fines de mantener un gradiente de alerta, de tensión corporal, como forma de sentirse vivo. Este tipo de comportamiento motor no está dirigido a los fines de transformación de la realidad.

¿Qué sucede con el lenguaje? Pareciera que el mismo está a nivel de la holo-frase: una palabra que condensa múltiples significados, en este caso refe-



ridos a una demanda. Este nivel de expresión se manifiesta en niños de menor edad, aproximadamente de los 10 a los 22 meses.

Mis conjeturas

La línea en que yo pienso estas manifestaciones se refiere al mantenimiento del autoerotismo, especialmente el vinculado a la oralidad y la musculatura. ¿Sería necesaria la disminución de la hiperkinesia para posibilitar el pasaje a una organización más simbólica? Sin embargo, yo he atendido niños de la edad de Mariano, hiperkinéticos y con muy buen dominio del lenguaje. Quizá podríamos pensar que la hiperkinesia y la anorexia son ambas expresiones del mantenimiento de un estado de tensión que le permita sentirse vivo y que Mariano no logra transformar en un universo simbólico de mayor riqueza: en sesiones juega muy poco y la actividad lúdica está organizada y sostenida desde los adultos. Esto se debería a la presencia de una cantidad de origen interno (pulsional), que no puede ser totalmente dominada ni procesada, y a una falla en el proceso identificatorio. El adulto no está sosteniéndolo desde su interior, desde la representación y el afecto, por lo tanto necesita su presencia regulable desde la percepción.

Respecto de la clínica, yo parto de la base de que toda interpretación es una hipótesis vinculada con otra hipótesis. En este sentido, yo me preguntaba por qué le pasa lo que le pasa: cuando yo juego a hacer lo que él hace durante la hora de las comidas, la mía es una conducta en espejo y una interpretación en acto, para ver qué responde él si yo me coloco en el lugar que habitualmente ocupa él. También es una interpretación para poner a prueba su capacidad de comprensión frente a una propuesta lúdica mía: convertimos tu drama en juego.

Desde mí esto tiene un carácter provocativo, como acompañando a su pensamiento inconsciente: "Ahora soy yo la que hace, desordena, desafía... ¿a ver qué hacés?". La respuesta de Mariano es inmediata: se sorprendió, se rió (fue la primera vez que lo vi reír en las entrevistas) y continuó con el mismo juego; él responde al vínculo empático, afectivo, conmigo, como al placer que experimentó con mi interpretación. La interpretación convirtió al abrumamiento psíquico en juego, y restableció el principio de placer, que creo que en él por momentos quedaba abolido.

Por otra parte, también quedó dentro de un marco significativo la búsqueda de límites que este niño tenía a provocar en el adulto y que yo atribuyo a un intento de salida, a través de la motricidad, de la unidad primaria, simbiótica, con su madre y su familia.



Sin embargo, esto aún no responde al interrogante sobre la dificultad de concentración. ¿Se vincula ésta con un resto de tensión, no procesable ni por la vía de los afectos ni la de las representaciones? ¿No es suficiente la descarga motriz? ¿Qué representa ese resto de tensión? Nuevamente me vuelvo a preguntar acerca de los fundamentos necesarios para la organización del yo real primitivo y la posibilidad de que, sobre esta base, se constituya un yo más complejo.

Evaluación del desarrollo

¿Constituía este motivo de consulta una desviación de los patrones del desarrollo psicosexual, o implicaba una alteración temprana? Mi primera respuesta constituye una conjetura:

- a) Que se trata de una alteración temprana en cuanto al ritmo —por aceleración— y de un intento de descarga por la vía de la motricidad. Esta podía ser producto de una alteración, en un nivel cuasi-biológico, debido a lo que este proceso de adopción implicó para esta familia (en cuanto a duelos por elaborar) y para este niño. También una identificación temprana, corporal, con el abrumamiento y la hiperkinesia de su madre. Probablemente influyen factores constitucionales debido a un exceso de cantidad endógena respecto a las posibilidades del yo temprano para procesarla.
- b) Que los trastornos en la emisión de la palabra, en la ingestión de alimentos y en la aceptación de normas en estos momentos podrían considerarse trastornos reactivos, en relación con puntos predisposicionales. Esta no es mi hipótesis; para mí tiene mayor peso la anterior. Considero que aún no son puntos de fijación sino de predisposición, tal como se infiere de la rápida movilización que introdujo mi respuesta a su demanda.
- c) Pareciera que la hipertonicidad y el hambre se vincularan con un intento de mantener una tensión constante, como una forma de sentirse vivo.
- d) Pienso que la hiperkinesia constituye un intento de descarga inespecífica de tensión, que dificulta que esta tensión sea procesada por la vía de lenguaje.

Atiendo a la familia tres sesiones más trabajando los lugares psíquicos en que cada uno se ubicaba y cuáles eran los esperables del otro. Aparte tengo algunas sesiones con la pareja en que consideran aspectos específicos referidos a la importancia de una mayor y más activa participación del padre respecto a límites y normas, la continuación del tratamiento psicoterapéutico.



péutico de la madre que ésta había interrumpido, la posibilidad de inclusión de una tercera figura adulta que cuide a Mariano durante las horas en que los padres están ausentes, y que no sea la empleada doméstica.

Me comunico con el pediatra y con el jardín de infantes y les informo acerca de las conclusiones a las que llegué y las posibilidades de sus intervenciones.

Cinco meses después de la consulta, Mariano cumplió tres años. Los padres me informan de los progresos del niño: se estabilizan las comidas, en cuanto a comportamiento e ingesta, aunque ésta sigue siendo relativamente baja; logra el control de esfínteres; puede entretenerse durante períodos mayores de tiempo con juegos tranquilos. El lenguaje sigue siendo limitado. Desde el jardín de infantes informan que participa en juegos colectivos, pero poco, es querido por sus compañeros, mantiene su interés y habilidad hacia los juegos motores. Su vocabulario y período de atención siguen siendo limitados.

La historia continúa

Mariano es traído a la consulta en tres nuevas oportunidades, a razón de una vez por año, derivado por el jardín de infantes. Informaré brevemente acerca de las mismas.

Segunda consulta: Tres años y tres meses (39 meses): ha cambiado de jardín, concurre a uno que pertenece a una escuela bilingüe. Sus directivos dudan si lo van a mantener o no como alumno debido a su conducta dispersa, su pobreza de vocabulario, su poca concentración, su falta de participación en actividades grupales ("está en su mundo") y su desafío a las normas. Tengo tres entrevistas con el niño y sus padres, y tres entrevistas con los padres.

En las horas de juego se muestra un cambio importante en Mariano. En principio entra solo, habla más, utiliza media lengua pero arma frases, como mostrándome su lenguaje, pero lo hace sin placer, con ansiedad, como rindiendo una prueba. Utiliza el referente nominativo: "esto es de vos", "esto es de mí", pero luego funde su cuerpo con el mío: se para suavemente sobre mis pies, apoyando su cuerpo contra el mío. Se concentra durante más tiempo en sus juegos, realiza secuencias lúdicas más largas, con el desarrollo de una fantasía. Produce sonidos en forma constante, de tipo expulsivo. Está menos pendiente de los sonidos ambientales. Predomina la búsqueda de contención en un adulto próximo a él. Es comunicativo, independiente y creativo.



En la segunda entrevista quiere ingresar con los padres, y estos lo acompañan. Cambia la conducta de Mariano: se muestra dependiente, exigente y regresivo en cuanto al lenguaje. Hace un juego con hilo, en que trata de encerrar a los padres y a él mismo en una especie de haz o grupo. Hasta ese momento yo no había dado indicación de tratamiento para el niño —aun cuando creo que lo necesitaba— porque consideraba que esta indicación aumentaría la ambivalencia de los padres frente a este hijo, que aún sigue siendo un extraño. Oriento a los padres y sugiero tratamiento. La madre re toma el de ella, pero no siguen la indicación para el niño. Oriento a los maestros.

La consulta posterior: (4 años, 8 meses) También se produce por indicación del jardín: los problemas continúan en la línea de la derivación anterior: poca concentración en las actividades. La concentración aumenta si el adulto está sentado al lado de él, "sosteniendo" la actividad. Los padres se han mudado y viven momentáneamente en un departamento de dos habitaciones, la situación económica es mala, las discusiones son frecuentes y violentas, la madre desea separarse, hace un tiempo que interrumpió su tratamiento. La madre se queja de la conducta del padre hacia el niño: no pone límites, no respeta los horarios del niño para las rutinas (comida, sueño, lo lleva tarde al jardín). El niño comienza a hablar a los cuatro años correctamente, y en la casa habla constantemente, de tal manera que aturde a quien está cerca. Cuando está con el padre y la empleada doméstica juega, pero mira durante mucho tiempo televisión.

En las horas de juego entra solo. En la primera encuentra un juego de cubos con un modelo para armar. A pesar de que en la caja dice que es adecuado para su edad, él no logra hacerlo. Me pide ayuda (yo le digo que haga hasta donde puede, pero no lo ayudo) y él está veinte minutos intentándolo. Sucede lo mismo que en la escuela y la casa: se concentra con un adulto al lado, dedicado a él.

En las horas de juego habla constantemente con un lenguaje expresivo pero también catártico, ordena familias de animales, corta y pega. Me pide ayuda de manera constante, me pregunta si está bien lo que hace.

Oriento a la psicopedagoga escolar e indico el tratamiento.

Cuarta consulta: (5 años, 8 meses) Derivado nuevamente por el jardín. Desde el nivel escolar avisan que no lo va a inscribir el año siguiente en la escuela primaria bilingüe correspondiente debido a sus dificultades; aunque dicen que el niño ha tenido una evolución favorable, no alcanza el nivel es-



perable para la escuela. La situación familiar es mala, tanto respecto a lo afectivo como a lo económico.

Es cariñoso, tímido, ya no desafía tanto. Se concentra poco. Se han mudado a una casa, cambiando nuevamente de barrio. Mariano no tiene amigos, pero lo invitan. La situación familiar y económica sigue siendo mala. Come poco. No inició tratamiento. Los padres tampoco. En sus horas de juego el movimiento, la palabra y el ritmo de juego son acelerados y abrumadores. El juego se refiere a incendios y rescates. Hay continuidad en la fantasía. Termina siendo él el doctor que se atiende a sí mismo. No me permite participar del juego. En algún momento en que le pregunto algo, contesta: "No me interrumpas, ¿no ves que estoy jugando?".

Oriento a la psicopedagoga. Trabajo con los padres la importancia de un cambio de escuela y derivo a tratamiento. En las dos últimas consultas el contenido de sus juegos está vinculado con contenidos preedípicos y edípicos, aunque se mantiene la línea de lo traumático: un incendio, bomberos, el desamparo, el rescate, el doctor, que termina siendo un doctor que se atiende a sí mismo.

Último informe que recibo de Mariano, dado por su madre: A los seis años, al iniciar el ciclo escolar, es cambiado de escuela. La actual es en un solo idioma. Tiene maestra de recuperación. Cursa primer y segundo grado con algunas dificultades de atención y un rendimiento intelectual adecuado. A fines de segundo grado sus padres se separan, lo cual produce tristeza, pero parece aliviado. En ese momento sus problemas de atención y concentración aumentan, pero igualmente termina bien su segundo grado.

2. El déficit atencional y el yo real primitivo

El marco teórico que utilizo para intentar explicar y comprender los interrogantes que presentan niños como Mariano proviene de la teoría desarrollada por Freud. Freud discrimina tres funciones básicas en el aparato anímico: a) Percepción, b) Memoria y pensamiento, c) Conciencia inicial. Este sistema tripartito pretende procesar la energía pulsional. De este sistema consideramos ahora un aspecto, quizá el menos estudiado: la conciencia inicial, aquella referida a los propios estados pulsionales, sus incrementos y decrecimientos, sentirse sujeto de estos estados pulsionales, captados como estados afectivos. Esta conciencia permite sentirse vivo, es decir, entre las condiciones iniciales para que este tramo se constituya podemos incluir el pasaje de las cantidades a frecuencias, llamado por Freud "el período", ba-



sado, en un principio, en la organización de los propios ritmos cuasi-biológicos: respiración, sueño, vigilia, deglución, alimentación, eliminación, etc., originados en las pulsiones de autoconservación, los cuales se combinan armónicamente con las incitaciones mundanas.

La segunda condición es la organización del aparato protector contra los estímulos, que tiene como base la función de pantalla y filtro de los órganos de los sentidos, considerando los interoceptores, propioceptores y exteroceptores.

No es posible considerar estos momentos primordiales sin tener en cuenta la acción de un "agente externo", concepto freudiano que alude al agente maternante, que ayuda al niño en esta organización de base. Este agente maternante puede convertirse en fuente de patología, imprimiendo sus propias intensidades y ritmos sobre los del niño (Freud, 1914, 1950, Roitman, 1993, 1995).

Volviendo al déficit atencional, los trastornos debidos a la no tramitación de cantidades pueden afectar al circuito como totalidad, tomando la modalidad descrita por Freud para las neurosis traumáticas, en que una cantidad proveniente del interior (pulsiones) o del exterior (registros exógenos), provoca ruptura de ligaduras (representacionales), y pérdida de libido bajo la forma de desprendimiento de afectos o descargas motrices (Freud, 1920).

Esta pérdida producida hacia el interior puede provocar un proceso de estasis o estancamiento en que esta libido queda fijada en sus fuentes corporales y se convierte en punto predisposicional de trastornos orgánicos.

Los principios económicos que regulan el funcionamiento psíquico tienden al restablecimiento de un equilibrio, que puede lograrse en forma total o parcial, dejando ciertos déficits en alguno de los tres tramos mencionados anteriormente: percepción, memoria y pensamiento, conciencia.

El déficit atencional pareciera estar vinculado a una suspensión de la atención, que se desconecta por segundos del mundo sensorial o cognitivo. Si no nos atenemos solamente a la descripción del fenómeno, podríamos decir que lo que se "borra" es el sujeto psíquico capaz de sostener la atención sobre procesos que provienen de la vía de la percepción, o sobre sus propios procesos afectivos y cognitivos: en los casos más preocupantes, es la conciencia primitiva la que está alterada.



3. Narcisismo e identificaciones

En Mariano pareciera predominar un intento de descarga por la vía de la motricidad, que es inespecífica, o cobra la forma de una búsqueda de atención por parte del adulto. Cuando lo consigue, su atención es menos dispersa. ¿Por qué cuando el adulto está presente cerca de él tiene mejores logros, por ejemplo en la consulta de los cuatro años, en donde está veinte minutos intentando armar algo que no le sale? Conjeturo que esto está vinculado a un déficit identificatorio: Freud señala que alrededor de los ocho meses el niño puede diferenciar entre el rostro de la madre y el de un extraño y angustiarse cuando la madre no está presente y percibe en sí mismo un aumento de la tensión de necesidad: necesita aún de la presencia perceptual del adulto significativo para él (Freud, 1926, 1932). A los dieciocho meses, al relatarnos el juego del carretel (Freud, 1920) nos dice que el niño, a través de un juego en que sostiene un carretel atado con un hilo, al que hace desaparecer de su vista arrojándolo dentro de su cuna, y luego, tirando del hilo, reaparecer nuevamente. Nos dice que así intenta procesar psíquicamente los alejamientos de su madre: ya no es él el que queda inerte frente a la ausencia perceptual del objeto, sino que su yo es activo al producirla.

Podríamos agregar que esto sucede porque el niño se ha identificado con la madre, que permanece incorporada en su memoria, y no necesita su presencia a la percepción. En el niño de ocho meses también se ha producido una identificación, pero necesita de la presencia perceptual del objeto para que ésta se mantenga.

Pareciera que Mariano aún permanece fijado a este momento, aunque en un pasaje al nivel siguiente, que aún no está consolidado. El garante de la integridad de su frágil subjetividad narcisista sigue siendo un objeto privilegiado, presente a la percepción.

A los cinco años y medio Mariano hizo lo que podríamos llamar un proceso de recuperación. Pero algo no fue recuperado, queda una marca que se mantiene: el déficit atencional. Es como una cicatriz. Nos podemos preguntar cuál es el destino de estas marcas primordiales cuando se produce la reorganización llamada edípica, cuando la represión como corriente psíquica define una diferenciación intersistémica. Como plantean Freud, Green y Maldivsky, los contenidos son universales, y lo que diferencia a los pacientes son las defensas, y los tipos de erogeneidad. En este caso, tratándose de una marca temprana, lo que está alterada es la constitución de la estructura. Esta opera bajo la forma de una interrupción brevísima en el



flujo de la energía invistiente de la atención y la conciencia primaria.

En mi experiencia personal, este déficit es difícil de recuperar totalmente, pero se puede lograr que sobre esta base no se produzca otra patología, tal como trastornos en el aprendizaje —dado que son niños con inteligencia normal o superior— o como los trastornos de adaptación, especialmente en la escuela o como disminución en el sentimiento de autoestima. Un punto importante es que este déficit atencional los deja inermes: por momentos no escuchan. Si a esto se agrega una dificultad en la organización de las identificaciones tempranas, esto puede explicar su necesidad de un adulto cerca de ellos, que opera como yo percipiente y efector.

Un adecuado seguimiento de estos niños, que permita que no queden lagunas en lo escuchado, especialmente las consignas, permite su adecuación a un aprendizaje grupal. Posteriormente, si media un reconocimiento y elaboración del trastorno, ellos mismos logran adaptarse a sus propias condiciones.

Estos trastornos, reconocidos desde hace tiempo, designados en otra época como "lesión cerebral mínima", diagnóstico que lleva a la búsqueda de soluciones medicamentosas, que no siempre demuestran su eficacia, nos ponen ante un tipo de discapacidad específica, relicto de un trastorno temprano en que quedó afectado el yo real primitivo, y que en sus inicios no se presentó como un trastorno aislado. En muchos de los niños que lo presentan, cuando se los ve en edad escolar, se ha perdido la historia en que este trastorno se enmarca. El mismo recibe sentido sólo a través de un tratamiento psicoterapéutico adecuado en que es posible recobrar la historia a través del trabajo con construcciones referidas a los traumas iniciales, que siguen siendo actuales como una cicatriz. Se trata de construcciones acerca de cómo se constituye la estructura y sus alteraciones.

4. La teoría

Constitución del narcisismo primario y organización del yo

Desearía ubicar este trastorno, que pareciera mantenerse como una alteración casi puntual en el desarrollo de este niño, en un marco teórico más amplio, que considera la organización yoica con grados crecientes de complejidad, para destacar que, pese a lo circunscripto y recortado del mismo, este responde a una alteración en el basamento de la organización del psiquismo, y que, aún cuando la organización continúa, es posible inferir un déficit de base, que se mantiene.



En este apartado sólo quisiera ofrecer una síntesis de las ideas desarrolladas por Freud respecto al problema del procesamiento pulsional que el yo realiza según sus distintos momentos de organización, considerando tiempos lógicos de la misma. En el planteo que presentaré se aúnan los conceptos freudianos, desarrollos post-freudianos y aportes de distintas disciplinas, entre las que se cuentan la neurofisiología, aportes de la neonatología y mi experiencia clínica con relación a consultas y tratamientos en la infancia temprana. Un desarrollo más extenso ya lo he realizado en otras oportunidades (Roitman, 1993, 1999).

En este caso quisiera vincular este desarrollo con la observación de la conducta infantil. Freud alude al desarrollo y la organización en términos de grados crecientes de complejización de la estructura y sus funciones: yo real primitivo, yo-placer purificado, yo real definitivo, superyo. Considera al yo desde diferentes enfoques, que habitualmente combina: desde la óptica de las funciones, desde la de las representaciones, desde la de las identificaciones.

En sus inicios el yo no está discriminado del ello, nos encontramos entonces con montos pulsionales y una tendencia a la descarga por la vía del arco reflejo. Frente a esta tendencia a la descarga, la organización de las pulsiones de autoconservación, sostén de la vida orgánica, origina una tensión compatible con la vida. La primera forma de descarga, generada por un estímulo que determina un acto motor masivo, debe irse perfeccionando hacia un mecanismo de fuga del estímulo (Freud, 1915c) que es efectivo respecto de los estímulos exógenos, pero no de los endógenos, provenientes del interior del organismo. Aquello de lo que puede fugar configura un exterior desinvertido, indiferente, distinguible de un interior investido. Este interior está configurado por montos pulsionales que toman la forma de: a) angustia y desarrollo de afectos, como procesos que tienden al desprendimiento de energía y que también aportan tensiones a lo anímico; b) investidura de órganos, que dará origen a un proceso representacional cuya base se encuentra en la ligadura de la pulsión con la sensorialidad.

En este tiempo inicial del **yo real primitivo** cobra importancia —como condición para la organización del psiquismo— el pasaje de la cantidad a la cualidad; cobra importancia es lo que Freud llama el período, es decir, las frecuencias vinculadas a la transmisión de la energía, y las posibilidades de organización de un “aparato protector frente a los estímulos” —o paraexcitaciones— y que permite que los mismos lleguen al sistema disminuidos y fraccionados.



Estas bases facilitan la organización de un sistema diferenciado que combina percepción, conciencia originaria referida a los propios estados internos (en términos de aumentos y decrecimientos pulsionales) como afectos y sensorialidad intracorporal, y posibilidad de registro de huellas mnémicas, como inscripciones que dan lugar al recuerdo y la memoria.

La base de las representaciones ulteriores se halla en las representaciones de órgano, primera ligadura de pulsiones con aquella sensorialidad interoceptiva —corazón, pulmones, aparato digestivo— que es investida en el pasaje de la vida intrauterina a la extrauterina (Freud, 1926d). Estas primeras investiduras de órgano, que se van ligando entre sí, configurarían las primeras huellas mnémicas, base de las posteriores. Las representaciones se van configurando como totalidades cada vez más complejas. La posibilidad de registrar como propios ciertos estímulos provenientes de órganos iría construyendo una primitiva representación cuerpo. Estos estímulos que se elevan a la categoría de necesidades elementales son los representantes de las pulsiones de autoconservación. Cuando varias de estas investiduras de órganos se ligan entre sí con cierta armonía, cierta homeostasis somática, se constituye un **yo real primitivo**. En estos momentos iniciales podríamos quizá considerar dos tiempos en el autoerotismo: el primero vinculado a la investidura de órganos y sistemas funcionales, al que podríamos llamar autoerotismo intrasomático, y un segundo nivel de constitución del autoerotismo, ligado a la proyección de tensiones de necesidad en una periferia, que vincula tensión de necesidad con percepciones del interior del propio cuerpo (interno y propioceptivas, fundamentalmente estas últimas), con las percepciones brindadas por los sentidos distales; estaríamos planteándonos así las zonas erógenas como partes constitutivas del yo real primitivo.

El yo real primitivo se organiza en torno del principio de constancia, vinculado a las pulsiones de autoconservación, y la libido narcisista se apoya en ellas. Este principio tiende a mantener una constancia, una regulación energética que impida el vaciamiento, la tendencia a la descarga masiva, el efecto de la pulsión de muerte sobre Eros. Sus alteraciones seguirán dos posibles vías: a) responder a las excitaciones siguiendo la vía del predominio de la descarga motriz, es decir, la tendencia a la expulsión hacia el exterior de estímulos originados en el interior (pulsionales) o provenientes del exterior, o b) la modificación endógena, siguiendo la vía de descarga afectiva dirigida hacia la modificación tanto interna (el propio cuerpo) y cuanto externa: la expresión de afectos por medio del llanto. En ninguno de los dos casos se instaura un camino hacia la búsqueda de la acción específica, que cancele la necesidad en su fuente.



La estructura que llamamos **yo** se va complejizando: en un segundo momento no se organiza sólo sobre la base del mecanismo de fuga sino también en torno de la polaridad displacer-placer (Freud, 1911b, 1915c) es decir, en torno de una cualificación de la cantidad (es un segundo nivel de cualificación), que registra los aumentos de excitación en términos de displacer, y su alivio a través de la acción específica, que constituye la vivencia de satisfacción. Este yo es aquel que reconoce como propios los estímulos placenteros y proyecta los displacenteros. Se rige por el principio del placer y las pulsiones que determinan este principio son las sexuales. Se trata del **yo placer purificado**. En este nivel se produce una organización cada vez más compleja de las representaciones-cuerpo y el pasaje del autoerotismo al narcisismo, considerado un nuevo acto psíquico: un grado de organización mayor en el yo.

Se van consolidando las identificaciones primarias en que el otro, en un vínculo de no discriminación, comienza siendo un garante del ser para ir ocupando un lugar de modelo (que devendrá en ideal) y de objeto de amor. Cuando yo hago, en la primera consulta, una interpretación en acto, a través de repetir su conducta, estoy explorando este nivel: el de la constitución del principio del placer.

Se van organizando funciones, siendo las más importantes las vinculadas a la capacidad de pensar y a los comienzos del establecimiento de un sistema preconscious (en el cual prevalecen las representaciones-palabra), especialmente en lo referente a la capacidad de emitir juicios originados en los propios deseos (juicios de atribución) y diferenciados posteriormente de los juicios originados en las percepciones provenientes del exterior, aun cuando este proceso está en sus inicios. Se van discriminando los afectos, que cobran matices diferenciales. En cuanto a las defensas, las que dispone este yo son aun primitivas: desinvestidura del sistema perceptivo, proyección (defensiva normal y patológica), inversión del lugar del sujeto (que implica la transformación en lo contrario en relación con los afectos, y la vuelta contra sí mismo, ocupando el yo un lugar pasivo con relación a la pulsión). Se organiza la desmentida, como corriente psíquica, que se convertirá en defensa cuando el yo real definitivo se estabiliza como estructura.

Estas defensas, que operan con relación a una estructura aún endeble, son por lo tanto violentas y masivas y el yo aún está imposibilitado de tramitar los montos o la cualificación temprana formas masivas a otras más sutiles. El peligro, si estas defensas fracasan, es que naufrague la estructura como totalidad. Este es el punto de fijación que corresponde a las patologías narcisistas.



Respecto del **yo real definitivo**, cabe comenzar diciendo que Freud plantea en 1911b que cuando la vivencia alucinatoria fracasa en satisfacer el empuje de las pulsiones de autoconservación, el yo tiene que encontrar una forma de satisfacer sus necesidades, a través de la realidad externa, que sea más acorde con sus posibilidades, y más “realista” que la alucinación. Esto conduce al desarrollo de una serie de funciones, que lleva a que la realidad externa pueda ser eficazmente diferenciada de la interna, y por lo tanto pueda ser modificada. Para ello es necesario que esta realidad sea representada (con una ilusión de fidelidad) en el aparato psíquico, en cuyo caso el yo despliega una serie de funciones, cada vez más desarrolladas. Surgen también criterios diferenciadores entre realidad psíquica y física (examen de realidad), cuanto de discriminación entre sistemas psíquicos (las censuras). Freud (1917d) llama a estos criterios “instancias del yo”.

El principio de realidad toma el comando por sobre el principio de placer, ya que el puro placer sería aniquilante para el psiquismo. El principio del placer es parcialmente modificado por el principio de realidad, que actúa más acorde a fines objetivos, y permite la búsqueda de un placer demorado y más seguro. El principio del placer nunca queda totalmente desplazado y se mantiene en lo inconsciente. Esta adecuación al principio de realidad y este desarrollo de funciones vincula la organización del aparato psíquico a las leyes del proceso secundario y el sistema preconscious. Esto permite el funcionamiento de la represión como corriente psíquica.

Se produce un cambio en las investiduras de objeto que dejan de estar estructuradas sobre la base exclusiva de identificaciones primarias, sobre la base de dos lugares psíquicos (sujeto-modelo) —aún no discriminados— para organizarse predominantemente como investiduras de objeto (pasaje del ser al tener) sobre la base de tres o más lugares psíquicos (sujeto-modelo-objeto-rival o ayudante; Freud, 1921c). Esto configura la plasmación de vivencias y afectos que toman la trama representacional, desiderativa y afectiva conocida como complejo de Edipo. Las funciones que se desarrollan se refieren a la importancia de la sensorialidad y la conciencia asociada a ella, la atención, la memoria, la desestimación por el juicio, las acciones dirigidas (desde el yo), el pensamiento, el lenguaje, las defensas, y la síntesis, así como la capacidad inhibitoria enunciada en 1950a.

Conclusiones

A través de este relato pudimos ver cómo se va organizando el psiquismo a partir de alteraciones tempranas que podríamos vincular a las dificultades en el pasaje de la cantidad (pulsional) a su organización como ritmicidad.



En la última consulta los trastornos iniciales en cuanto a la alimentación se mantienen controlados; el tiempo en movimiento o juego es acelerado; la capacidad de concentración es baja. Puede jugar y desplegar fantasías que, si bien muestran una línea del desarrollo psicosexual, se acercan poco a lo esperable en una evolución armónica. La adquisición del lenguaje se logra cumpliendo éste distintas funciones: expresiva (de fantasía), comunicativa, catártica, adhesiva con relación a un objeto. En la última consulta se advierte un aumento del nivel de angustia: está por perder su escuela. Pero este es sólo el último eslabón de una cadena de traumas: perdió su casa, su barrio, no consigue adecuarse al rendimiento esperado desde la escuela, sus padres están siempre a punto de separarse, sus ritmos biológicos se han alterado desde su nacimiento, fue recibido en un hogar no preparado para ello, con padres que no terminan de elaborar el problema de la no fertilidad, y en estos momentos de una caída económica, que discuten a menudo y con violencia delante de él.

Tiene pocos amigos con quienes jugar, no hay vecinos conocidos porque pasó por dos mudanzas. No tiene hermanos con quienes compartir. Pasa horas frente al televisor. Y, sin embargo, ha logrado, tal como se comprueba a partir de las dos últimas consultas, desarrollar su capacidad de juego y un lenguaje adecuado para expresar un mundo interno que lo abrumba, que es peligroso, del que siempre hay que rescatar a alguien, y que finaliza jugando a que él es el doctor, que se ausculta y se cura a sí mismo: al mismo tiempo es sujeto y objeto, sin permitir la entrada de otro.

Desde una perspectiva, Mariano tiene la capacidad de recuperación. Desde otra perspectiva, yo me pregunto si su desarrollo no está mostrando sobreadaptación, es decir, un esfuerzo que tiende a tapar la fragilidad inicial de su mundo interno, sobrecargado y acelerado, donde él sufre y se tiene que aliviar a sí mismo.

Este desarrollo nos permite cuestionarnos cómo opera la organización psíquica como una estructura que se conforma con grados crecientes de complejidad. En ese sentido, cuando está afectado el nivel más básico de la estructura, estas alteraciones pueden reorganizarse en el nivel siguiente, o quedar "encapsuladas", es decir, mantenerse así durante un cierto tiempo. El desarrollo posterior puede reorganizar las estructuras anteriores, pero quizás no totalmente, dejando una base de fragilidad, sobrecompensada psíquicamente como si se constituyera un psiquismo con prótesis. En este caso lo que vemos se refiere al déficit atencional, como cicatriz emergente de un proceso complejo, que revela una alteración general en las bases de su organización.



Nuevas exigencias pueden derrumbar esta arquitectura más reciente, cuya fragilidad de base se perdió en el recuerdo, o es conocida, pero sin asignarle un valor con relación a lo que nosotros, desde lo actual, llamaríamos estructuras vulnerables.

Esta dramática infantil en el mejor de los casos se construye en la transferencia. Lo que construimos se relaciona no a fantasías o escenas reprimidas, sino a un trauma en la constitución de la estructura. Cuando más conozcamos los matices de la organización narcisista, más adecuadas pueden ser nuestras construcciones, dado que un paciente con estas características expresa una falta, que no se refiere a un deseo sino a un déficit.

Resumen

En este trabajo considero al déficit atencional como un trastorno temprano, en el yo real primitivo, en su camino de organización hacia el yo placer purificado: se produce una alteración en el pasaje de cantidades (pulsionales) a su cualificación, y el establecimiento de ritmos. Cuando se alteran estos movimientos iniciales surgen dificultades en el establecimiento de la conciencia inicial, la atención y/o la memoria.

El marco conceptual que utilizo es el freudiano, intentando conectar la sintomatología con las hipótesis teóricas que permiten establecer las correspondencias entre dos polos de la teoría.

El déficit atencional parecería estar vinculado a una suspensión de la atención, que aparentemente se desconecta por segundos del mundo sensorial o cognitivo. Si no nos atenemos solamente a la descripción del fenómeno, podríamos decir que lo que se "borra" es el sujeto psíquico capaz de sostener la atención sobre procesos que provienen de la vía de la percepción, o sobre sus propios procesos afectivos o cognitivos: es la conciencia primaria la que está alterada.

El déficit atencional se convierte en problemático cuando el niño comienza algún tipo de escolaridad, aún cuando su origen es temprano. En algunos casos la familia puede notar alteraciones previas.

En la mayor parte de los casos estos niños revelan un coeficiente intelectual normal o superior.

Si este trastorno no es pesquisado a tiempo, los niños quedan apresados en un falso diagnóstico de incapacidad o mal rendimiento escolar, que influye



en su autoestima, en su desarrollo afectivo y en su posición frente al conocer.

Summary

I consider, in this paper, the attentional deficiency as an early alteration in the real primitive ego, in its way of organization to the purified pleasure ego: an alteration is produced in the passage of quantities (drives) to its qualification, and the settlements of rhythms. When these initial movements are altered, difficulties appear in the settlement of the initial conscience, attention and/or memory.

I use the conceptual frame of Freud and I am trying to connect symptomatology with the theoretic hypothesis that permit to set the relations between two poles of the theory.

The attention deficiency seems to be related to a momentary stop of the attention, apparently disconnected for few seconds from the sensorial and cognitive world. If we not only concentrate at the description of the phenomenon, we could say that what it's "erased" is the subject psychic, which is able to pay attention to the process that comes from the perception way, or from its own emotional or cognitive process: it's the alteration of the primary conscience.

The attentional deficiency becomes a big problem when the child starts to go to the school, even if this alteration started early in his life. In some cases the family were aware of the previous alterations.

In most cases these children have a normal or superior intellectual coefficient.

If this alteration is not detected in time, these children can be captured in a false diagnostic of incapacity or bad school performance, which has influence in their self-esteem, in their emotional development and in their attitude to learn.

Résumé

Dans ce travail, je considère le déficit d'attention comme un dérangement précoce du moi réel primitif, dans son chemin d'organisation vers le moi plaisir purifié: il se produit une altération dans le passage des quantités (pulsionnelles) à sa qualification, et l'établissement des rythmes. Quand ces



mouvements initiaux sont altérés surgissent des difficultés dans l'établissement de la conscience initiale, l'attention et/ou la mémoire.

J'utilise le cadre conceptuel freudien, en essayant de mettre en rapport la symptomatologie avec les hypothèses théoriques qui permettent d'établir ses correspondances.

On dirait que le déficit d'attention est liée à un arrêt momentané de l'attention, qu'apparemment se détache pour quelques secondes du monde sensoriel ou cognitif. Si nous ne considérons pas seulement la description du phénomène, nous pourrions dire que ce qui "s'efface", c'est le sujet psychique, qui est capable de maintenir l'attention sur des processus qui proviennent de la voie de la perception, ou de ses propres processus affectifs ou cognitifs: c'est la conscience primaire qui est altérée.

Le déficit d'attention devient un vrai problème quand l'enfant commence l'école maternelle, même si son origine date du tout premier âge. Il faut remarquer que dans certaines familles on a pu détecter des altérations antérieures.

Dans la plupart des cas ces enfants révèlent un coefficient intellectuel normal ou supérieur.

Si ces troubles n'ont pas été dépistés à temps, les enfants restent prisonniers d'un faux diagnostic d'incapacité ou d'un mauvais rendement scolaire, qui exerce une influence sur leur autoestime, sur leur développement affectif et sur leur prise de conscience à pouvoir se poser et poser des questions.

Bibliografía

Ajuriaguerra, J.: (1973) *Manual de psiquiatría infantil*, Ed. Masson, 1984, España.

Ajuriaguerra, J. de y Marcelli, D.: (1982) *Psicopatología del niño*, Toray-Masson, España.

Bion, W.: (1970) *La atención y la interpretación*, Karnac Books, Londres, 1984.

Brazelton, T. B. y Cramer, B. G.: (1990) *La relación más temprana*, Paidós, Barcelona, 1993.



Freud, A.: (1977) *Neurosis y sintomatología en la infancia*, Cap. 3 "Problemas clínicos del niño pequeño", especialmente el apartado "La orientación de los padres", Paidós.

Freud, S.: (1905d) *Tres ensayos de teoría sexual*, en AE, vol. 7.
(1911b) "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico", AE, v. 12.
(1915c) "Pulsiones y destinos de pulsión", en AE, vol. 14.
(1915e) *Lo inconsciente*, Apéndice C "Representación-cosa, representación-palabra", AE, vol. 14.
(1920g) *Más allá del principio del placer*, en AE, vol. 18.
(1921c) *Psicología de las masas y análisis del yo*, en AE, vol. 18.
(1926d) *Inhibición, síntoma y angustia*, en AE, vol. 20.
(1950a) "Proyecto de psicología", en AE, vol. 1.

Green, A.: (1993) *Lo negativo*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Lebovici, S.; Diatkine, R. y Soulé, M.: (1988) *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, tomo II., Biblioteca Nueva, España.

Maldavsky, D.: (1997a) *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires, Nueva Visión.
(1997b) *Casos atípicos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, en prensa.

Meltzer, D. et. al. : (1975) *Exploración del autismo*, Pentshire, Clunie Press.

Pichot, P.: *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Ed. Masson, 1995.

Roitman, C.: (1993) *Los caminos detenidos*. Buenos Aires, Nueva Visión.
(1995) "Estados anímicos primordiales. Acerca de algunas formas en que manifiesta el dolor psíquico, su origen y procesamiento posterior", *Revista de Psicoanálisis*, tomo LIII, nº 4, octubre-diciembre de 1995.
(1999) "Las escisiones psíquicas tempranas, la representabilidad y su relación con la vida pulsional", *Revista de Psicoanálisis*, Número Especial Internacional, Nº 6, 1998-1999, 'Lo representable, lo irrepresentable. Enlaces, transformaciones y destinos'.

Roitman, C. y col.: (1995) "Observación de lactantes: Una aproximación al desarrollo temprano a partir de la teoría freudiana", en *Actualidad Psicológica*, Año XXI, Nº 235, Setiembre de 1996.

Soulas, B.; Brouseaud G.: (1988) "La epilepsia infantil" (en el *Tratado de Psi -*



Quiatría del niño y el adolescente, Lebovici S., Diatkine R., Soule M, tomo II), Madrid, Biblioteca Nueva.

Spitz, R.: (1954) *El primer año de vida del niño*, Madrid, Aguilar, 1961.

Tustin, F.: (1987) *Barreras autistas en pacientes neuróticos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1989.

(1990) *El cascarón protector en niños y adultos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1992.

Winnicott, D.: (1967) *La familia y el desarrollo del individuo*, cap. 14 "Consejos a los padres", Ed. Hormé.

(1971) *Clínica psicoanalítica infantil*, Introducción, Editorial Hormé.

Clara Rosa Roitman
República Árabe Siria 3319, 5° "B"
(1425) Buenos Aires
4802-3842
croitman@elsitio.net