



El llamado ADHD y los modos que puede tomar el sufrimiento infantil

Lic. Beatriz Janin¹

1. Planteo del problema

Este trabajo es un avance de la investigación en curso “La desatención y la hiperactividad en los niños como efecto de múltiples determinaciones psíquicas”. En esta investigación participan docentes y alumnos de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños de UCES¹.

Nos proponemos delimitar los modos de la desatención y la hiperactividad, la complejidad de sus determinaciones, a fin de implementar posibilidades terapéuticas que tengan en cuenta las conflictivas particulares de cada niño.

Consideramos que una de las dificultades que tenemos hoy en día para la comprensión de la psicopatología infantil es la invasión de diagnósticos que no son más que un conjunto de enunciados descriptivos que se terminan transformando en enunciados identificatorios. Estos diagnósticos llevan a que un niño sea catalogado por los síntomas que presenta perdiendo así su identidad. Así, se pasa de: “tiene tics”, a “es un Gilles de la Tourette” o de: “tiene conductas compulsivas y reiteradas” a “es un TOC”, o en vez de un niño triste, hablamos de un trastorno bipolar... El más conocido es el Trastorno por Déficit de Atención, título con el que son catalogados niños que presentan diferentes características. Sin embargo, todos los niños nominados de este modo tienen algo en común: presentan dificultades en su adaptación a la situación escolar.

Podemos observar que la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico y de la imagen que tiene de sí mismo

¹ Han participado en este trabajo las Licenciadas en Psicología Rosa Silver, Mabel Rodríguez Ponte, Elsa Kahansky y Laura Llanos.

ese grupo social. Así, se aceptan como normales en una época cuestiones que son rechazadas en otra y en cada grupo social los parámetros de “buena conducta” son diferentes. Esto está fundado en que cada grupo plantea un contrato narcisista² diferente, o sea, espera que sus miembros respondan de determinada manera y ocupen determinados lugares, aceptando de un modo variable los disensos.

Bernard Golse³ plantea, tomando las enseñanzas de G. Canguilhem que, lo que aparece como patológico en un niño en una época sería, quizás, considerado como normal en otra y no solamente porque la normalidad no puede ser más que estadística sino, fundamentalmente, porque la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico. Este autor se pregunta si los niños a los que “diagnosticamos” como “Hiperquinéticos” no serán los hombres que puedan adaptarse a la sociedad del futuro (con conexiones múltiples y variables).

En la actualidad, en un mundo cada vez más acelerado, en el que predomina la idea de que no hay tiempo, se tolera poco el movimiento de los niños.

En los últimos años se ha generalizado el uso del DSM IV en los consultorios psicológicos y pediátricos e inclusive en el ámbito escolar es frecuente que los maestros diagnostiquen a los niños con los nombres que éste propone.

Esto tiene varias implicancias, en tanto son nombres-sigla que implican un sello que se entiende como una definición del otro. Esto refleja la idea de que catalogar, definir cuadros, supone un avance en la resolución del problema.

Alfredo Jerusalinsky⁴ plantea que: “La función nominativa tiene, para los humanos, un efecto tranquilizador...”. “En los últimos 30 años ha habido un desplazamiento de las categorías nosográficas al terreno de los datos”... “Es así como los problemas dejan de ser problemas para ser trastornos. Esta es una transformación epistemológica importante y no una mera transformación terminológica. Un problema es algo a ser descifrado, a ser interpretado, a ser resuelto; un trastorno es algo a ser eliminado, suprimido, porque molesta. Los nombres de las categorías no son inocentes

² Castoriadis Aulagnier, Piera: “El contrato narcisista se instaura gracias a la precatectización por parte del conjunto del infans como voz futura que ocupará el lugar que se le designa: por anticipación, provee a este último del rol de sujeto del grupo que proyecta sobre él”... “El contrato narcisista tiene como signatarios al niño y al grupo. La catectización del niño por parte del grupo anticipa la del grupo por parte del niño”. *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977, pág 163/164.

³ Golse, Bernard: «L'hyperactivité de l'enfant : un choix de société» *L'enfant instable, Le Carnet Psy* N° 78; pág 26-28; *Fourneret, Pierre y otros*; Boulogne, Éditions Cazaubon.

⁴ Jerusalinsky, Alfredo: “Gotitas y comprimidos para niños sin historia. Una pedagogía posmoderna para la infancia”; *Diagnósticos en la infancia*; Vol .60 (2005); pág 77-93; Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas.

y esta transformación responde a que el orden del discurso ha tomado al hombre en esta posición de objeto sacrificial, objeto descartable y, por eso, no hay nada para preguntarle: es un número o un dato a registrar”.

Lo que se combina en toda la bibliografía médica sobre el tema es el trípode: diagnóstico: síndrome de..., medicación y terapia conductista y esta combinación parece ser ideal para contentar a los adultos y ubicar a los niños como “enfermos”. El orden de determinaciones se invierte. Ya no es que un niño tiene tales manifestaciones, sino que, a partir de las manifestaciones se construye una identidad que se vuelve causa de todo lo que le ocurre dejándolo encerrado en un sin salida. Una categoría descriptiva pasa a ser explicativa. Ya no es “No atiende en clase. Se mueve mucho y desordenadamente. Es exageradamente inquieto e impulsivo, ¿por qué será?”, pregunta que implica posibilidad de cambio, idea de transitoriedad, sino: “Es ADD, por eso no atiende en clase, se mueve mucho y desordenadamente. Es inquieto e impulsivo”. Ya no hay preguntas. Se eluden todas las determinaciones intra e intersubjetivas, como si los síntomas se dieran en un sujeto sin conflictos internos y aislado de un contexto. Y el cartel queda puesto para siempre.

A la vez, estos niños pueden sentir que quedan incluidos en el mundo de un modo muy especial. Un niño que afirma: “soy ADD”, puede sentir que esa denominación le otorga un lugar distinto al de los demás, que es mejor que no tener ninguno. Un lugar de enfermo para tapar el déficit de identidad o de narcisización. El niño que se nombra a sí mismo identificándose con una entidad psicopatológica, se supone siendo en un rasgo que lo borra como sujeto pero que, a la vez, lo ubica como algo, diferente a la nada.

Elizabeth Roudinesco⁵, afirma: “Entre el temor y el desorden y la valorización de una competitividad fundada exclusivamente sobre el éxito material, muchos sujetos prefieren entregarse voluntariamente a sustancias químicas antes que hablar de sus sufrimientos íntimos. El poder de los medicamentos del espíritu es así el síntoma de una modernidad que tiende a abolir en el hombre no sólo su deseo de libertad sino, también, la idea misma de enfrentar la adversidad. El silencio es, entonces, preferible al lenguaje, fuente de angustia y de vergüenza”.

Lawrence Diller⁶, pediatra norteamericano, afirma que desde los años setenta la psiquiatría norteamericana adhirió al modelo biológico-genético-médico de explicación de los problemas de comportamiento y que, en los ochenta, con la inclusión del Prozac, se banalizó el uso de medicación psiquiátrica en casos leves. El paso siguiente parece haber sido extender este criterio a los niños.

⁵ Roudinesco, E.: *Por qué el psicoanálisis*; Buenos Aires; Paidós; 2000; pág. 27/28.

⁶ Diller, Lawrence H.: “Coca Cola, Mc.Donald’s et Ritaline” en *L’enfant excité, Enfances PSY N° 14*, Érès, París, 2001, pág. 137/141.

Conocemos la importancia de la escuela como primer lugar de inserción social.

Se exige que los niños se preparen para poder ingresar en un mundo en el que muchos quedan afuera. El fracaso escolar es, entonces, un modo de quedar “al margen”, fuera del mundo. Y en ese sentido es muy temido por los padres.

Y esto en un mundo en el que lo que importa es el “rendimiento”, la “eficiencia”, en el que el tiempo ha tomado un cariz vertiginoso y los niños están sujetos a la cultura del “zapping”.

Nos preguntamos qué tipo de atención requerimos cuando les pedimos que sigan el discurso del docente a niños a los que socialmente se los incita a atender estímulos de gran intensidad, de poca duración y con poca conexión entre sí. Como es el caso de los video-clips, de las propagandas televisivas, de los juguetos electrónicos. También, un mundo en el que la palabra ha perdido valor, en que lo que se dice se desmiente con muchísima facilidad. Y les pedimos que atiendan a palabras.

La escuela exige habitualmente un comportamiento pasivo, puramente receptor, de un niño que debe quedarse sentado muchas horas escuchando a la maestra. Un niño activo (y no por eso enfermo) puede no tolerar esto. También, muchos padres agobiados por exigencias laborales, pueden pretender que la casa sea un remanso de paz y tranquilidad y viven la actividad de un niño como excesiva. Es decir, es frecuente que los niños sean sancionados por aquello que es justamente una de las características de la infancia: la vitalidad, el movimiento, el salto de un tema a otro, de un juego a otro, el llamar la atención de los adultos, el hacer ruido...

Hay, sin embargo, niños que sufren y que lo manifiestan con un movimiento desordenado. Son niños que dan la impresión de quedar pataleando en el aire, satisfaciendo a través del despliegue motriz lo que no satisface el otro significativo. Son niños que no pueden parar, que dan la sensación de estar “pasados de revoluciones”, que están cada vez más excitados.

En estos niños, el movimiento en lugar de servir como acción específica promueve mayor excitación, en lugar de producir un placer y una descarga, funciona en un circuito de erotización, se les torna excitante. Es muy claro que no pueden parar solos, que necesitan de una contención externa. Contención que puede estar dada por el adulto en forma de gesto o palabra envolvente.

No es casual que, en muchos casos, los trastornos de atención estén acompañados por hiperactividad e impulsividad, en tanto están ligados a la dificultad para inhibir procesos psíquicos primarios.

Para poder atender sostenidamente a la palabra de los maestros, es necesario que opere el proceso secundario, ya que si cada gesto, cada palabra, cada movimiento, desencadena una sucesión de asociaciones imparables, es difícil seguir el discurso de

un otro. También, si la palabra del maestro no puede ser valorizada, o predominan registros como el olfativo, el niño no podrá seguir la exposición.

Todo esto nos lleva a cuestionarnos acerca de las causas de las dificultades infantiles y también a preguntarnos sobre las consecuencias del modo en que los adultos y sobre todo los profesionales, podemos incidir en la evolución de esas dificultades. Ya desde la primera entrevista, el que ubiquemos tanto al niño como a los padres como sujetos pasibles de ser escuchados, puede modificar la situación.

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 más probable es que se dejen de lado las diferencias, se piense sólo en las conductas, en lo observable y se pase por alto el sufrimiento del niño.

Es habitual leer en los diarios que este es un trastorno genético, cuyo tratamiento se da a través de: medicación y “modificación conductual” combinados. Es decir, lo primero que se hace es diagnosticarlo de un modo invalidante, con un “déficit” de por vida, luego se lo medica y se intenta modificar su conducta. Tanto la medicación como la “modificación conductual” tienden a acallar los síntomas, sin preguntarse qué es lo que los determina ni en qué contexto se dan. Y así, pueden intentar frenar las manifestaciones del niño sin cambiar nada del entorno y sin bucear en el psiquismo del niño, en sus angustias y temores. Pero de lo que se trata es de un niño. Y los niños suelen no someterse tan fácilmente a los chalecos de fuerza de los adultos.

Muchos niños dicen: “me porto mal, por eso me traen”. El privilegiar la conducta nos remite a la idea de que hay alguien que se “porta bien” y que hay quienes saben lo que es “una buena conducta”.

Además, la medicación dada para producir efectos de modo inmediato (efectos que se dan en forma mágica, sin elaboración por parte del sujeto), como necesaria de por vida, ¿no desencadena adicción psíquica al ubicar una pastilla como modificadora de actitudes vitales, como generadora de un “buen desempeño”?

¿Qué molesta de estos niños? ¿Por qué la insistencia en los trabajos médicos sobre la importancia de diagnosticar rápido para comenzar tempranamente con la medicación? ¿Cómo diagnosticar este trastorno cuando todo niño pequeño es desatento e inquieto? (Pensemos que uno de los indicadores es que el comienzo sea anterior a los siete años).

Thomas Armstrong⁷ afirma: “Las investigaciones sugieren que los chicos con diagnóstico de ADD/ADHD se comportan de un modo más normal en situaciones como las siguientes :

- en relaciones uno a uno (Barkley, 1990, págs. 56-57).
- en situaciones en las que se les paga para que realicen una tarea (McGuinness, 1985).
- en ambientes que incluyen algo novedoso o altamente estimulante (Zentall, 1980).
- en contextos en los que ellos pueden controlar el ritmo de la experiencia de aprendizaje (Sykes, Douglas y Morgenstern, 1973).
- en los momentos en que interactúan con una figura de autoridad masculina, en vez de una figura femenina (Sleator y Ullman, 1981)”.

En consecuencia, los síntomas de este trastorno parecen depender mucho del contexto.”

Además, si alguien fue así desde siempre (y lo que le sucede no se construyó en una historia) y será así de por vida (desmintiendo toda posibilidad de futuro) lo único que queda es paliar un déficit. Se ubica en un presente permanente a un niño, sin tomar en cuenta el devenir y las transformaciones continuas, como lo propio de la infancia. Y se corren riesgos... porque desmentir la historia y el futuro es transformar a un sujeto en crecimiento en un objeto de los designios de otro.

2. Precizando determinaciones

Es por todo esto que venimos trabajando en la delimitación y precisión de las dificultades de atención e hiperactividad en la infancia⁸.

Tomamos para esto una muestra amplia de niños entre 5 y 9 años de edad diagnosticados por otros profesionales (generalmente neurólogos) como portadores de ADHD (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

En el contexto del encuadre psicoanalítico, son registradas y analizadas las entrevistas con los padres y con los niños.

Daremos algunos ejemplos:

⁷ Armstrong, Thomas; *Síndrome de Déficit de atención con o sin Hiperactividad - ADD/ADHD. Estrategias en el aula*; Buenos Aires; 2000; Paidós; pág. 21.

⁸ En abril del 2006 un artículo del New England Journal of Medicine comenta que en EEUU están medicados el 10% de niños de 10 años de edad. El artículo confirma, además, que esta medicación trae, entre otras consecuencias, a largo plazo, problemas cardíacos (Esto último ha llevado a la FDA, en EEUU, a exigir que los medicamentos contra el ADD/ADHD lleven una etiqueta negra a la vista en la que se indiquen los efectos secundarios posibles de la droga).

Consultan por un niño de siete años. Muy buen alumno en cuanto al rendimiento, tiene dificultades para tolerar normas, es contestador y suele molestar en clase, sobre todo por sus actitudes de oposición y cuestionamiento a la autoridad. La psicopedagoga de la escuela lo deriva al neurólogo, que diagnostica ADHD y aconseja medicación.

Un niño de seis años tiene dificultades para organizarse en sus tareas, para aprender y para quedarse quieto. Va a primer grado y la directora de la escuela dice que “no produce”. Es diagnosticado inmediatamente como ADHD y medicado. Frena la actividad pero comienza a sentir terrores, como si estuviera paralizado y todo objeto que se moviese le produjese un pánico incontrolable. Se desconecta del grupo, se aferra a la maestra, tiene la mirada perdida...

Un niño de cinco años, en primer grado, juega en clase, habla con sus compañeros y no termina de copiar las tareas. No permanece sentado en su banco sino que se levanta para conversar con otros o para proponerles juegos. En la escuela dan el diagnóstico de ADHD y lo derivan a un neurólogo, que lo corrobora. Cuando se lo entrevista, frente a la pregunta de qué le pasa a él en la escuela, contesta: “Mis amigos me hablan y yo los escucho porque son mis amigos y no quiero que se enojen conmigo y entonces no escucho a la maestra. Pero yo igual aprendo, porque entiendo lo del antes y el después, lo de qué número va antes del 3 y después del 3”.

Un niño de nueve años no copia las tareas, se “hace el payaso” en clase, tiene dificultades en la escritura. Es derivado por la escuela a un neurólogo que diagnostica ADHD y medica (sólo durante los días que va a la escuela). Llega al consultorio haciendo morisquetas, aunque rápidamente pasa a contar sus dificultades con evidente tristeza (él se refiere a dificultades familiares, no escolares). Puede estar sentado durante una hora conversando sobre lo que siente y piensa.

Un niño de nueve años es diagnosticado como ADHD y medicado a los seis años por bajo rendimiento escolar. Después de tres años de medicación, se hace la consulta psicológica. El niño repite obsesivamente las mismas preguntas, intenta tocar los objetos de la psicóloga, corre por el consultorio sin rumbo.

Esto es simplemente una muestra que permite plantear que lo que se diagnostica habitualmente como ADD/ADHD incluye patologías muy diferentes.

Cuando los que hacen el diagnóstico (llenando cuestionarios, dando descripciones) son los padres y maestros, esto se hace todavía más evidente. Un cuestionario para detectar ADHD, distribuido a padres y maestros, de la SNAP-IV, con 40 preguntas, muestra lo contradictorio de la idea de “trastorno por déficit de atención” que impera en las categorías del “diagnóstico” según el DSM IV. Algunos de los ítems son: “habla en forma excesiva”, “discute con adultos”, “hace cosas en forma deliberada para fastidiar o molestar a otros”, “es negativo, desafiante, desobediente u hostil hacia las personas de autoridad”, “a menudo no coopera”, “se hace el vivo”. Todos es-

tos puntos (que deben ser calificados del 0 al 3) implican un observador imparcial, pura conciencia, que pueda calificar objetivamente algo tan subjetivo como la desobediencia, o el “hacerse el vivo” (que puede implicar cosas muy diferentes para cada uno). Si tenemos en cuenta que este cuestionario es llenado por familiares y/o maestros, podemos concluir que dependerá de la idea que cada uno tenga acerca de lo que es hablar excesivamente, discutir, actuar de un modo deliberado, ser desafiante, no cooperar y hacerse el vivo. Idea que cada adulto habrá construido en su propia historia y que estará teñida por su realidad actual. Así, si un maestro tiene que dar clase a un curso de más de treinta alumnos y trabaja doble turno, es posible que la mayoría de los niños le resulten excesivamente demandantes. También, si el maestro, o el padre, están deprimidos, se puede producir el mismo fenómeno: un niño que se mueve mucho puede ser insoportable porque no permite la desconexión del adulto.

Lo que molesta debe ser delimitado, clasificado. Pero nosotros sabemos que hay sufrimiento. Entonces, ¿quién o quiénes sufren?

Son los padres, generalmente, los que dictaminan que un tipo de funcionamiento es patológico. Y ellos sufren, porque su hijo quiebra sus fantasías en relación con lo que debería ser un niño, porque suponen que el futuro soñado tambalea, porque se ven a sí mismo (o generalmente lo insoportable de sí) en ese hijo que “fracasa”.

Son los maestros, que sienten que no pueden cumplir con su función, los que demandan que “se haga algo”, a partir de su propio sufrimiento (muchas veces, por sensaciones de impotencia).

Pero el niño también sufre. Todo niño que tiene dificultades en el lenguaje, en la motricidad, en el aprendizaje, en su relación con los otros... es un sujeto que está sufriendo y que manifiesta ese sufrimiento con los recursos que tiene a su alcance.

Entonces, si hay una estructura en desarrollo, no se pueden plantear “cuadros” fijos, lo que implicaría coagular el movimiento, sino pensar qué conflictivas están en juego, qué se repite, en una historia que excede al niño mismo.

Pensamos que la psicopatología infantil tiene características peculiares y no puede ser pensada de acuerdo a los parámetros de la psicopatología adulta. Fundamentalmente, estamos frente a un psiquismo en estructuración, en el que los funcionamientos no están todavía rigidificados, ni totalmente establecidos, en tanto la infancia es, fundamentalmente, devenir y cambio.

3. Recorrido teórico

La teoría freudiana de la estructuración psíquica nos permite comprender los modos en que se constituye la atención.

En el Proyecto de una Psicología para Neurólogos⁹, S. Freud habla de la conciencia y la atención, planteando la diferencia entre el registro de estímulos externos y el registro de sensaciones y afectos.

Diferencia dos tipos de atención: una atención refleja, en el límite entre lo biológico y lo psíquico y una atención psíquica o secundaria. La atención refleja es la atención inmediata, ligada a la conciencia primaria (la atención del “pinchazo”), mientras que la atención secundaria es consecuencia de la inhibición de los procesos psíquicos primarios (implica la constitución del preconscious) y está ligada a la conciencia secundaria.

En los procesos psíquicos primarios no hay diferencia entre representación y percepción, mientras que los procesos secundarios sólo pueden operar cuando el yo posee una reserva de investiduras que le permite efectuar la inhibición. Entonces, el yo inhibe, pospone y dirige las investiduras hacia el mundo externo, sin lo cual los signos de realidad no podrían observarse.

Por consiguiente, la atención se vincula con la percepción, la conciencia, el yo y el examen de realidad (en tanto el yo envía periódicamente investiduras exploratorias hacia el mundo externo).

Esto lleva a pensar que los trastornos en la atención tienen que ver con la dificultad para investir determinada realidad, o para inhibir procesos psíquicos primarios.

A la vez, la atención resta eficiencia a las acciones automáticas, poniendo freno a la impulsividad.

Si la atención es investidura, podemos pensar que hay diferentes tipos de atenciones y de desatenciones. Y nos podríamos preguntar si hay alguien que “no atiende” en absoluto. Hay así, diferentes perturbaciones de la atención y diferentes atenciones.

En el Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent¹⁰, se define la atención como “un estado en el cual la tensión interior está dirigida hacia un objeto exterior. Es un mecanismo importante en el funcionamiento mental de un individuo, que le permite no quedar sometido pasivamente a las incitaciones del contexto. Ella permite al sistema nervioso no ser sobrepasado por el número de informaciones sensoriales que le llegan a cada instante y, por consiguiente, al ser vivo adaptar su comportamiento. También se puede definir la atención en relación con la cons-

⁹ Freud, S.; *Proyecto de una psicología para neurólogos*; Buenos Aires; Amorrortu; 1950 (1985); Pág. 443; n.4.

¹⁰ Houzel, Emmanuelli, Moggio, *Dictionnaire Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*; París; PUF; 2000, pág. 72.

ciencia: la atención es la selección de un acontecimiento, o de un pensamiento y su mantenimiento en la consciencia”. (En primer lugar, entonces, tenemos que considerar que la atención es un proceso activo, que lo protege del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiéndole privilegiar un elemento sobre los otros). En tanto ligado a la consciencia (aunque veremos más adelante que debemos considerar distintos tipos de consciencia) es como un foco que ilumina una parte del universo.

Estos autores diferencian dos tipos de atención: la atención sostenida, como estado de alerta y la atención selectiva, dirigida hacia un objeto.

La atención constante o sostenida corresponde al estado de vigilia (y se opone al estado de desconexión, de sopor) y la atención selectiva presupone la selección de un elemento a la vez que deja de lado al resto. O sea, implica un paso más: no sólo estar despierto sino invertir privilegiadamente un elemento por sobre los otros.

“Los antiguos cuadros teóricos construidos alrededor de la existencia de una función unitaria, el filtro de la información o de una capacidad central de la atención, desigualmente repartido según edades e individuos, hace lugar hoy a una variedad de modelos atencionales estudiados con la ayuda de una diversidad de situaciones. Se habla ahora de procesos atencionales, que forman un sistema atencional caracterizado por una cierta autonomía frente a otros sistemas cognitivos o sensoriomotores con los que están en interacción”.¹¹

Habría que tener en cuenta que lo que se le pide a un niño en la escuela es que mantenga durante mucho tiempo la atención selectiva. Es decir, no sólo se le pide que esté despierto sino también que atienda selectivamente a lo que la maestra le dice. Atención selectiva que, en este caso, se rige habitualmente más por la obediencia a normas, que por los propios deseos.

Por el contrario, tiene que deponer sus intereses momentáneos, seleccionar de todo el cúmulo de estímulos internos y externos, aquellos en los que otros le piden que se centre y concentrarse durante un tiempo prolongado en un tema.

Es innegable que hay una relación importante entre atención y motivación, lo que lleva a pensar en la atención como investidura, ligada a los deseos. En este sentido, Lawrence Diller plantea que el problema en los niños que no atienden en clase no es tanto la distracción sino la falta de motivación.

Es decir, el dirigirse al mundo y sostener el oído y la mirada atentos está motorizado por los deseos. Ellos nos marcan la dirección hacia la cual dirigimos, pero tam-

¹¹ Houzel, Emmanuelli, Moggio, Dictionnaire Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent; París; PUF; 2000, pág. 73.

bién el yo como organización representacional aparece como imprescindible para que un sujeto atienda... y aprenda. Hay que sentirse unificado para poder escuchar a otro, mirar a otro, sin sentir que uno se quiebra en múltiples pedazos si no es el único mirado y escuchado.

Sabemos que el mundo no es investido automáticamente, o que lo que se inviste casi automáticamente son las sensaciones (la conciencia primaria de Freud). Pero para que haya registro de cualidades, de matices, se debe diferenciar estímulo y pulsión, para lo cual los estímulos externos no deben ser continuos, sino que tiene que haber intervalos. Así, si un niño recibiese permanentemente estímulos (como una madre que le da el pecho todo el tiempo) no podría diferenciar lo que siente de lo que viene desde afuera.

Del mismo modo, si se lo deja en un estado de privación permanente, tampoco podrá hacerlo. La diferencia estímulo-pulsión se instaura porque el estímulo es intermitente, mientras que la pulsión es constante. Del estímulo se puede huir, mientras que de la pulsión, no.

Este sería el primer paso para dirigir la atención hacia el mundo: diferenciar adentro y afuera. Aquí tenemos un elemento que nos va a permitir ligar la desatención a la hiperactividad: la confusión entre interno y externo lleva tanto a no sostener la atención por confusión como a responder a todo estímulo como si la fuga fuera posible.

Así, hay niños que han retirado sus investiduras del mundo, pero también niños que nunca la han investido.

En segundo lugar, la investidura del mundo se logra por identificación con un otro que va libidinizando a ese mundo y otorgándole sentido. Cuando la mamá le muestra al hijo el sonajero, lo hace sonar, escucha con él el ruido que hace, o le muestra un juguete, o una planta, o un alimento, está atrayendo la atención del bebé hacia ese objeto. De todo el universo sensorial posible la madre recorta algo y se lo señala al niño como algo a ser investido. Las miradas del niño y de la madre confluyen en un punto. Y las sensaciones múltiples y confusas, el pensamiento errático, van dando lugar en el niño a momentos en los que puede “enfocar” determinados contenidos.

“Mirá, escuchá, olé...”, acompañados de la vivencia placentera, permiten que la mirada, la audición y todos los sentidos se dirijan hacia diferentes objetos.

Pero si la madre no puede transmitir una mirada deseante hacia el mundo y no hay un sustituto que realice esta tarea, difícilmente el bebé invista un exterior a sí.

En esta línea se podrían pensar las conclusiones del Servicio Médico Pedagógico, de Ginebra, donde el prof. Juan Manzano y el Dr Marion Righetti, investigaron

las consecuencias manifiestas de la depresión maternal sobre el desarrollo infantil, llegando a la conclusión de que los niños de madres deprimidas, presentaban, a 18 meses, en una proporción estadísticamente significativa (entre otros rasgos) disminución de la duración de la atención.

Parece ser que si el niño no encuentra una respuesta empática durante el primer tiempo de vida, no puede dirigirse al mundo en forma focalizada y sostenida. Es decir, si la madre está en retracción por depresión, si ella no puede “atender” a sus demandas afectivas, la desatención aparecerá en el niño. Si no hay quien libidineice al niño y al mundo “para” el niño, será difícil para éste significar el mundo como deseable.

En tercer lugar, no sólo el mundo deberá ser investido libidinalmente sino que del conjunto de estímulos se tendrán que seleccionar algunos. Es el yo y, en principio, el yo como yo de placer (el yo del narcisismo) el que inhibe el decurso pulsional. Aunque el niño siga viviendo en una especie de “ya” y “ahora” permanente, hay un cierto freno al devenir pulsional. Este yo se constituye por identificación primaria con un semejante, en el que el niño se refleja, como en un espejo. Los otros significativos (padres, hermanos, abuelos) le devuelven una imagen de sí. En la conjunción de esa representación que los otros le devuelven y la ligazón que él va estableciendo entre las diferentes zonas de su cuerpo, se va armando una idea de sí mismo. Pero la imagen que el otro le devuelve puede ser muy diferente. Se lo puede ver como un pedazo de sí o como un sujeto diferente. En principio, que un niño sea vivido como un semejante diferente, le permitirá ir construyendo la diferencia yo-otro sin suponer que tiene que quedar subsumido en el otro o matarlo.

Así también, el adulto puede devolverle al niño una imagen de sí como el elegido, la maravilla, el hijo soñado, pero también la de un terremoto, un desastre, el culpable de todas las desgracias. El saberse amado, más allá de los diferentes avatares, parece ser fundamental. Si el niño supone que el amor del objeto es algo que puede perder fácilmente, estará pendiente de las señales amorosas del otro sin poder concentrarse en otra cosa o se recluirá defensivamente.

Sigmund Freud, W. R. Bion, Donald Winnicott, David Maldivsky, así como otros autores, han planteado el tema de la atención así como del dominio motriz.

Sin embargo, la problemática específica de la desatención y la hiperactividad en niños ha sido poco tratada en los textos psicoanalíticos.

En Francia, ha habido desarrollos sobre la llamada Inestabilidad Infantil o Hiperkinesia desde hace muchos años. Así, Jean Bergès¹² define la inestabilidad motora:

¹² Bergès, Jean, Los trastornos psicomotores del niño, en S. Levobici, R. Diatkine, M. Soulé: *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente - Tomo IV*, pág. 66.

“La agitación, a veces extrema, aparece, ya sea como una irrupción en un contexto de contención insoportable (así como en los estados tensionales) o bien como una demanda incesante de límites, de fronteras, el cuerpo en acción vivido como muy problemático o imposible de integrar como tal (en los estados de dehiscencia). Pero la inestabilidad motora no se define tan sólo por la agitación: resulta lícito hacer hincapié en la participación de la voz, de la envoltura cutánea y de lo que podríamos llamar la provocación”. Este autor también plantea que en estos niños suele aparecer el movimiento como modo de escapar de la mirada de la madre, como un llegar al “borde” de su mirada. Es interesante el que J. Bergès hable de la contención y de la provocación a otro, con lo que caracteriza a esta patología como produciéndose en un vínculo. También, que tome el concepto de “envoltura-piel” desarrollada por D. Anzieu.

Erik Valentin¹³ habla de “fantasmas-acciones” o fantasías cinéticas. Dice: “Las conductas actuadas de estos niños son tentativas de organización del masoquismo erógeno a fin de ligar a la vez el exceso de las cantidades de excitación que efractan las paraexcitaciones y una experiencia de pasividad indigerible. En este sentido, son próximos al comportamiento, pero estos actos motores están sostenidos en una cierta actividad fantasmática”. Este autor plantea que es imprescindible que el entorno atenúe las angustias que estas fantasías suscitan permitiendo así la separación de un “adentro” y un “afuera” y la ligazón de las representaciones pulsionales a representaciones verbales (es decir, la construcción de representaciones preconscious).

Maurice Berger¹⁴ realiza desarrollos en relación con la inestabilidad motriz, diferenciando los contextos en los que la patología aparece.

Nicolas Daumerie¹⁵ realizó una investigación entre terapeutas que atienden niños que presentan estas características con el propósito de ver cuáles son las representaciones que sostienen los profesionales respecto de la hiperactividad infantil. Como efecto de esta investigación, concluye que se podrían pensar los signos patológicos de la hiperactividad infantil como una forma de compromiso entre la economía psíquica del niño y las condiciones que impone la relación social. En una relación en la que el cuerpo no es tomado como lugar de representación sino como una interfase directa con el exterior, el niño queda prisionero de una interacción constante con el entorno, única salvaguarda para lograr un cierto equilibrio.

Pensamos que el psiquismo es una estructura abierta (en el sentido que no es pen-

¹³ Valentin, Éric (1996) “Somatizer, agir, représenter”, *Revue Française de Psychosomatique*, París, PUF.

¹⁴ Berger, Maurice (2005) *L'enfant instable - Approche clinique et thérapeutique*, París, Dunod, 2ª ed.

¹⁵ Daumerie, Nicolas (2004) Des soignants face à l'hyperactivité: une approche des représentations en Ménéchal, Jean y otros, *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París, pág 35-49.

sable en un sujeto sin vínculos con otros) y la realidad (en especial la realidad psíquica de los otros) es parte del aparato psíquico del niño. Entonces, un niño cuya patología nos convoca implica siempre a muchos otros.

Es insoslayable, entonces, en el caso de las patologías tempranas, el tema del entorno.

A veces, el que un niño pase a ser un interlocutor válido para los adultos que lo rodean, el que los padres lo incluyan en el circuito simbólico, es fundamental para modificar el modo en que el niño se ve a sí mismo.

Tomando las palabras de Roger Misès:¹⁶ “Este trastorno está fundado sobre la agrupación arbitraria de síntomas superficiales, invoca una etiopatogenia reductora que apoya un modelo psicofisiológico, lleva a la utilización dominante o exclusiva de la Ritalina, la presencia de una comorbilidad es reconocida en casi los dos tercios de casos, pero no se examina la influencia que los problemas asociados pueden ejercer sobre el determinismo y las expresiones clínicas del síndrome. Finalmente, los modos de implicación del entorno familiar, escolar y social no son ubicados más que como respuestas a las manifestaciones del niño (nunca como implicados en su producción)”.

Así, suele haber una dominancia de una relación dual, marcada por la persistencia de una sexualización erotizante, con un niño que queda excitado y que fracasa en las posibilidades de construir un sistema para-excitación y para-incipitación (Golse).

También, fracasa en la instauración del sistema preconsciente, como en la elaboración de los procesos terciarios: así, la capacidad para mentalizar tambalea y predominan las manifestaciones a través del cuerpo y de la acción.

En muchos de estos niños, se encuentran alterados los fundamentos de la vida psíquica que habitualmente sostienen el ejercicio del pensamiento y el placer ligado a él.

También, el desfallecimiento narcisista deberá ser tomado en cuenta, junto con la falta de seguridad interna, la dificultad para asumir la regulación de la autoestima, la incapacidad para construir ideales que dejen un margen de libertad. Lo que predomina es la urgencia, como si estuvieran sujetos a exigencias que los golpean desde un interno-externo indiferenciado.

Son, en verdad, golpes dados a los cimientos mismos del autoerotismo, en su lazo con la sexualidad infantil y con el lugar que toma el objeto, lo que lleva a un in-

¹⁶ Misès, R., Préface, en Ménéchal, Jean y otros, *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París, 2001, pág XI a XVII.

tento siempre fallido de dominar el mundo. Esto haría pensar la hiperactividad del niño como el intento de asegurarse la posesión de una escena en la que sería el único protagonista. (como para evitar la exclusión-anulación que vendría desde el otro). Este funcionamiento defensivo puede suscitar en el entorno un aumento de la hostilidad, en tanto los otros queden atrapados por este fantasma de exclusión.

A la vez, su movimiento captura la atención del otro, que está pendiente, mirándolo como potencialmente peligroso. Control que puede ser vivido como encerrante y suscitar mayor movimiento, a la vez que, a ser ubicado en el otro el poder de controlar su cuerpo, el niño queda a merced de los deseos del otro y de los propios.

Paul Denis¹⁷ afirma que frente a la falla de la sexualidad hay una regresión a la pulsión de dominio. Este autor afirma que cuando la excitación no encuentra la vía de una satisfacción acorde con el desarrollo del psiquismo del niño, éste se encontrará sobrecargado y desbordado y la excitación se expresará en el plano psicomotor; de este modo la excitación libidinal es desorganizada y desorganizante.

4. Algunas conclusiones

Si tomamos la teoría freudiana de la estructuración psíquica, la capacidad de atender selectivamente no es un efecto simple. Por el contrario, es consecuencia de un proceso complejo que puede tener contratiempos. Lo mismo puede decirse en relación con el dominio de la motricidad y al control de los impulsos. En ese sentido, nos venimos encontrando con niños que son calificados de “desatentos” y que: algunos juegan en clase - otros se retraen - otros se conectan con sensaciones corporales (necesidades, frío-calor) - otros están pendientes de la mirada del docente - otros atienden sólo a lo que les resulta fácil - otros están atentos a los movimientos afectivos de los otros.

También, con niños que se mueven sin rumbo porque necesitan demostrar y sentir que están vivos, o tratan de hacer activo lo sufrido pasivamente y fracasan, o intentan despertar a adultos deprimidos, o son reflejo del desborde del contexto.

Sabemos que, en muchos casos, los trastornos de atención estén acompañados por hiperactividad e impulsividad. Estos tres síntomas están ligados a la dificultad para inhibir procesos psíquicos primarios (dificultad que puede producirse por diferentes motivos).

Analizando las entrevistas, nos hemos encontrado con: niños que presentan trastornos graves en la estructuración psíquica (fundamentalmente con dificultades en el armado de pensamiento secundario); niños deprimidos (que muchas veces apelan a un funcionamiento maníaco); niños que están en estado de alerta permanente; niños

¹⁷ Denis, Paul: “La excitation à la période de latence” en L’enfant excité. Enfances PSY N° 14, 2001, Érès, París, pág 77- 83.

que presentan trastornos en la estructuración del superyó y que no se sujetan a las normas escolares; niños que tienden a buscar la aprobación y el amor permanentemente, como modo de sostener el narcisismo.

Hay niños que, cuando el objeto “falla” (en tanto no puede satisfacer ni en el momento ni en el modo exactos lo que él desea), la retirada de la investidura objetal no va al yo sino, a la nada, al vacío. Es decir, en lugar de tratar de satisfacerse a sí mismo, o de apelar a la fantasía (y privilegiadamente al juego) el niño puede sentir que el fracaso es absoluto, que él está vacío y el mundo no le ofrece nada placentero. Así, la búsqueda puede ser alocada, imparabile, sin metas claras. Una búsqueda caótica, en la que no se pueden filtrar ni seleccionar estímulos ni organizar la acción.

Algunos niños “hiperactivos” presentan dificultades ya en la constitución del pre-consciente cinético, en esa organización pre-consciente a través de acciones, por lo que no pueden apelar a esos modos de traducción. Dificultad, entonces, en el procesamiento secundario de las representaciones en sus momentos iniciales, que lleva a un trastorno en la posibilidad de representar, de ligar, de traducir en palabras lo pulsional. Son descargas que son pura evacuación de angustia, lucha contra la pasividad.

Es llamativa la recurrencia en los padres de un estado ansioso, regido por la urgencia y por una especie de “hiperactividad” en relación con el hijo. Se repite la inestabilidad emocional del contexto.

La gran mayoría de los niños que hemos observado fueron “diagnosticados” por los docentes que, al detectar dificultades para su inclusión en la escuela, formularon el “diagnóstico” a los padres y derivaron al niño al neurólogo. A la vez, los neurólogos se basaron (en su mayoría) en los informes de padres y maestros para decidir el tratamiento.

Hablar entonces de diagnóstico puede tener diferentes sentidos.

Nos encontramos con una paradoja: es fundamental detectar patología psíquica tempranamente. Los niños pequeños tienen muchísimas posibilidades de modificar su funcionamiento y hasta los niños que se están estructurando de un modo psicótico, pueden tener una buena evolución si son tratados desde pequeños. Así, el pronóstico varía totalmente si el niño comienza el tratamiento psicoanalítico en la primera infancia, si lo hace en la época escolar o cuando ya está cursando la pubertad.

Sin embargo, detectar patología es diferente a colgar un cartel. El riesgo de los diagnósticos tempranos es que el niño quede atrapado y determinado en un “cuadro”. Así como con un niño hay urgencias y es fundamental tenerlas en cuenta... porque su vida está en estructuración, también es clave pensar que no está todo dicho y que los niños son impredecibles...

Sabemos que en los avatares mismos de la estructuración psíquica, estructuración

signada por los vínculos con otros, están posibilitadas las perturbaciones.

Quizás, fundamentalmente, lo que hay que detectar es 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 ese trastorno, cuáles son las conflictivas que expresa y a quiénes incluye. Y eso sí debemos diagnosticarlo para encontrar los medios adecuados para ayudarlo.

Bibliografía

Armstrong, Thomas ; *Síndrome de Déficit de atención con o sin Hiperactividad - ADD/ADHD. Estrategias en el aula*; Buenos Aires, Paidós; 2000.

Baughman, Fred A. Jr.; “Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder”, To the Editor, *Pediatrics*, Vol. 107 No. 5; (May 2001): pp. 1239.

Baughman, Fred A. Jr.; “*The FDA Making Treatment Safe for “Chemical Imbalances” That Don’t Exist*”, June 28, 2005. Fellow American Academy of Neurology, página web.

Benasayag, L., Ficha (S/D) *El Síndrome Disatencional / Hiperkinesia – ADDH vs. Pseudo ADDH – Abuso de Psicodrogas en el niño*, Buenos Aires (mayo 2002).

Berger, Maurice ; *L’enfant instable - Approche clinique et thérapeutique* ; París ; Dunod : 2ª ed. 2005.

Bergès, Jean; *Los trastornos psicomotores del niño* en Lebovici, S.; Diatkine, M. y Soulé, M. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1990, tomo IV, pág 66-69.

Breeding, John; Ph.D, *The Wildest Colts Make the Best Horses: the truth about Ritalin, ADHD and other disruptive behavior disorders*, Bright Books, Inc.; 1996.

Breggin, P.; *Talking back to Ritalin: What doctors aren’t telling you about stimulants for children*. Monroe, Maine; Common Courage Press; 1998.

Breggin, P.; “Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action”; *International Journal of Risk and Safety in Medicine*; 12; (1999); pp 3-35.

Breggin, P. ; *Reclaiming our children: A healing solution for a nation in crisis*; Cambridge, Massachusetts; Perseus Books; 2000.

Carey, William B.; “Is ADHD a valid disorder?” *Invited paper presented at NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hy-*

peractivity Disorder; (November 16, 1998); Bethesda, MD.

Carey, William B. MD; Remarks to the American Enterprise Institute Panel on Ritalin and ADHD; Washington DC, (June 18, 2001).

Golse, B.; Bursztejn, C. ; *Dire: entre corps et langage, autour de la clinique de l'enfance*; (1993); París, Masson. Cap. 4: Clément, Marie-Christine, de Lanlay, Fabienne "Voix, entre-deux du corps et du langage", pág. 172-183.

Cramer, Kris MSc, Miller, Anton, MBChB FRCPC, Page, Jacqueline, B ScN MHSc MSc, Hartling B ScPT MSc, Crumley MLIS, Klassen, Terry PMD MSc FRCPC "Is methylphenidate effective in reducing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in school-aged children?"; *Paediatrics and Child Health Canada*; vol 7 n° 10; (2002).

Cramond, Bonnie, PhD University of Georgia The Coincidence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Creativity 1995, pág web.

Ménéchal, Jean y otros ; *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París (2004). Cap. 3 Daumerie, Nicolas , Des soignants face à l'hyperactivité: une approche des représentations, pág. 35-49.

Diller, Lawrence; "Coca-Cola, McDonald's et Ritaline"; *Enfances Psy*; N° 14; (2001). Érès, París, pág.

DSM IV - *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*; Barcelona, Masson, 1995.

Efron, D.; Jarman, F. C.; Barker, M. J.; *Child and parent perceptions of stimulant medication treatment in attention deficit hiperactivity disorder*. Melbourne, Australia. Journal-Paediatr-Child-Health. 1998.

Farré Riba, A.; Carbona García, J.; *Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*; España, Ed. TEA ; 2000.

Feld, Víctor; "La diva del momento"; *Ensayos y experiencias*; N° 25; (1998); Buenos Aires; Ed. Novedades Educativas. Pág. 26-35.

Fernández, Alicia: "La sociedad "hiperkinética" y "desatenta" médica lo que produce"; *Revista E. Psi. B. A.*; N° 10; (2000); pág. 3-9.

Flavigny, Christian, "Psychodynamique de l'instabilité infantile", en Ménéchal, Jean y otros, *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París, (2004), pág 81-104.

Fourneret, Pierre: «L'hyperactivité: histoire et actualité d'un symptôme», en Méné-

chal, Jean y otros, *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París, (2004) pág 7-26.

Gaillard, F., et al. "Más allá de la hiperactividad: Un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne" en *Revista Argentina de Neuropsicología* 2, (2004) <http://revneuropsi.tripod.com.ar>

Gibello, Bernard: «Exploration clinique de la dyschronie chez des enfants instables (hyperkinétiques, hiperactivos, TDAH)» en Ménéchal, Jean y otros, *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París, (2004) pág. 219-232.

Golse, Bernard: «L'enfant excitable. Système pare-excitation, système pare-incitation», en Touzin, Monique; Verdier-Gibello, Marie-Luce y otros, *L'enfant excité en Enfances PSY N° 14* Érès, París, (2001), pág 49-56.

Golse, Bernard : «L'hyperactivité de l'enfant: un choix de société» en Fournieret, Pierre y otros *L'enfant instable*, Le Carnet Psy N° 78, Éditiones Cazaubon, Boulogne, (2003) pág 26-28.

Houzel, Didier; Emmanuelli, Michèle; Moggio, Françoise; *Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, París, PUF. (2000).

Janin, Beatriz: "Effets du traitement psychanalytique sur un cas de maladie de Gilles de la Tourette", *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales*, París. (2000) – pág 45-65.

Janin, Beatriz, "¿Síndrome de ADD?". *Cuestiones de Infancia N° 5*, Buenos Aires, Fau Edit. (2000), pág. 75 a 89.

Janin, Beatriz "¿Fracaso escolar por dificultades en la atención o falta de memoria?" En *Ensayos y Experiencias N° 43*, Buenos Aires, Novedades Educativas. (2002) – pág. 56-70.

Janin, Beatriz, "Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente N° 33/34*, Bilbao (2002) – pág. 149-171.

Janin, B.; Frizzera, O.; Heuser, C.; Rojas, M. C.; Tallis, J.; Untoiglich, G.: *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires, Novedades Educativas, (2004).

Jensen, Peter S. MD; Mrazek, David MD; Knapp, Penelope K. MD, Steinberg, Laurence, PhD; Pfeffer, Cynthia MD; Schowalter, John MD; Shapiro, Theodore MD): "Evolution and Revolution in Child Psychiatry: ADHD as a Disorder of Adaptation", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (1997).

Jerusalinsky, Alfredo: "Gotitas y comprimidos para niños sin historia una pedagogía posmoderna para la infancia" en *Diagnósticos en la infancia*, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas, (2005).

Keirse, D.: *The Great A.D.D. Hoax*, Prometheus Nemesis(1998).

Lasa Zulueta, Alberto, "Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad", *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Bilbao, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, (2001) pág. 5-81.

Lebovici, Serge; Diatkine, René; Soulé, Michel: *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, Madrid, Biblioteca Nueva (1989).

Levin, Esteban: *Discapacidad. Clínica y educación*, Buenos Aires, Nueva Visión, (2003) cap 3 pág. 62-65.

Lucioni, Isabel; "Teoría de la conciencia y aportes al desorden de atención e impulsión"; *Cuestiones de infancia*, N° 5; (2000) pp 103-20; Buenos Aires, Fau Edit.

Maldavsky, D.: *Pesadillas en vigilia*. Amorrortu. 1995, Buenos Aires.

Maldavsky, D.: *Casos Atípicos*. Amorrortu, 1998, Buenos Aires.

Massie, H. y Rosenthal, J ; *Psicosis infantiles en los primeros cuatro años de vida*, Bs. As. Ed. Paidós; (1986); pp. 64, pp. 93, pp. 156, pp. 173.

Misès, R.; Préface, en Ménéchal, Jean y otros, *L'hyperactivité infantile. Débats et en - jeux*; París; Ed. Dunod; 2001; pp 11-17.

Morin, Edgard; "Epistemología de la complejidad" en *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*; Buenos Aires, Paidós; 1994.

Rodulfo, Marisa Punta; "La generalización en el diagnóstico y sus riesgos: el caso del ADHD" en *"La clínica del niño y su interior – Un estudio en detalle"*; Buenos Aires; Editorial Paidós; 2005.

Roitman, Clara; "El déficit atencional y su sustrato: enfoque teórico-clínico", *Cuestiones de Infancia*; N° 6; (2002); pp 17-131; Buenos Aires; UCES.

Roudinesco, Elizabeth; *Por qué el psicoanálisis*; Buenos Aires; Paidós; 2000.

Safer, Dj; Zito, Jm; Fine Em "Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s", Baltimore, *Pediatrics* (1996).

Touati, Bernard; "Hyperactivité: la fin de l'histoire...du sujet" en Fournieret, Pierre y

otros *L'enfant instable*; Le Carnet Psy N° 78, Éditiones Cazaubon, Boulogne, pág. 20-24 (2003).

Tustin, Frances; *Estados autistas en los niños*, Buenos Aires, Paidós; 1981.

Vademécum Vallory; Buenos Aires; Ediciones Médicas S. A.; (1999); 30ª Edición; pp 661-662.

Valentin, Éric (1996) "Somatizer, agir, reprèsender", *Revue Française de Psychosomatique* París, PUF; (1996) – pág. 114-124.

Warren A.; Weinberg, M. D.; Caryn, R.; Harper, M. S.; Caitlin, Davies; Schraufnagel, B. A.; Roger A. Brumback, MD University of Texas Southwestern Medical Center Dallas; "Attention deficit hyperactivity disorder: A disease or a symptom complex?"; *Journal of Pediatrics*; Volume 130; Number 4; (1997); pp 665 – 669.

Winnicott, D. R.; *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*; Buenos Aires, Hormé; 1971.