



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS**

TESIS

**LA HIPERACTIVIDAD COMO RESPUESTA
FRENTE A LA ANGUSTIA**

AUTOR:

Franklin Ajila Loayza

TUTORA:

Dra. Mayra Landivar de Hanze

GUAYAQUIL - ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

En calidad de Tutora de la Maestría en Psicoanálisis, nombrado por el Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Católica de Santiago de Guayaquil.

C E R T I F I C O:

Que he analizado la Tesis de Post-Grado presentado como requisito previo a la aprobación y desarrollo de la investigación para optar por el grado de Magíster en Psicoanálisis, por lo que de acuerdo a las disposiciones reglamentarias pertinentes, autorizo su presentación, sustentación y defensa.

El tema de investigación se refiere:

LA HIPERACTIVIDAD COMO RESPUESTA FRENTE A LA ANGUSTIA

Presentado por:

Ajila Loayza Franklin Arturo

Apellidos y Nombres

0701844375

Cédula de ciudadanía N°.

TUTORA:

Dra. Mayra Landívar de Hanze

Guayaquil, Abril 2012

AUTORÍA

Los pensamientos, ideas, opiniones, análisis, datos e información obtenida a través de este trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Autor: Ajila Loayza Franklin Arturo
C.C.: 0701844375

Guayaquil, Abril, 2012

DEDICATORIA

Con ferviente amor al Señor mi Dios por darme la sabiduría necesaria en cada peldaño de mi vida, a mi madre y a la memoria de mi padre por los valores inculcados, a mi hija por ser la continuación de mi existencia, a mi esposa por estar siempre a mi lado apoyándome incondicionalmente.

Dr. Franklin Ajila Loayza

AGRADECIMIENTO

En mi calidad de proponente de la tesis de Maestría en Psicoanálisis, expreso mi sincero agradecimiento al personal Directivo, Administrativo y Docente de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, por la oportunidad brindada, para cumplir uno de mis sueños de obtener un título de cuarto nivel; de manera especial presento un merecido agradecimiento a mi Tutora de Tesis en la persona de la Dra. Mayra Landívar de Hanze, quien me oriento de forma científica y técnica en el desarrollo y culminación de la tesis, lo cual dio relevancia al presente trabajo de Tesis.

Dr. Franklin Ajila Loayza

ÍNDICE

Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
Introducción	ix

CAPÍTULO I

ÁMBITO DE LA HIPERACTIVIDAD	1
1.1. LA HIPERACTIVIDAD	1
1.1.1. Contexto de la hiperactividad	1
1.1.1.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad ADD- ADHD	1
1.1.1.2. El nacimiento del ADD – ADHD	2
1.1.1.3. Definición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad:	6
1.1.1.4. ¿Hiperactivo o bullicioso?	10
1.1.1.5. Hiper –actividad sin productividad	12
1.1.1.6. El trastorno de hiperactividad con o sin déficit de atención	13
1.1.1.7. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad	15

1.2. EL SÍNTOMA	18
1.2.1. Contexto del síntoma	18
1.2.2. Generalidades del síntoma	19
1.2.3. Del síntoma y la función de la causa	22
1.2.4. Aportes de Sabina Serniotti en torno al síntoma	25
1.2.5. Inconsciente y síntoma: nuestra orientación	27
1.3. EL SUJETO	30
1.3.1. Contexto del sujeto	30
1.3.2. Generalidades	33
1.3.3. Ausencia de subjetividad	38
	40

CAPÍTULO II

LA ANGUSTIA

2.1. LA HIPERACTIVIDAD ANTESALA DE LA ANGUSTIA	40
2.1.1. TRATAMIENTO DE LA ANGUSTIA: LO QUE NO ENGAÑA	40
2.1.2. LA ANGUSTIA SEÑAL DE LO REAL	43

CAPÍTULO III

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASO

3.1. EL NIÑO HIPERACTIVO Y EL PSICOANÁLISIS	51
---	----

3.1.1. PRESENTACIÓN DEL CASO	51
3.1.2. EL NIÑO Y LA PAREJA PARENTAL	52
3.1.3. EL SÍNTOMA	53
3.1.4. EL TRATAMIENTO PSICOTERAPEÚTICO	55

CAPÍTULO IV 57

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES	57
4.2. RECOMENDACIONES	59

BIBLOGRAFÍA	61
--------------------	----

INTRODUCCIÓN

La investigación titulada: **LA HIPERACTIVIDAD COMO RESPUESTA FRENTE A LA ANGUSTIA**, tiene un fundamento eminentemente sustentado en el psicoanálisis, centrado en el estudio de un caso del niño Joe que ha recibido el diagnóstico de trastorno de atención con hiperactividad, el mismo que cursa el noveno año de Educación General Básica.

La actividad que desarrollo profesionalmente, me ha dado la oportunidad de relacionarme con los niños con diferentes dificultades y especialmente con aquellos que presentan síntomas o son diagnosticados sin profundizar en la sintomatología de la hiperactividad, realidad que al ser asumido desde la perspectiva del psicoanálisis, permite analizar sus procesos subjetivos de la problemática de la hiperactividad como respuesta a la angustia.

Para dar respuesta a lo manifestado, se propusieron objetivos que centraron su accionar, en: Determinar la presencia de la angustia subjetiva en un niño denominado hiperactivo, ante la presencia de un objeto real e investigar la angustia del niño por las presiones externas como la escuela, docentes, padres de familia y compañeros.

Respecto a la metodología utilizada, el presente trabajo se respalda en la investigación de estudio de caso, que parte de la identificación de la

hiperactividad como respuesta frente a la angustia; cuenta con una teoría construida con anticipación lo que, a su vez, ha permitido la construcción sintomática desde temprana edad hasta llegar al noveno año de educación básica.

En términos generales el estudio del caso se orientó al análisis de los síntomas determinantes de la hiperactividad desde su etapa de la niñez hasta el momento actual, en el cual se identificó una serie de síntomas que contribuyeron a generar la hiperactividad como respuesta frente a la angustia.

La recopilación de la información se basó en el estudio del caso, donde a través de una serie de entrevistas se obtiene varios puntos de vista que rodea el comportamiento inquieto del niño Joe, y a partir de estos resultados, se determinaron las respectivas conclusiones, para sobre esta base establecer una línea de acción.

En el proceso de investigación basado en el estudio de caso, sus padres lo llevan porque es demasiado inquieto, tosco, se auto-agrede, insulta a los docentes, compañeros, tiene arrebatos, etc., es lento en la tareas escolares, su padre ya no lo tolera, entre otros síntomas que desencadenan un cuadro de hiperactividad como respuesta frente de la angustia.

Los capítulos de desarrollo de la Tesis, se fundamenta en los siguientes apartados.

Capítulo I: Denominado ámbito de la hiperactividad, donde se hace una descripción detallada de la fundamentación de la hiperactividad, para lo cual se aborda la siguiente fundamentación teórica: Contexto de la hiperactividad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad ADD-ADHD, el nacimiento del ADD – ADHD, definición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de hiperactividad con o sin déficit de atención. El síntoma: contexto y generalidades del síntoma, síntoma y la función de la causa, etc. El sujeto: Contexto y generalidades del sujeto, ausencia de subjetividad.

Capítulo II: Denominado la angustia, en el cual se presenta la fundamentación relacionada con la problemática de investigación, según los siguientes apartados: La hiperactividad una manifestación de la angustia, la angustia signo de lo que no marcha, lo que no engaña y la angustia señal de lo real.

Capítulo III: Denominado resultados del estudio de caso, según el siguiente esquema: El niño hiperactivo y el psicoanálisis, presentación del caso, el niño y la pareja parental, el síntoma y el tratamiento psicoterapéutico, proceso que denota la sintomatología vivida por el niño Joe desde su nacimiento hasta el momento actual en que se evidencia el síntoma de hiperactividad como respuesta frente a la angustia.

Capítulo IV: Determinación de las conclusiones, son el resultado del análisis e interpretación de datos del estudio del caso. Lo que una serie de procesos traumáticos vividos por el niño Joe desde su nacimiento, su aceptación dentro de casa, la realidad escolar entre otros aspectos que detonan en el síntoma de hiperactividad como respuesta frente a la angustia.

CAPÍTULO I

ÁMBITO DE LA HIPERACTIVIDAD

1.1. LA HIPERACTIVIDAD

1.1.1. Contexto de la hiperactividad

1.1.1.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad ADD-ADHD

El DSM IV tiene un nombre para aquellos niños que perturban la clase, se olvidan, se distraen, se desorganizan, no concluyen sus tareas, no aprenden porque se desconcentran y fundamentalmente no mantienen la atención en sus actividades escolares o en otras actividades. A eso el DSM IV lo llama “trastorno por déficit de atención”, usualmente conocido como ADD por sus siglas en inglés (Attention Deficit Disorder) y si a eso se añade un gran despliegue de actividad, el cuadro se vuelve Trastorno por déficit de atención con hiperactividad ADHD (Atención Deficit Hiperactivity Disorder).

La tendencia actual en salud mental produce un empuje al consumo de medicamentos, tanto por prescripción médica como por automedicación, siendo el segundo más peligroso. La generalización de diagnóstico de ADD o de ADHD ha llevado al aumento desmesurado de la medicación en los niños. En realidad no se trata tan solo de un diagnóstico que llevaría a

una discusión terminológica, sino también a un efecto de manera del consumo por parte de los laboratorios y una serie de tratamientos de carácter conductista y cognitivista asociados que se apoyan en un mapa cerebral.

1.1.1.2. El nacimiento del ADD – ADHD

El diagnóstico de ADD tiene su historia. Relacionado al concepto de “atención” tempranamente considerado tanto en las elaboraciones relativas a la inteligencia del niño, como en los diagnósticos en la infancia para evaluar un posible autismo.

Por otra parte la “Hiperactividad” también tiene sus antecedentes. La inestabilidad motriz, el “niño turbulento”, el “síndrome hiperquinético” son algunos de sus predecesores. En realidad, la “agitación” es la descripción de la psiquiatría clásica del cuerpo que se desborda.

A partir de los años 20 del siglo XX se han desarrollado dos corrientes opuestas. Por un lado, la francesa, que propone un estudio psicodinámico y examina la inestabilidad psicomotriz tanto como una manifestación sintomática de un trastorno ansioso o como una defensa maniaca frente a la depresión.

Y la corriente anglosajona desarrolla una concepción neurológica de la que se desprende el diagnóstico de “lesión cerebral mínima”. En un principio se consideró un daño orgánico cerebral de origen infeccioso, o otro origen, lo lleva a obstaculizar el proceso de aprendizaje y a trastornos neuromotores. Las críticas de la concepción de lesión cerebral y la imposibilidad de detectarla hicieron que el cuadro llegara a denominarse “disfunción cerebral mínima”, en 1962.

En 1971 se hace confluír en ese diagnóstico (Disfunción, cerebral mínima) la hiperactividad, el trastorno de atención y de percepción, las dificultades de aprendizaje, la impulsividad y los trastornos afectivos, sin embargo la disfunción fue analizada desde una óptica reactiva o sintomática según el caso.

En 1980 surge el diagnóstico del síndrome de déficit de atención e hiperactividad se incluye a partir de 1987 en el DSM III-R. El DSM IV considera una distinción de 3 tipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad: con predominio de inatención, con predominio de hiperactividad, con predominio de impulsividad y un subtipo combinado. El segundo y tercer tipo conforman la mayoría de las cosas de ADD- ADHD en los niños. Esta concepción incluye cuadros de ADD residuales en adultos que experimentaron ADD en la infancia o en la adolescencia.

La “disfunción cerebral mínima” es el diagnóstico que por algunos años absorbe estas probablemente y es considerado ya desde la perspectiva del trastorno cognitivo. El CIE-10, clasificación internacional de enfermedades de uso habitual en Europa, establece el diagnóstico de síndrome hiperquinético que se aproxima al de disfunción cerebral mínima.

En la Etiología del ADHD, el daño cerebral tiene un real menor. En su lugar aparecen los déficits neuroquímicos que considera que pueden ser tratados a través de una medicación adecuada. Los neurotransmisores específicamente la noradrenalina y dopamina, son las que actúan en la regulación de la corteza frontal. Ellos están alterados y se considera que los estimulantes como el metilfenidato y la amfetamina modifican la concentración de los neurotransmisores y mejoran así el rendimiento del paciente.

La versión del DSM III presenta a la falta de atención como el trastorno esencial del cuadro. La “Hiperactividad” que introduce el DSM IV comporta una doble entrada: cognitiva y comportamental. Para el cognitivismo no se trata solo de un déficit de atención sino de una alteración central. La hipótesis de origen genético también es estudiada como el no poder quedarse quieto o de un exceso de movimiento; en los adolescentes, se presenta como la dificultad de adaptarse a las tareas sedentarias.

Así, plantean que las estereotipias de los niños hiperactivos que más se aproximan a las propias del autismo son: el aleteo de manos, el picar con los dedos, el balanceo de la cabeza y la repetición monótona de sonidos. Otras veces el niño con ADHD, en su falta de atención, pueden manifestarse extremadamente charlatanes y en otros momentos sumamente callados. Se aproxima así al mutismo selectivo, también relacionado con el síndrome de asperger.

Estas apreciaciones han conducido a la propuesta de que posiblemente exista un continuo entre el autismo con retardo mental severo, el autismo clásico y el ADHD. De hecho, la alteración de la función ejecutiva es planteada por el cognitivismo como una de las causas del autismo. Para resolver el problema del tratamiento, proponen que se le suministre metilfenidato a un niño con el diagnóstico de autismo, si presenta manifestaciones típicas de ADHD. La dislexia también es considerada dentro de la comorbilidad, puesto que una parte de los niños con ADHD muestran como primer síntoma, dificultades fonológicas, retraso en el lenguaje o ambos problemas, estos niños tienen un elevado riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura.

Esto permite concluir que el déficit nunca fue un buen criterio diagnóstico y conduce inevitablemente al uso de la medicación y a terapias comportamentales para paliarlo. Los niños se vuelven todos educables y

medicables en nombre de la cura del síntoma, sin tomar en cuenta la causa y el tratamiento singular que se haría con cada uno de ellos.

Esta orientación, de la que, el cognitivismo por la vía del tratamiento cognitivo-comportamental se vuelve el baluarte del adiestramiento y de la medición, no se dirige ya al sujeto del inconsciente sino a un sujeto del aprendizaje que, hay que, evaluar, educar y corregir para que responda a los criterios de normalidad que impone el discurso amo.

1.1.1.3. Definición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

Los distintos manuales de diagnóstico, especialmente el DSM-IV enumeran una serie de características esenciales de los niños que padecen del trastorno de déficit de atención con hiperactividad o impulsividad, más frecuente y grave que, el desarrollado comúnmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos síntomas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad, algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones, por lo menos debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psíquico y no se explica mayormente por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del

estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de personalidad).

Los sujetos que presentan deficiencias de atención, no prestan atención suficiente a los detalles o cometen errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos, el trabajo suele ser sucio y descuidado y sin reflexión, no pueden mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, pueden proceder a cambios frecuentes de actividad sin terminarlas, parecen tener la mente en otro lugar, no siguen instrucciones ni ordenes, se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados por los demás, en situaciones sociales pueden expresarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, no atender conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades.

La hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto o retorciéndose en el asiento, por un exceso de correr o saltar en situaciones inadecuadas, experimentar dificultades para jugar o dedicarse a las actividades de ocio, aparentemente estar en marcha o como si tuviera un motor o hablando excesivamente. El diagnóstico debe darse con cautela en niños pequeños ya que, super-actividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del niño. Los preescolares con

este trastorno difieren de los niños pequeños normalmente activos, están en marcha constantemente, lo tocan todo, se suben o saltan de un mueble otro, corren por toda la casa.

La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, dificultad para esperar su turno, interrumpir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales, hacen comentarios fuera de lugar, no atienden las normas que se les dan, inician conversaciones en momentos inadecuados, se inmiscuyen en los asuntos de los demás, hacen payasadas. La impulsividad puede dar lugar a accidentes y llevar a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias.

Existen ciertos síntomas y trastornos mentales asociados al ADHD, que varían en función de la edad y del estado evolutivo, entre los que se incluye, baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de los compañeros y baja autoestima. Con frecuencia el rendimiento académico se ve afectado y devaluado, lo que conduce a conflicto de la familia. Regularmente se observan conflictos familiares e interacciones entre padres e hijos de manera negativas.

Los individuos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad obtienen grados escolares inferiores que sus compañeros. Así mismo se evidencia una gran variabilidad en el C.I (coeficiente intelectual), en estos individuos puede presentarse una capacidad intelectual por debajo del promedio o situarse en la franja de la superdotación. En su forma grave el trastorno es muy incapacitante, afectando la adaptación social, familiar y académica.

- **Subtipos asociados a las discapacidades significativas**

Los tres subtipos se asocian a discapacidades significativas. El déficit académico y los problemas relacionados con la escolaridad tienden a ser más pronunciadas en los tipos, que predomina la falta de atención, mientras que, el rechazo de los compañeros es más frecuente en los tipos caracterizados por la hiperactividad e impulsividad.

Una gran cantidad de los niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad, presentan un trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial. Otros trastornos asociados incluyen trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de aprendizaje y trastornos de la comunicación. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se presenta en por lo menos un 50% de los individuos con síndrome de la Tourette. No se han establecidos pruebas de laboratorio

asociados, pero se han observado ciertas pruebas que los resultados son anormales en individuos con trastornos con déficit de atención con hiperactividad comparadas con los de sujetos de la misma edad, pero estas pruebas no han demostrado su utilidad cuando se trata de determinar si un individuo concreto sufre el trastorno.

1.1.1.4. ¿Hiperactivo o bullicioso?

Respecto a este tópico, Gómez, expone lo siguiente¹:

Es importante tener clara la diferencia que hay entre un niño como el descrito, extraordinariamente inquieto e impulsivo, que no puede prestar la atención necesaria para aprender, con serios problemas para reprimirse y para evolucionar normalmente en relación con otros niños de su edad, y uno simplemente bullicioso, que es por naturaleza un terremoto, pero que cuando algo le interesa de verdad se está quieto.

El término hiperactividad, como su nombre indica, hace referencia a una actividad exagerada y está asociado en tanto que patología a la falta de atención, por lo que se denomina también trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).

¹ GÓMEZ, Teodoro, 2000, Niños hiperactivos, Editorial Pérez Galdós, España.

En la práctica, el concepto de hiperactividad se aplica a los niños que, además de su excesiva inquietud, tienen dificultades para concentrarse - y, por lo tanto, problemas en el aprendizaje-, que no pueden evitar comportarse de una manera poco adecuada y que se muestran inmaduros para su edad. Además, es esencial para ser incluidos en esta categoría que mantengan este comportamiento persistentemente.

No debe confundirse la hiperactividad con otros trastornos infantiles asociados a los mismos síntomas de inquietud, excesiva movilidad y falta de atención, como el retraso mental, o con lesiones cerebrales que hayan afectado a la capacidad intelectual: el niño hiperactivo tiene un cociente intelectual normal. Tampoco debe confundirse con el autismo, ni con los casos en que el pequeño padece estrés por algún acontecimiento traumático (la muerte de uno de los progenitores, un divorcio, peleas en casa) que causa síntomas parecidos, ni con el de aquellos niños que tienen simplemente trastornos de conducta de tipo agresivo con hiperactividad, cuyas causas y tratamiento son otros.

Bajo este contexto, se torna complejo la problemática al pretender identificar y diferenciar al niño hiperactivo del resto de niños que presentan similares características y que están lejos de serlo y se agudiza más la temática, cuando en nuestro medio es común que las personas que no tienen un total conocimiento de causa como educadores, padres

de familia y familiares lo etiquetan de hiperactivo al párvulo de forma antojadiza y apriorísticamente, lo cual en lugar de disminuir el cuadro de estudio lo incrementan.

1.1.1.5. Hiper –actividad sin productividad

Al respecto de este campo, Gustavo Stiglitz, nos presenta una panorámica de este hecho, en función del contexto social de los Estados Unidos de norte América, quien explicita lo siguiente²:

En USA, con respecto al ADHD, los grupos de presión van básicamente en dos direcciones. Una línea fuerte, está representada por los organismos que buscan obtener el reconocimiento del ADD y del ADHD como discapacidades, lo que tiene ciertas implicaciones acorde a las leyes federales. Bajo el amparo del "Individuals with Disabilities Education Act", las escuelas quedan obligadas a ofrecer programas especiales de educación para estos niños, a los que se les asignan fondos federales y estatales para su ejecución, de acuerdo al número de estudiantes inscrito; por supuesto, a más chicos diagnosticados, más fondos son asignados a la escuela. De otro lado, el "*Vocational Rehabilitation Act*", prohíbe la discriminación a personas deshabilitadas, quienes

² STIGLITZ, Gustavo, DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran, el mal real y la construcción social, GRAMA, Argentina.

pasan a obtener en las instituciones educativas y en los lugares de trabajo, un cierto número de prerrogativas especiales.

Por otro lado, aquellos que creen padecer ADHD, suelen aferrarse con desesperación a la idea de que su incapacidad para concentrarse o rendir en alguna faceta de la vida no obedece, como se ha dicho a menudo, a una cuestión de debilidad de carácter o de falta de voluntad, sino que viene determinada por una condición neurológica o apuntan al gen como origen de su comportamiento, preferirían exonerarse a sí mismos de la responsabilidad personal de sus actos". Esta postura queda plasmada en el best seller a favor del uso del Ritalin llamado: Nadie tiene la culpa.

1.1.1.6. El trastorno de hiperactividad con o sin déficit de atención

Los niños y adolescentes diagnosticados de trastorno de hiperactividad con o sin déficit de atención, con toda una gama de síntomas que abarcan desde la inquietud o la distracción leve, hasta patologías más severas. Todas ellas recogidas y rotuladas como un "trastorno mental único" y abordadas con una única solución: "la medicación" o terapias focalizadas en los síntomas externos, requieren de un tratamiento profesional especializado.

El psicoanálisis ofrece un tratamiento causal del conflicto que origina el síntoma de trastorno de hiperactividad. Es decir, la aplicación de la teoría psicoanalítica, posibilita la modificación del origen que genera este tipo de trastorno, yendo más allá de la realización de un tratamiento exclusivamente sintomático.

“El psicoanálisis cuenta con una teoría que explica cómo se constituye el psiquismo del niño, las etapas por las que atraviesa a lo largo de su desarrollo y aporta una manera de entender sus diferentes estados de ánimo: sus rabietas, su agresividad, sus miedos, su tristeza, su curiosidad, su inquietud, sus amores y sus odios. Se trata de conocimientos fundamentales para poder hacer un diagnóstico preciso y un trabajo terapéutico personalizado con el sufrimiento o malestar de cada niño que llega a la consulta”³.

➤ **¿Cuál es la postura de los psicoanalistas ante la utilización de medicación?**

Con relación a la utilización de medicación, los psicoanalistas piensan que en ocasiones puede ser necesaria su utilización como una ayuda, complementaria y limitada en el tiempo, al tratamiento del psicoanálisis o de la psicoterapia psicoanalítica, pero nunca está justificada como

³ APM, Asociación psicoanalítica de Madrid, España. 2009.

tratamiento único del trastorno de hiperactividad o déficit de atención. Porque si se utiliza como único tratamiento lo que produciría sería una atenuación de los síntomas y no solucionaría las causas del problema, con lo cual el conflicto tenderá a dar otro tipo de síntomas.

Sería como tratar el dolor pero no solucionar el problema que lo produce. Y en ocasiones puede producir efectos secundarios a corto, medio y largo plazo que acarrearán serios problemas al niño, dependiendo de cada situación clínica. Incluso, cuando no se realiza el enfoque psicológico apropiado, para atenuar los síntomas las cantidades de medicación que se requieren son mayores, con lo cual es frecuente encontrar niños que cuando acuden a nuestras consultas se encuentran sobre medicados, “enlentecidos” padeciendo las consecuencias de este exceso de medicación.

En síntesis, considero, la medicación puede ser una ayuda importante en algunas ocasiones y siempre como complemento temporal del tratamiento causal que, desde nuestra perspectiva, es el que se puede realizar desde la psicoterapia psicoanalítica o el psicoanálisis.

1.1.1.7. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad

Asistimos en nuestra época a una multiplicidad de “diagnósticos” psicopatológicos y de terapéuticas que simplifican las determinaciones de

los trastornos infantiles y regresan a una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y de su tratamiento. Esta concepción utiliza de modo singularmente inadecuado los notables avances en el terreno de las neurociencias para derivar de allí, ilegítimamente, un biologismo extremo que no da valor alguno a la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano.

“Procediendo de manera sumaria, esquemática y carente de verdadero rigor científico se hacen diagnósticos y hasta se postulan nuevos cuadros a partir de observaciones y de agrupaciones arbitrarias de rasgos, a menudo basadas en nociones antiguas y confusas. Es el caso del llamado síndrome de “Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”⁴.

Este diagnóstico se realiza generalmente en base a cuestionarios administrados a padres y/o maestros y el tratamiento que se suele indicar es: medicación y modificación conductual. El resultado es que los niños son medicados desde edades muy tempranas, con una medicación que no cura (se les administra de acuerdo con la situación, por ejemplo, para ir a la escuela) y que en muchos casos simula una sintomatología grave, la cual hace eclosión a posteriori o encubre deterioros que se profundizan a lo largo de la vida.

⁴ LASA ZULUETA, Alberto: (2001), “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, pág. 5-81.

En otros casos, “ejerce una pseudo regulación de la conducta, dejando a su vez librado al niño a posteriores impulsiones adolescentes en razón de que no ejerce modificaciones de fondo sobre las motivaciones que podrían regularlas, dado que 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 buscar en el psiquismo del niño, en sus angustias y temores”⁵.

Es decir, lo primero que se hace es diagnosticarlo de un modo invalidante, con un “déficit” de por vida, luego se lo médica y se intenta modificar su conducta.

Así, se rotula, reduciendo la complejidad de la vida psíquica infantil a un paradigma simplificador. “En lugar de un psiquismo en estructuración, en crecimiento continuo, en el que el conflicto es fundante y en el que todo es complejo, se supone, exclusivamente, un “déficit” neurológico”⁶.

Nos hemos encontrado con niños en los que se diagnostica ADD (o ADHD) cuando presentan cuadros psicóticos, otros que están en proceso de duelo o han sufrido cambios sucesivos (adopciones, migraciones, etc.)

⁵ BLEICHMAR, Silvia, 2001), “Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos”, *Ensayos y experiencias*, N° 25, Buenos Aires.

⁶ BERGÉS, Jean: (1990), “Los trastornos psicomotores del niño”, en Lebovici, S.; Diatkine, M. y Soulé, M., *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, Tomo IV, Madrid, pág. 66-69.

o es habitual también este diagnóstico en niños que han sido víctimas de episodios de violencia.

1.2. EL SÍNTOMA

1.2.1. Contexto del síntoma

Tanto en medicina como en psiquiatría el síntoma del paciente es algo que está alternado de acuerdo a ciertas normas estandarizadas con lo que el profesional se rige, por lo que la cura médica, será corregir esa desviación de la norma y llevarla a la normalidad. La psiquiatría se nutre de este modelo médico.

Socialmente el sistema es una desviación que amenaza el orden social. Desde esta perspectiva la salud mental es la capacidad para adaptarse a los valores dominantes de la sociedad. La acción de la psicoterapia va encaminada a que cada individuo se adapte a las normas de conducta de su medio, así asegurar la función del orden social por un retorno a la adaptación llamada normalizada.

De este modo desde la medicina, la psiquiatría y psicología, el síntoma está fuera del paciente, es algo entorno al paciente y va a cambiar de acuerdo a las épocas.

Para el psicoanálisis el síntoma no es lo que el profesional desde afuera juzga como tal, según normas estandarizadas. El síntoma es lo que al paciente le genera una pregunta, la cual no tiene una respuesta, y esto le produce sufrimiento. El psicoanálisis no busca la homogenización del paciente, al contrario busca su singularidad como sujeto.

¿Cómo entendemos entonces el problema de la hiperactividad?

Si nos ubicamos de lado de los criterios médicos o psiquiátricos, no es muy complicado, de hecho contamos con múltiples estandarizaciones para evaluar el síntoma de hiperactividad según el DSM IV. Pero si nos ubicamos del lado del psicoanálisis ahí la cuestión se complica un poco, a un niño no siempre la hiperactividad le produce una pregunta o un sufrimiento, más bien le preocupa a otros: maestros, padres.

1.2.2. Generalidades del síntoma

Más allá de las diversas clasificaciones y formas en que una encopresis puede presentarse, y que están descriptas en el DSM IV, la cuestión del diagnóstico no es ni una descripción, ni un rótulo estereotipante.

Tampoco una serie de números que determinarán si el tratamiento es cubierto económicamente o no por una institución. No por ello dejamos de considerar factores económicos que lamentablemente juegan en las

situaciones de tratamientos donde se hace difícil o imposible solventar los gastos. Pero esto, en todo caso, hace a un sistema con diversos grados de previsión donde el DSM IV queda incluido. Sistema en el cual se atenta contra la condición subjetiva, a través de la reducción de esa condición a un mero número o fórmula, muchas veces acompañada del tratamiento correspondiente, como si se tratara de un trámite que consiste en considerar una causa, su efecto y luego, con una simplificación mortífera, su solución garantizada.

El síntoma, “es aquello que se padece pero que sin embargo permite un acceso, una puerta de entrada a su tratamiento”⁷.

Para un analista su escucha, su mirada, su sentir o sus preguntas se centran en tratar de entender qué le pasa a esa persona que llega a la consulta, teniendo en cuenta aquello que hace a su específica singularidad.

“Si aprender a tocar un instrumento lleva varios años de aprendizaje, así y todo, seguramente guarda secretos que quizá solo se nos revelen después de muchos más años de dedicación a encontrarlos, ¿cómo podríamos en unas cuantas entrevistas u horas de juego ponerle un nombre que determine tajantemente lo que a alguien le pasa? ¿O acaso suponemos que la

⁷ GASBARRO, Cecilia, Escuela de orientación lacaniana, XVII Jornadas anuales de EOL, Argentina, 2007.

complejidad del psiquismo de un otro es menor que la de un instrumento musical?"⁸

Sin duda, la formación y la experiencia clínica de un psicoanalista remarcen su capacidad de escucha y, en el mejor de los casos, se constituyen en instrumento que intenta tener la finura suficiente para captar algo de la complejidad psíquica de un otro.

Jacques Alain Miller "manifiesta que lo que se explota hoy metódicamente, incluso con conocimiento de causa es el "(...) dar satisfacción haciendo hablar y escuchando. Esto es lo que se le sustrajo al psicoanálisis. Por esa vía, privilegiando lo que la palabra comporta de satisfacción, se desató el lazo de la palabra con la verdad"⁹.

Como propone Eric Laurent "(...) una ambición para el psicoanálisis de nuestro tiempo es poder pasar de la creencia en el padre, a la creencia en el síntoma"¹⁰.

Allí donde otras prácticas tratan de obturarlo o, drásticamente hacerlo desaparecer, en la praxis psicoanalítica, el síntoma instituye el discurso analítico -esa es su dignidad y su política-. Es por ello que podemos a su

⁸ OSMER, Ana, 2003, El DMS IV y el Sujeto en cuestión, PDF, Pág. 8

⁹ J. A. MILLER -El lugar y el lazo (inédito). Quinta sesión del Curso. 13 de diciembre 2000.

¹⁰ LAURENT, Eric - La sociedad del síntoma. Revista Lacaniana de Psicoanálisis N° 2 - EOL - Agosto 2004.

vez afirmar que la autoridad del síntoma es uno de los nombres de la ética del psicoanálisis.

1.2.3. Del síntoma y la función de la causa

El contexto de la presente temática, se la arriba desde la perspectiva de Cecilia Gasbarro, quien propone los siguientes aspectos¹¹:

El síntoma histérico tuvo la virtud de provocar el descubrimiento esencial e inaugural del psicoanálisis: la hipótesis de un saber no sabido –y su posible desciframiento en el marco de un dispositivo inédito hasta entonces. Hemos aprendido –gracias a Lacan- que esta operación de descifrado es posible porque hay un funcionamiento del Inconsciente homólogo al discurso del Amo.

En el Seminario X encontramos una preciosa indicación clínica de Lacan respecto del síntoma obsesivo, que suscitó mi interés por compartirla, no es de su muy última enseñanza, pero señala muy bien una dirección a un Inconsciente que no es la del desciframiento.

Lacan nos hace ver en la estructura del síntoma obsesivo cómo se esboza, en su inicio mismo, la función de la causa, tal como la presenta

¹¹ GASBARRO, Cecilia, Escuela de orientación lacaniana, XVII Jornadas anuales de EOL, Argentina, 2007.

en este seminario. Una causa que mantiene, en relación con su efecto, una hiancia irreductible.

“El paso más esencial de nuestro progreso en lo relativo a la NO (neurosis obsesiva) (no va sin observación) lo que Freud reconoció....es que el proceder analítico no parte del enunciado del síntoma....sino del reconocimiento de que eso funciona así.”... Para que el síntoma salga del enigma todavía informulado, el paso a dar no es que se formule, es que en el sujeto se profile algo tal que le sugiera que hay una causa para eso”¹².

Una causa tal que no decline en un efecto directo.

“Hacerle advertir al sujeto "cómo funciona" su síntoma, está lejos de intentar descifrarlo. Lacan lo dice explícitamente: la cuestión no está en el enunciado del síntoma. Si es así como puede reabrírsele al sujeto la función de la causa no es cosa de ningún final: es una condición para que pueda constituirse el síntoma como tal, y haya chance entonces de que el Inconsciente pueda responder de él en el dispositivo analítico.

Y algo más, que debe resonar en nosotros para pensar, en esta perspectiva, los síntomas contemporáneos (tal vez haya que decir que la

¹² LACAN, Jacques. "La Angustia". Editorial Paidós, Brasil, 2006. Pág. 302

NO fue el (neurosis obsesiva) primero de ellos, ya que históricamente Lacan ubica su emergencia mucho después de la histeria.)¹³

Entonces, tres comentarios¹⁴:

- a. No se trata de que el "eso funciona así" se torne en un supuesto funcionamiento erróneo –del que las psicoterapias fundadas en el cognitivismo podrían sacar jugo.
- b. Es del discernimiento del funcionamiento mismo –*tal como es*- que el sujeto advendrá a una causa en juego que mantiene su irreductible – y eso no se produce sin la intervención activa del deseo del analista.
- c. El colmamiento de la hiancia entre causa y efecto es efectivamente lo que leemos cotidianamente, en los medios que difunden las "investigaciones" que procuran situar correlaciones biunívocas entre afectos y localizaciones encefálicas, según esa lógica elemental que le da a cada causa su efecto directo.

No creo necesario dar ejemplos; basta abrir la "sección científica" de cualquier diario. Mantener la irreductibilidad entre la causa del deseo y su efecto es una manera -no la única, por cierto -de plantear la posibilidad de

¹³ GASBARRO, Cecilia, Escuela de orientación lacaniana, XVII Jornadas anuales de EOL, Argentina, 2007.

¹⁴ Ídem. Ob. Cit.

acción del analista lacaniano en la época que le toca; una manera de incidir respecto de lo no subsumido que el título Inconsciente y Síntoma pone de manifiesto.

1.2.4. Aportes de Sabina Serniotti en torno al síntoma

Sabemos que el síntoma es un concepto que nos remite a la clínica, y a su vez es una de las vías de acceso al inconsciente del sujeto. Ya en las Conferencias de Introducción al Psicoanálisis, Freud nos plantea que el sentido de los síntomas es sexual e inconsciente, abriendo la cuestión del síntoma a la dimensión de la sexualidad humana, a las dificultades del ser hablante con su goce.

Al hablar del sentido del síntoma, nos referimos dice Freud, "tanto a su procedencia como a su fin u objeto, tanto a las impresiones a las que debe su origen, como a la intención a cuyo servicio se ha colocado"¹⁵. Ya aquí Freud extrae dos sentidos, o vías, el de la historización del síntoma, (la vía significativa) y el de la pulsión que se satisface en forma cerrada a través del síntoma (la vía del goce). Estos dos aspectos del síntoma, Freud los va trabajando a medida que se encuentra con la insistencia de los síntomas, que no ceden con la interpretación, y es cuando propone pasar al método de la asociación libre.

¹⁵ Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Capítulo. "Fijación al trauma, lo inconsciente". Sigmund Freud.

¿Cómo va a tratar Lacan estos dos sentidos del síntoma? Lacan a lo largo de su enseñanza, define al síntoma analítico situando las coordenadas del mensaje y del goce, desplazando el acento, casi al final de la misma, alrededor del goce: el síntoma como un modo de gozar.

J. Lacan nos dice, que no hay relación sexual entre uno y otro, es decir que el sujeto no se pone nunca de acuerdo con su goce, ubicando allí el aspecto irreductible del síntoma, también podemos decir, lo incurable. El sujeto está dividido, o sea castrado en relación con su goce. Pero también hay un aspecto curable en el síntoma.

Jacques Alain Miller nos remite a una expresión de Lacan, “que se sitúa a la altura de sus antecedentes psiquiátricos, y que habla de las razones que lo llevaron de la psiquiatría al psicoanálisis y esa expresión es la siguiente: "Esa fidelidad a la envoltura formal del síntoma, que es la verdadera huella clínica... (lo condujo) a ese límite en que ella se invierte en efectos de creación"¹⁶. ¿Cómo se articula aquí el síntoma, con la creación? Justamente, si el sujeto es el que padece el síntoma, cómo es que puede pensarse como activo creador del padecimiento? Podemos decir que el síntoma es una creación de sentido, pero el sujeto no es el creador, sino el creado.

¹⁶ MILLER, J.-A. Cosas de finura en psicoanálisis. Lección V., 2008.

El síntoma al articularse en palabras y dirigirse al analista, es decir al formalizarse en el campo del Otro, se trata de una mentira. No estamos insultando al sujeto de este modo, sino que el hablante-ser del síntoma pertenece a la dimensión de la verdad. Y por esto es que Lacan formula que el síntoma es verdad: "hecho de la misma madera de la que está hecha ella, si planteamos en sentido materialista que la verdad, es lo que se instaura por la cadena significante"¹⁷ En el fondo entonces, es que la verdad tiene estructura de ficción.

En el pasaje de los síntomas (en plural) al síntoma en singular, proceso que se desarrolla en el dispositivo analítico, es donde advendrán estos dos sentidos del síntoma como significación y a la vez como invención.

1.2.5. Inconsciente y síntoma: nuestra orientación

Respecto a este tópico, asumo los planteamientos de Florencia Lafourcade, quien plantea lo siguiente¹⁸:

En "El Otro que no existe y sus comités de ética", J.A. Miller, subraya que "lo más importante es apreciar en su justo valor la exigencia de certeza que Lacan introdujo en la clínica. Esta certeza solo puede estar ligada a

¹⁷ LACAN, Jacques. Separata, 2006. Pág. 34.

¹⁸ LAFOURCADE, Florencia, Escuela de orientación lacaniana, XVII Jornadas anuales de EOL, Argentina, 2007.

un real, no el científico, sino un real del inconsciente, que descubre el psicoanálisis en su práctica: el síntoma”¹⁹.

La experiencia analítica se dirige al núcleo de goce que el síntoma alberga, a lo más real. Lacan en RSI, “plantea al síntoma en tanto lo que no es definible de otro modo más que, por la manera como cada quien goza del inconsciente, en tanto el inconsciente lo determina. Inscribiendo así, al síntoma como una manera de gozar, es lo que nos remite a la singularidad de un sujeto...Nuestra brújula al síntoma es lo que hace imposible la homogeneización y estandarización de nuestra práctica, sino nuestro fundamento en la singularidad del caso: uno por uno”²⁰.

En el "Porvenir del Micoplasma Laboratorium" J.A.Miller nos plantea que “un análisis debe permitir situar, aislar y hacer legible la escritura del programa de goce que prevalece para un sujeto, abriéndole así, la posibilidad de ganar un cierto grado de libertad respecto a eso, e inscribirse allí, con el menor malestar posible”²¹.

El síntoma en su auténtica dimensión es lo real del goce, no en el registro del sentido, de la verdad inconsciente a descifrar, sino en aquello que se aísla lo incurable. No interpretamos el goce sino que se reduce en la

¹⁹ ¹⁹ Miller, J.-A. Cosas de finura en psicoanálisis. Lección V., 2008.

²⁰ LACAN, Jacques, Momentos cruciales de la experiencia psicoanalítica, Editorial Manantial, Brasil, 1992.

²¹ Miller, J.-A. Cosas de finura en psicoanálisis. Lección V., 2008.

experiencia de un análisis con el fin de obtener su valor de uso. El síntoma en su valor de letra...

En "El hueso de un análisis" Miller nos plantea que:.. "el lugar teórico del síntoma en Lacan es exactamente el lugar donde Freud escribe la pulsión, el concepto que permite pensar la relación de la articulación significante al cuerpo. En Lacan el síntoma es la conexión entre el significante y el cuerpo. La diferencia esencial es que en Freud, la pulsión es un mito mientras que Lacan nos muestra en qué sentido el síntoma es real. Entonces no hagamos de lo real un slogan, sin ver que eso responde exactamente al carácter mítico de la pulsión en Freud..."²²

E. Laurent en "Bloge-Note del Síntoma" nos formula muy claramente cómo la clínica del síntoma, en su conjunto está repartida entre por un lado la vertiente significante de su envoltura formal y, por el otro la carga libidinal del objeto a. Estas dos dimensiones se sostienen juntas por el lazo del síntoma...Verdad y goce están tomados en un tejido continuo...El síntoma designa un real para el psicoanálisis, ese real no obedece a ninguna ley. Designa por el contrario, lo que obstaculiza que el parletre sea reglado..."

²² Ídem. Ob. Cit.

El síntoma no es una metáfora y el sentido solamente nos permite circunscribir lo ininteligible, su sentido opaco... Eso abre una apuesta para nuestra clínica: renunciar a la transparencia, siempre ilusoria, sin ceder a la elucidación, aceptar el orden del no todo, proponiendo lo producido por cada sujeto en la singularidad del síntoma, en los bordes del semblante de la experiencia analítica ubicar el núcleo de goce para cada sujeto.

Bajo este contexto la orientación o direccionamiento desde el enfoque del psicoanálisis es hacernos instrumentos, útiles flexibles a los usos y requerimientos de nuestra época, para cada ser hablante arreglárselas “con ese no saber hacer con”; en definitiva la posibilidad de una vida más vivible, consciente y des-estructuradora de los esquemas mentales fosilizados que han direccionado nuestra vida hacia la angustia y que debemos soportar porque así está escrito o es el designio divino, aspecto que no es así.

1.3. EL SUJETO

1.3.1. Contexto del sujeto

El sujeto en nuestra época está enfocado al cambio de estatuto. Los progresos de la ciencia del siglo XXI pretenden conducir a una nueva definición de subjetividad a partir de un sustrato material orgánico

observable del cerebro. Este nuevo género de saber pretende explicar a migajas al sujeto, analizado por las neurociencias, a fin que permitan conocer todos los misterios del ser humano recortándolos en células, sinopsis, áreas cerebrales, silenciosas y mudas, tranquilas y dóciles. Ahora bien, este nuevo saber, no es solo objeto de los sabios, es también accesible al gran público que ve en él, al fin, una respuesta a preguntas que hasta entonces han permanecido escritas.

Según los partidarios de las neurociencias pretenden resolver todas las dificultades subjetivas, sobre todo en el campo de la psicopatología. Dificultades como el sufrimiento, depresión, malestar, se verán reducidas a un contenido neuronal, no tendrán más misterios para el sujeto, ni para el sabio. El sabio procesará su dominio total y someterá al sujeto a este saber que es exterior. Por lo tanto, el individuo, sin tomar en cuenta que un sujeto es un ser que habla, y que vive de una manera única, lo ignora.

Las neurociencias son capaces hoy de observar un cerebro viviente en plena actividad a partir de imágenes de resonancia magnética (IRM) pero no podría saber lo que sucede en el espíritu, no sabría de ello más que poca cosa. El espíritu, el alma, el sujeto, se han convertido en una cosa de su dominio reservado. El psiquismo que hace del sujeto un ser que no se parezca a ningún otro, se reduce a papilla, pues no queda de él gran cosa una vez amparado por el análisis de las neurociencias.

La biología del espíritu es un enfoque de lo humano a partir de lo que es para la ciencia y no para sí mismo, todo enfoque del psiquismo a partir de la palabra, ¿es que las palabras de un paciente deben servir nada más que para informarnos sobre su funcionamiento cerebral y menos sobre su historia subjetiva? El cognitivismo, que se alía con las neurociencias, arrebató al sujeto toda unidad, toda posibilidad de captarse a sí mismo como agente de lo que le sucede. Las neurociencias invitan, autoritariamente, a concebirse a sí mismo como una máquina que trata informaciones, recibe estímulos y responde a ello mecánicamente.

Por un lado, la democracia ha nacido dando la palabra a los individuos. Detallándole el derecho y por otro lado en nombre del todo científico se le arrebató esa misma palabra, con una tendencia a aplastar a este individuo para retener de él la imagen fría de su cerebro, sin palabras ni mirada.

El psicoanálisis ha tomado el arte del “uno por uno”, no el uno por uno de las enumeraciones o contabilidad, sino la restitución de la ciencia en su singularidad, mientras que las neurociencias consideran al hombre como “todos iguales”, en esa medida universalizado. Y así posicionarse como los nuevos poseedores del saber absoluto, llevando la sumisión del sujeto a la ideología científica.

Para los científicos el conjunto neuronal constituye el sujeto de la ciencia. Nada puede decir en cambio del sujeto de la palabra, es decir, las neurociencias no pueden dar cuenta de los mecanismos inconscientes, de la emergencia de un sujeto, con solo estudiar el funcionamiento neuronal.

1.3.2. Generalidades

El concepto de sujeto, para Lacan, “se origina en la sujeción al significante y, por ende, al inconsciente. El universo simbólico-significante es esencial para la humanización y determina la aparición del inconsciente estructurado como un lenguaje, aunque la complejidad de lo humano no se limita a eso”.²³

Es en el DSM IV donde aparece “la angustia como una manifestación de la hiperactividad, ubicando desde una perspectiva propia de la mirada de la clínica, distintos criterios diagnósticos como: lugares donde es la evacuación, la cantidad de episodios en el tiempo y la edad cronológica. Y con proceder médico codifican las distintas manifestaciones con números y letras, siendo en este caso F 90.0. En el DSM IV esto corresponde a al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado, fuera del eje I de la evaluación multiaxial que corresponde a trastornos clínicos, otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Diagnóstico

²³ LACAN, Jacques. "La Angustia". Editorial Paidós, Brasil, 2006. Pág. 33

por escrito que permitía que la angustia social cubriera todo lo hecho, como así también la derivación al psicólogo”²⁴.

Reconocemos al sujeto en las formaciones del inconsciente como: los síntomas, lapsus, sueños, actos fallidos, etc. Estas producciones se presentan como expresiones subjetivas y también son localizables en cualquier discurso que exploremos. Cuando esto ha sido expulsado o no hay lugar a su consideración, estamos en presencia de una clínica de la ausencia del sujeto, donde es posible encontrar manifestaciones de angustia.

En el Seminario 11 de Lacan aparece una redefinición del asunto del sujeto. El sujeto se constituiría por alienación en el conjunto significativo, pero a la vez el sujeto implica una operación que es la que Lacan pone como diferencial o distinta a otras propuestas teóricas, que es que el sujeto se separa, el sujeto implica una operación de separación del objeto *a*. Así, aumenta la relativización del estatuto de la estructura con relación al problema del sujeto. Es decir, que no es sólo lo que se aliena en el significativo, sino que es lo que se separa de lo real.

Lacan alcanza un desarrollo más amplio cuando formaliza la cuestión del fantasma, que ya la venía planteando desde antes, pero entonces le da un estatuto más fuerte a la problemática de la relación del sujeto con el

²⁴ OSMER, Ana, 2003, El DMS IV y el Sujeto en cuestión, PDF, Pág. 1

objeto, en el contexto de las fantasías, el fantasma, que viene a ser como un eje distinto de abordaje del tema.

Es por esta vía que reaparece el ello como una vertiente distinta del inconsciente estructurado como un lenguaje. Es decir que si el sujeto es del inconsciente, en algún sentido el objeto *a* y ciertas dimensiones que determinarían ese objeto, tendría más que ver con el ello freudiano. Categorías útiles para diferenciar órdenes de acto o de relación posible de un sujeto, con cosas que no tienen estrictamente que ver con una especie de verdad simbólica, en el sentido estructural de la verdad, sino que la verdad estaría más en relación con lo real.

Una concepción de la transferencia, que alcanza un estatuto ligado al problema sujeto, cuando se la define como sujeto supuesto saber, una especie de dispositivo que tiene que ver con el inconsciente y con la teoría del significante, pero a la vez Lacan le da un estatuto de construcción artificial, y de suposición de un sujeto posible al saber, cosa que ya está refutada teóricamente por él mismo, de que en algún sentido hubiera un sujeto que pudiese ser como el poseedor. Es el dispositivo por el cual el análisis se mueve, pero a la vez está en cierto modo condenado a ser desbaratado en el fin de análisis, como destitución de este sujeto que es una especie de ficción a resolver, dando lugar a lo imposible de ser sabido.

Pero ese campo que se define como del otro lado, el otro goce, queda extremadamente abierto, es decir que este momento es todavía más radicalmente no estructuralista.

Por otro lado, Lacan intenta concebir algún sujeto ligado al problema de la invención o de cierto orden de creación por vía de poder hacer ahí con lo real. Lacan trabaja este punto en relación con el problema de la escritura, es lo que lo ligaría al tema de lo escrito y la letra. La escritura como algo que tiene que ver con el arte está presente cuando trabaja toda la problemática del "sinthoma"²⁵ y de "Joyce"²⁶. Pero también en otras formas de escritura no necesariamente literarias.

Es decir que ahí sí se iría acercando a relacionar el sujeto con el síntoma, pero no con un síntoma en un sentido corriente, sino en una especie de rara concepción del síntoma, que sería, esa manera singular y propia de cada humano de posible solución, de una especie de subjetividad nueva, rara porque no sería estándar, no sería consensual, y tendría mucho que ver con una singularidad más extrema de lo que se había requerido hasta este momento.

²⁵ Nombre que da Lacan a una nueva formación a partir de una transformación del síntoma en *sinthoma*, que le permitiría al sujeto una nueva identificación, una nueva nominación de sí mismo que operaría como salida de la psicosis o de la neurosis.

²⁶ JOYCE, James, famoso escritor irlandés que crea un estilo muy especial de escritura mediante el cual, según Lacan, elude la psicosis y el padecimiento.

Todos sabemos que no hay certeza absoluta de que en el próximo movimiento no vaya a aparecer en un sujeto una psicosis, o una creación, sin embargo habitualmente hay una perseverancia concordante con los antecedentes históricos: los acontecimientos se producen sobre la base de una existencia anterior. Los prontuarios son importantes, el humano y quizás en algún sentido los animales también tienden a repetir lo preformado. Sin embargo, el psicoanálisis cree en un cambio posible, pero sobre la base de lo anterior: no hay creación desde la nada, o por lo menos desde una pura nada, sino sobre el antecedente de algún algo que responde a esa nada que es la pulsión o el objeto causa del deseo.

Es decir que Lacan abre la posibilidad de teorizar una movilidad subjetiva, o bien que el fenómeno subjetivo entendido de esta manera implica soportes de identificación que lo sostendrían en el tiempo. La propuesta importante de Lacan alrededor del tema del *sinthoma* es alguna fórmula de producción no neurótica ni psicótica, de su neurosis o psicosis, para el humano, y cómo sostenerla en el tiempo, y cómo hacer de eso algún orden de sujeto no neurótico ni psicótico.

En definitiva hay sujeto del inconsciente, lo hay de la pulsión (sujeto acéfalo), del falo (el sujeto a la represión), del síntoma (otra formación de arreglo de la represión que incluye el retorno de lo reprimido vuelto a reprimir), de la sexuación (como hombre o como mujer, según asuma la

represión), también hay sujeto del fantasma, sujeto sintomático y sujeto como sinthoma, etc.

Hay análisis en tanto opera la transferencia y hay un sujeto que la denota en tanto permanece en este eje referencial al analista evidenciando formaciones del inconsciente como los sueños, los lapsus, las asociaciones, los actos fallidos, etc. Aunque puede haber transferencia y sujeto aun cuando el terapeuta no lo sepa y suponga que está haciendo sólo psicoterapia.

1.3.3. Ausencia de subjetividad

En nuestros días, por múltiples razones, hay una pretensión social y seudocientífica de abolir las diferencias y singularidades, lo que lleva a promover algo que ya conocíamos pero se ve incrementado y que son las clasificaciones clínicas que aparecen sin la subjetividad para la cual el psicoanálisis tiene sus mejores recursos, pero siempre desde el sujeto como respuesta a un proceso de angustia.

El psicoanálisis está en condiciones de estudiar y comprender la mayoría de estos fenómenos, pero encuentra dificultades para abordar muchos casos por las más diversas razones. Es importante no adoptar una actitud diferente de la que siempre tuvo con relación a los obstáculos clínicos que

Freud denominó resistencias al psicoanálisis y que Lacan ubicó del lado de los analistas. Hay épocas y lugares mejores y peores para el abordaje y el pensamiento psicoanalítico, pero esto no debiera invalidar la investigación y el avance aun frente a la adversidad. Aunque reconozcamos que no todo es abordable psicoanalíticamente, la mayor parte de los hechos que involucran a los humanos son comprensibles desde el pensamiento psicoanalítico, si bien en algunos casos no es pertinente aplicarlo y menos agotar la comprensión desde este enfoque exclusivamente.

CAPÍTULO II

LA ANGUSTIA

2.1. LA HIPERACTIVIDAD ANTESALA DE LA ANGUSTIA

2.1.1. TRATAMIENTO DE LA ANGUSTIA: LO QUE NO ENGAÑA

La angustia es un afecto. Y este afecto no está reprimido, está a la deriva. Lo encontramos desplazado, loco, invertido, pero no está reprimido. La angustia es sin red no está metabolizada. La angustia, no tiene otro sentido más que dejar el vacío donde está el objeto significativo, donde emerge el objeto no metabolizado y produce la angustia.

Hay una estructura de la angustia, y lo primero que se puede plantear sobre la estructura de la angustia es que ella está enmarcada. Súbitamente, de golpe, en este marco siempre se encuentra la escena que se plantea en su dimensión propia, y que permite que surja aquello que, en el mundo, no puede decirse. Es decir la angustia.

La espera puede, en efecto, servir entre otros medios para enmarcar la angustia, no es indispensable. No hay ninguna necesidad de espera, el marco siempre está ahí. Pero la angustia es otra cosa. Hay angustia cuando surge en ese marco lo que ya estaba ahí, mucho más cerca, en

casa. Es el huésped, en cierto sentido sí, ese huésped desconocido que aparece de forma inapropiada.

El surgimiento de lo Heimlich (lo inesperado) no es el habitante de la casa, es lo hostil domesticado, apaciguado, admitido, es lo que nunca pasa por los rodeos, las redes, los tamices de reconocimiento, es lo que se torna umheinlich, en el marco de lo que constituye el fenómeno de la angustia, y por eso es falso decir que la angustia carece de objeto, esto implica que la angustia es con objeto, es la inminencia en el marco o escenario del objeto.

“La angustia tiene otra clase de objeto, distinto del objeto cuya aprehensión está preparada y estructurada por la rejilla del corte, del surco, del rasgo unario, “del es eso” que opera siempre cerrando el labio, o los labios, del corte de los significantes, que se convierten entonces en cartas cerradas, remitidas en sobre cerrado a otras huellas”²⁷.

Los significantes hacen del mundo una red de huellas, en la que el paso de un ciclo al otro es pues posible. Lo cual significa que el significante engendra un mundo, el mundo del sujeto que habla, cuya característica esencial es que en él es posible engañar”²⁸.

²⁷ LACAN, Jacques, Seminario X, Pág. 87

²⁸ Ídem. Ob. Cit. Pág. 89

La angustia no es sin objeto, por lo tanto es del orden de lo real, lo cual significa, lo que nos permitiría proponer que la hiperactividad del sujeto se constituye en la antesala más próxima de la angustia, por tanto no engaña, por su naturaleza es también del orden de lo real, la hiperactividad como anticipación de la angustia en el niño, permitirá establecer modos de abordaje del síntoma en función del niño, por la necesidad de resolverla, pese a las limitaciones que se ciernen en su proceso, por lo tanto la angustia es la manifestación de ese objeto.

La angustia es el corte que se abre y deja aparecer lo inesperado, la visita, la noticia, lo que expresa tan bien el termino presentimiento, que no debe entenderse simplemente como el presentimiento de algo, sino también el pre-sentimiento, lo que está antes del nacimiento de un sentimiento.

La verdadera sustancia de la angustia, es eso que no engaña, lo fuera de duda.

Pero la angustia no surge de la nada ni de lo irreal, surge exactamente a partir de lo real, en el caso, el niño hiperactivo al que me voy a referir más adelante. La manifestación sintomática está muy próxima a la emergencia de la angustia. Por eso recordemos una vez más, hay angustia cuando surge en ese marco lo que ya estaba ahí, mucho más cerca, en casa. Por eso es falso decir que la angustia carece de objeto.

En este caso la verdadera sustancia de manifestación de la angustia, la constituye el síntoma de hiperactividad que presenta el sujeto, es eso lo que no engaña, lo que está fuera de duda. La angustia no es la duda, la angustia es la causa de la duda. Si hay una dimensión en la que tenemos que buscar la verdadera función, el verdadero peso, el sentido de la subsistencia de la función de causa, es en la dirección de la apertura de la angustia. La angustia escapa al significante.

El significante es la huella del sujeto en el curso del mundo, pero la angustia precisamente no se somete a este juego, se escapa al significante

2.1.2. LA ANGUSTIA SEÑAL DE LO REAL

Freud nos habla de un peligro interno, el que viene de adentro. Lacan corrobora cuando se dice que no hay que conformarnos con esta noción de peligro ¿Qué es lo que advierte al sujeto de que es un peligro sino el miedo mismo, sino la angustia? el sentido que puede tener el término peligro interno está ligado a la función de una estructura que se debe conservar, es del orden de lo que llamamos defensa. En la defensa, la función de peligro está implicada. Siguiendo la estructura Freud situó el rasgo de señal en el uso que podemos dar de la función de angustia.

Volviendo al caso de la hiperactividad del niño, la defensa corresponde a la función de peligro de una señal que amenaza al niño, por lo tanto aparece la hiperactividad como una respuesta a la angustia, tratando de aplacar el embate de la misma.

Según Lacan la angustia opera como señal del orden de lo irreductible, de lo real. Es en este sentido la hiperactividad manifestación de la angustia en el niño, de todas las señales presentes, es la que no engaña. Del modo irreductible bajo el cual dicho real se presenta en la experiencia, de eso es la angustia señal

“La dimensión retórica, mentirosa, ese uso del lenguaje en el que el trastorno de atención con hiperactividad, pretende decir todo del paciente y no dice nada del sujeto, responde a lo real velando la angustia. Esta a su vez responde a la falla simbólica a nivel del síntoma, ya que trastorno de atención, déficit de atención, trastorno de atención con hiperactividad, etc., son ineficientes como envoltura formal del mismo, en tanto no son singulares, propias de cada uno, sino significantes en lo social. Entonces, es la cara real del síntoma la que aflora: nada que decir, nada que pensar. Sólo déficit (atención) o exceso en el cuerpo (hiperactividad) y angustia”²⁹.

²⁹ STIGLITZ, Gustavo (compilador), 2006, DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieren. El mal real y la construcción social, Editorial PRAXIA GRAMA, España, Pág. 16.

Este constante devenir de ideas, conceptos, de validación de procesos y legitimización desde el punto de vista los expertos, se constituye en una aproximación racional, crítica y autocrítica de la series de significantes causantes de la angustia.

Del modo irreductible bajo el cual dicho real se presenta en la experiencia, de eso es la angustia señal: tal es el hilo conductor que nos propone Lacan que tengamos presente para ver a donde nos conduce”³⁰.

Lo irreductible del sujeto es el “a”. El objeto “a”, es lo que permanece irreductible en la operación total de advenimiento del sujeto al lugar del Otro, y ahí es donde adquirirá su función.

En tanto que es la caída, de la operación subjetiva, en este resto reconocemos estructuralmente el objeto perdido, con esto nos enfrentemos, por una parte en el deseo, por otra parte en la angustia, nos enfrentamos con ello en la angustia en un momento lógicamente anterior al momento en que lo hacemos en el deseo.

En las estructuras del sádico y el masoquista se denuncia el vínculo radical de la angustia con el objeto en tanto que cae. Su función esencial

³⁰LACAN, Jacques, Seminario X, Pág. 174

es ser el resto del sujeto, resto como real. Lo que nos incita a poner más énfasis en el estatuto real de tales objetos

La pérdida del objeto en el niño genera peligro, lo cual abre un espacio para relacionarlo con las fobias de la infancia como: soledad, oscuridad, personas extrañas, animales, lo cual marca al niño y puede constituirse en un trauma fóbico que requerirá del psicoanálisis para superarlo.

Bajo esta perspectiva muchos niños están marcados por el deseo de los padres. La hiperactividad puede surgir como defensa ante la angustia, o para evitar que aparezca algo más grave, en este caso la angustia

Hay un real que nos hace pensar en términos de un no-lazo con el Otro, la desatención se presenta como un no-lazo con la palabra del Otro, o en términos de exceso pulsional, la hiperactividad y la impulsividad como manifestaciones de un cuerpo mal regulado por lo simbólico, pero nada de estos males que afectan realmente al cuerpo autoriza a construir la clase de los trastornos de atención con hiperactividad. Hay que distinguir lo real, de la construcción social de la realidad que es lo que harían los DSM IV o la CIE 10 con sus clasificaciones.

Pero toda clasificación se caracteriza por dejar fuera la consideración sobre el propio modo de arreglárselas con la pulsión, y el goce. Es por el

trabajo con el síntoma tomado como producción subjetiva que el psicoanálisis puede localizar algo de ese modo y operar sobre él. Por eso el psicoanálisis no hace clases, más bien, invita a la rebelión de los clasificados en la clase que sea, invita a la rebelión de las singularidades.

La ciencia, la técnica y el mercado, haciendo clases, proponen un modo de vida que rechaza lo real singular, pero no por ello evita sus retornos en angustia y otros fenómenos en el cuerpo. Hoy la convocatoria se ha de llevar un modo de vida orientado a través del síntoma por el vacío central en el universo de discurso: lo real.

La hiperactividad o déficit de atención es un proceso que se manifiesta como defensa a la angustia, por ende un elemento constitutivo de señal de lo real, a nadie le queda duda que manifestaciones como las demandas de los padres, como de maestro que amenazan la singularidad del niño, generen angustia, lo que implica la aplicación de acciones validadas por expertos, para acceder al campo de lo de lo real que no engaña, y guardar mayor coherencia con la realidad.

En el discurso imperante la demanda está impregnada del rasgo de su época, la inmediatez. Cuando se abre la hiancia que presentifica la dimensión de la causa, emerge la angustia, y ella es tramitada de manera urgente. Para ello viene muy al punto la magia de la medicación bajo sus

ropajes de eficacia a corto plazo. Quizás podemos decir que es la maniobra posmoderna por la que se rebaja el deseo a la demanda. En la medicación como respuesta al trastorno, podemos decir que se hace un uso contemporáneo de la demanda que no respeta la operación de reflexión.

La hiperactividad es un síntoma que permite encontrar una salida a la angustia por la vía motora que no espera. Por la anulación del tiempo entre la causa y el efecto el sujeto se precipita en la urgencia. Cuando se diagnostica con la hiperactividad se sostiene la idea de que hay algo en la actividad del niño que es excesivo e inútil.

El síntoma viene de lo real y revela un goce inútil. La hiperactividad en tanto real, en tanto síntoma es lo que no marcha para cada uno, es la singular manera de fallar del niño, lo que a cada uno le impide circular por las vías comunes, lo que no encaja con lo que se espera según los ideales de cada momento histórico.

El trastorno de atención con hiperactividad nada dice acerca de su coyuntura subjetiva, de su relación con el aprendizaje, y sobre todo acerca de un cuerpo que palpita por fuera del límite simbólico.

La dificultad en la operación de separación en el niño llamado hiperactivo retorna en lo real del cuerpo a la manera de una agitación maníaca que traduce, según Lacan, la “insurrección del objeto a”. La falla simbólica da lugar al exceso que se vuelca en el cuerpo, impidiendo que el niño mantenga su atención o que pueda detenerse el tiempo suficiente para concluir sus tareas.

En la operación lógica de separación, la verdadera pérdida entonces no atañe tanto a la atención como a la zozobra de actividad, antes bien, es el retorno en el cuerpo de un desarreglo simbólico. El psicoanálisis invita a dirigirse al sujeto, uno por uno, para que su padecer encuentre una salida que le sea propia, por fuera de lo que falta o sobra.

La apuesta al síntoma en lugar del trastorno o del déficit, para encontrar el modo singular del sujeto de hacer con la angustia y las respuestas que se ha dado hasta el momento. Forzar el trastorno a reconocerse como síntoma particular de un sujeto. Pasar del trastorno como recurso para no preguntarse qué hacer con el goce, a la invención del síntoma como recurso para saber hacer.

En psicoanálisis, en la orientación por lo real, también se hace algo con la angustia. Pero se obtiene procediendo de otro modo, según otros principios. En tanto el sujeto es siempre responsable de gozar, solo

aquel que se responsabilice de su goce podrá obtener efectos sobre la angustia.

La angustia es señal para el sujeto del goce inaceptable que lo causa, aunque no lo sepa. La angustia conecta con lo más real del sujeto, aquello no simbolizable de su neurosis y que lo lleva a la pregunta por la causa de la angustia.

CAPÍTULO III

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASO

3.1. EL NIÑO HIPERACTIVO Y EL PSICOANÁLISIS

3.1.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Joe es un niño que ha recibido el diagnóstico de trastorno de atención con hiperactividad, cursa el noveno año de Educación General Básica. Sus padres lo traen porque es muy inquieto, tiene juegos toscos, se auto-agrede cuando encuentra oposición o le controlan su comportamiento, insulta a los profesores, compañeros, tiene arrebatos, las noches duerme muy poco, se acuesta tarde y se levanta a la madrugada. No le interesan los estudios, le da lo mismo sacar una mala o una buena nota, tiene resistencia para escribir sus trabajos escolares prefiere hacerlo oralmente.

En las tareas escolares es lento, las deja incompletas, molesta a sus compañeros, e interrumpe constantemente al profesor con preguntas fuera del tema de la clase, no acepta órdenes de los maestros, se sale de clase, pide permiso constantemente y se demora en regresar. Sus padres manifiestan que a los seis años estuvo en tratamiento Psicológico pero lo abandono, porque le recomiendan una valoración neurológica y se procedió a medicar por varios años, pero el problema persiste, en el

colegio su comportamiento es insoportable, las autoridades del centro educativo quieren expulsarlo, asiste a clases acompañado de su madre.

Joe es pequeño para su edad, de caminar pausado, temeroso, demuestra inseguridad, entabla conversaciones muy cortas, se limita a expresarse con un sí o con un no, manifiesta nerviosismo, se frota las manos realizando movimientos con una mirada fija al psicoterapeuta.

La Hiperactividad no se demuestra en la consulta, la versión de los padres es que en el colegio es insoportable y desbordante de energía. Su cuerpo funciona bajo una desinhibición motora, ansiosa y compulsiva, se para en clase molesta a compañeros, no trabaja, interrumpe la clase, les toca la nalga a las compañeras, pide permiso para ir al baño, realiza rabietas, insulta a los profesores, que vergüenza replica la madre.

3.1.2. EL NIÑO Y LA PAREJA PARENTAL

La relación de Joe con su madre es incómoda y tensionante, ella manifiesta que es insoportable su comportamiento en el colegio tenerle que acompañar a hacer las tareas en horas de clase. Es el tercero de tres hermanos. Durante el embarazo paso con tensiones emocionales y pequeños estados depresivos, cuando conoció del sexo del hijo la madre lo rechazó sintió morir, quería que la aplaste un carro, lo que le provocó

un sentimiento de culpa que le perdura hasta ahora, incluso por ello fue al psicólogo.

Tuvo parto normal, el niño se quedó atrapado en el canal vaginal, nació cianótico. La situación ha sido muy difícil a nivel emocional para la madre. La relación ha sido desesperante y agotadora, demuestra una actitud desesperada y protectora, Cae en la victimización.

El padre es severo y castigador con él, y dice: “yo no le tolero nada, soy fuerte con él, no le soporto sus berrinches ni manifestaciones “. Cuando el padre se entera de su mal comportamiento lo amenaza con llevarlo a trabajar al campo, hay una buena relación, realizan juntos las tareas de matemáticas.

3.1.3. EL SÍNTOMA

Joe manifiesta en una de las entrevistas de trabajo que él quiere cambiar pero que hay algo que no le deja, que no sabe que es, él está bien de pronto comienza a actuar mal, y dice: me pongo nervioso, pierdo el control.

El síntoma se convierte en una manifestación motora producto de una amenaza. ¿Qué es lo que amenaza a Joe? Joe está atrapado en una serie de temores que provocan un daño imaginario y se convierte en una

amenaza real. Joe hace referencia a situaciones donde hay otro amenazante. Cuenta que cuando duerme siente que alguien le aplasta su cuerpo y despierta llorando, sigue llorando y luego le pasa.

La madre interviene diciendo: a Joe le gusta las cosas fáciles, lo complicado lo pone mal, su cuerpo se invade de movimientos sufre de desinhibición motora, es una satisfacción pulsional el síntoma es goce bajo la forma de un acontecimiento del cuerpo. Su madre da cuenta que en la escuela ante las tareas difíciles comienza a molestar a sus compañeros, a hacer preguntas inoportunas fuera de contexto, a hacer rimas de las palabras que el profesor dice, provocando el desorden y el caos en clase. Joe consigue detener al maestro, así se protege de las amenaza instaurando un mecanismo de defensa. Se podría decir que los síntomas son creados para evitar la situación de peligro, que es advertida por la sensación de angustia.

Es una de las entrevistas Joe relata que en el colegio se subió en el carro de un profesor para ir a su casa, en el transcurso del camino intenta lanzarse del carro, el profesor para y Joe le dice que no se queda, da marcha al carro el profesor y nuevamente quería lanzarse, repitió varias veces ese acto. A sí mismo en otra ocasión fueron al campo con su padre, quien le indica hacer una tarea, la tarea no le sale como pedía su papá, y por temor a la represalia se esconde, su padre le busca por toda la finca, lo llamaba desesperadamente, movilizó más personas

llegaron al lugar donde se perdió, él los veía y se escondía nuevamente, disfrutaba riéndose al observar.

3.1.4. EL TRATAMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

En el tratamiento psicoterapéutico se puede dar cuenta de la condición del síntoma como respuesta a algo que no marcha y que me ha permitido orientar el tratamiento.

En el tratamiento terapéutico Joe puede expresar a través de la palabra la angustia bajo las formas de escenas de aplastamiento en los relatos de los sueños. Los temores al castigo, cuando lo cuenta al decir “tú sabes cómo es papá”, cuando al preguntársele por qué se frota las manos y nos dice que él no sabe porque lo hace, que él lo hace cuando piensa que ... silencio, piensa que lo van a castigar o lo van a reprochar.

Joe se encuentra marcado por el deseo de la madre, sexo no deseado atrapado en el canal vaginal, riesgo de muerte, quererme morir, difícil de apoyarlo, son significantes que acompañan en el nacimiento al niño.

Otra identificación, que es al objeto de angustia. Es un exceso de excitación que se produce y se condensa en el cuerpo, que es algo que le caracteriza al sujeto y que se repite en diferentes experiencias; en cualquier conversación, en sus conductas.

La angustia invade a Joe ante la amenaza de peligro y el reaccionar con frotarse las manos, que es lo más evidente en él, se trata de una señal, Joe cuenta que él no sabe porque lo hace.

Vemos el síntoma “fracaso escolar” construirse a partir de la relación madre, hijo. Lo que en un momento puede haber sido una recompensa materna, se refiere en una relación de circularidad entre él y su madre, no se interesa en los estudios, problemas en escribir, maestros le excluyen, lo marginan, no trae tareas, no puede realizar actividades escolares solo. EL caerá en la posición de objeto materno, que es en el fondo lo que ella desea. Puesto que el síntoma es algo que los une, los alimenta y le permite vivir, tener que hacerle los deberes, estar en el aula controlándole y todas las preocupaciones que ella tiene por él. El síntoma es aquello que los aproxima el uno para el otro. Esta madre alivia los sentimientos de culpa desarrollados en el momento de la noticia del sexo del hijo, que aun los mantiene.

En el tratamiento la madre da cuenta de una mejoría en su comportamiento escolar, en relación con sus compañeros, mejora en las tareas escolares ya no tiene que estar todos los días en la escuela. El trabajo terapéutico aunque corto le permitió un mejor manejo de las máscaras y recuperar el mal camino tomado.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

- Es totalmente inadecuado, desde el punto de vista de la salud pública, unificar en un solo diagnóstico a todos los niños desatentos o inquietos sin una investigación clínica pormenorizada, en la comunidad científica hay consenso sobre que el denominado ADHD, refleja situaciones complejas, ligadas a diferentes patologías, que generalmente no son tomadas en cuenta.
- En vez de eliminar al sujeto y su responsabilidad, el psicoanálisis toma el fenómeno del ADHD como signo del sufrimiento de un sujeto que responde al malestar en forma singular. Se trata de, no considerarlo como un déficit o trastorno, sino como una solución provisoria que habrá que elevar a su dimensión de mensaje y llamado.
- Joe se trata de un sujeto, en el que su semblante temeroso, desprotegido, inofensivo, aparecen como suplencias imaginarias, con las cuales busca una inscripción en el Otro familiar, oponiéndose a las herramientas de suplencia utilizada en la escuela que se hacen problemáticas en su lazo social.

- Mientras que la ciencia plantea, que al déficit o trastorno hay que reducirlo o desaparecerlo para restituir al sujeto a la norma ideal, todo lo contrario, el psicoanálisis a través del abordaje del síntoma procede por su puesta en forma para descifrarlo por el inconsciente.
- Muchos de los niños diagnosticados con trastorno de atención con hiperactividad por la medicina, la psicología, la psiquiatría basados en el DSM IV, no dan valor alguno a la complejidad de los procesos subjetivos del niño como sí lo hace el psicoanálisis, dando cuenta del sufrimiento de estos sujetos.

4.2. RECOMENDACIONES

- Considerar las particularidades de la realidad de cada niño, a la hora de emitir o dar un diagnóstico, también es conveniente no unificar en un solo diagnóstico a todos los niños desatentos o inquietos sin una investigación clínica pormenorizada.
- Es necesario estar atento al mensaje o llamado del sujeto, para dar cuenta al sufrimiento del niño, para que asuma con responsabilidad su padecimiento relacionado con el fenómeno del ADHD.
- La hiperactividad como respuesta a la angustia, es conveniente analizarlo desde una perspectiva de psicoanálisis, para abordar la problemática desde el síntoma como una forma de llegar al inconsciente.
- Tener la precaución de no diagnosticar a los niños con trastorno de atención con hiperactividad basado en función del DSM IV, que no toma en cuenta la complejidad de los procesos subjetivos del niño, aspecto central del psicoanálisis.
- Proponer el psicoanálisis como la alternativa más viable para el tratamiento de los niños que son llevados por los padres en busca

de ayuda a los problemas que presentan su hijo, ya que el psicoanálisis permite comprender al sujeto desde su génesis, desarrollo y resultado.

BIBLOGRAFÍA

- APM, 2009, Asociación psicoanalítica de Madrid, España.
- BERGÉS, Jean: 1990, “Los trastornos psicomotores del niño”, en Lebovici, S.; Diatkine, M. y Soulé, M., Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente, Tomo IV, Madrid.
- BLEICHMAR, Silvia, 2001, “Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos”, *Ensayos y experiencias*, N° 25, Buenos Aires.
- GASBARRO, Cecilia, 2007, Escuela de orientación lacaniana, XVII Jornadas anuales de EOL, Argentina,
- GÓMEZ, Teodoro, 2000, Niños hiperactivos, Editorial Pérez Galdós, España.
- J. A. MILLER, 2000.-El lugar y el lazo (inédito). Quinta sesión del Curso. 13 de diciembre
- JOYCE, James, famoso escritor irlandés que crea un estilo muy especial de escritura mediante el cual, según Lacan, elude la psicosis y el padecimiento.
- LACAN, Jacques, 1992, Momentos cruciales de la experiencia psicoanalítica, Editorial Manantial, Brasil,

- LACAN, Jacques, 2006, "La Angustia". Editorial Paidós, Brasil.
- LACAN, 2006, Jacques. Separata,
- LAFOURCADE, Florencia, 2007, Escuela de orientación lacaniana, XVII Jornadas anuales de EOL, Argentina.
- LASA ZULUETA, Alberto: 2001), "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.
- LAURENT, Eric, 2004, La sociedad del síntoma. Revista Lacaniana de Psicoanálisis N° 2 – EOL.
- MILLER, J., 2008. A. Cosas de finura en psicoanálisis. Lección V.
- OSMER, Ana, 2003, El DMS IV y el Sujeto en cuestión, PDF.
- STIGLITZ, Gustavo (compilador), 2006, DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieren. El mal real y la construcción social, Editorial PRAXIA GRAMA, España.