



**USAL**  
**UNIVERSIDAD**  
**DEL SALVADOR**

Tesis: “Impacto a nivel de los vínculos intrafamiliares del diagnóstico psicopatológico y del tratamiento por dificultades en la atención y por hiperactividad en niños escolares”  
Un estudio de caso múltiple.

Doctoranda: Ps. Alicia Muniz Martoy

Directora: Dra. Ma. Verónica Brasesco

Buenos Aires, agosto de 2017

## Dedicatoria

A todos los niños y a sus padres que confiaron en que podía ayudarlos a pensar y a vivir un poco mejor.

## Agradecimientos

A mi compañero de vida Juan Carlos por darme aliento y  
confianza en cada  
nuevo desafío.

A mis hijos Juanse y Maite por ser inspiración en cada  
vuelta de la vida en la  
que aprendemos juntos.

A Lucía y Valentina, por ponerme a prueba y por su amor  
incondicional.

A mis padres, que en presencia y en ausencia forjaron  
algo de lo que soy.

A Adriana por ser interlocutora incansable y compañera de  
desvaríos.

A Carolina, la hermana querida que me dio la vida.

A mi tutora Verónica Brasesco por su contención, su  
paciencia y la confianza que depositó en mí.

## INDICE

Introducción.....	1
Cap. I: Fundamentación y antecedentes.....	11
1-Investigar la subjetividad.....	12
1.1 Problematizar una situación: la patologización de la infancia.....	14
1.2 La subjetividad infantil.....	15
1.3 Los procesos de medicalización y patologización de la vida cotidiana.....	23
1.4 Las instituciones escolar y familiar.....	31
2-Desatención e hiperactividad.....	40
2.1 La realidad nacional.....	46
2.2 La situación a nivel regional.....	54
2.3 Estudios sobre padres y familias.....	58
Cap. II: Marco Teórico.....	62
1-Las dificultades atencionales y la hiperactividad.....	63
2-Perspectiva psicoanalítica de las dificultades atencionales y de la hiperactividad.....	74
3-El vínculo como productor de subjetividad.....	76
3.1 Las nociones de ajenidad, presencia y acontecimiento para comprender el vínculo parento-filial.....	86
4-Las técnicas de exploración de la personalidad.....	89
4.1 Test de la Familia Kinética Actual según Renata Frank ([1985],2000).....	91
4.2 Test de Pata Negra de Corman (1959-1961).....	92

Cap. III: Desarrollo de la investigación.....	95
1-El problema y las preguntas de investigación.....	96
2- Objetivos.....	97
3- Metodología.....	98
3.1Diseño de la investigación.....	99
3.2 Instrumentos de recolección de datos.....	101
3.2.1Entrevista.....	101
3.2.2 Test de la Familia Kinética Actual.....	103
3.2.3 El Test de Pata Negra de Louis Corman...	104
3.2.4 Observación participante.....	106
3.3 Características de las muestras.....	106
3.4 Descripción del trabajo de campo.....	106
3.5 Descripción de los niños integrantes de la muestra.....	107
3.5.1 Karl.....	107
3.5.2 Sebastián.....	108
3.5.3 Marcelo.....	108
3.5.4 Francisco.....	109
3.5.5 Víctor.....	110
3.5.6 Soledad.....	111
3.5.7 Diana.....	111
3.5.8 Laura.....	112
3.5.9 Gustavo.....	113
3.5.10 Ismael.....	113
3.6 Categorías de análisis.....	118

4- Análisis de los datos.....	126
4.1 Objetivo específico I.....	126
4.1.1 Karl.....	127
4.1.2 Sebastián.....	128
4.1.3 Marcelo.....	128
4.1.4 Francisco.....	129
4.1.5 Víctor.....	129
4.1.6 Soledad.....	130
4.1.7 Diana.....	131
4.1.8 Laura.....	131
4.1.9 Gustavo.....	132
4.1.10 Ismael.....	133
4.2 Objetivo específico II.....	136
4.2.1 Karl.....	136
4.2.2 Sebastián.....	137
4.2.3 Marcelo.....	138
4.2.4 Francisco.....	138
4.2.5 Víctor.....	139
4.2.6 Soledad.....	139
4.2.7 Diana.....	140
4.2.8 Laura.....	140
4.2.9 Gustavo.....	141
4.2.10 Ismael.....	141
4.3 Objetivo específico III.....	142
4.3.1 Karl.....	143

4.3.2 Sebastián.....	143
4.3.3 Marcelo.....	144
4.3.4 Francisco.....	145
4.3.5 Víctor.....	145
4.3.6 Soledad.....	145
4.3.7 Diana.....	146
4.3.8 Laura.....	146
4.3.9 Gustavo.....	147
4.3.10 Ismael.....	147
4.4 Categorías emergentes a partir del discurso de los padres.....	148
4.5 Objetivo específico IV.....	152
4.5.1 Vivencia de sí mismo.....	152
4.5.1.1Karl.....	153
4.5.1.2 Sebastián.....	156
4.5.1.3 Marcelo.....	158
4.5.1.4 Francisco.....	160
4.5.1.5 Víctor.....	163
4.5.1.6 Soledad.....	166
4.5.1.7 Diana.....	168
4.5.1.8 Laura.....	171
4.5.1.9 Gustavo.....	174
4.5.1.10 Ismael.....	176
4.5.2 Percepción del lugar en la familia.....	181

4.5.2.1 Karl.....	182
4.5.2.2 Sebastián.....	182
4.5.2.3 Marcelo.....	183
4.5.2.4 Francisco.....	183
4.5.2.5 Víctor.....	184
4.5.2.6 Soledad.....	185
4.5.2.7 Diana.....	186
4.5.2.8 Laura.....	186
4.5.2.9 Gustavo.....	187
4.5.2.10 Ismael.....	188
4.5.3 Categoría emergente.....	188
Cap. IV: Discusión de resultados.....	193
Cap. V: Conclusiones y análisis de la implicación.....	213
1- De los fundamentos y la teoría.....	214
2- De la metodología de la investigación.....	219
2.1 De las muestras.....	220
3-De los resultados y el análisis de los datos.....	221
3.1 Las preguntas de la investigación.....	221
3.2 Del objetivo general.....	226
4- Análisis de la implicación.....	227
5- Cierre a manera de nueva apertura.....	228
Referencias bibliográficas.....	229
Anexos.....	240
Tabla 1 Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad.....	241

	Láminas	de	Pata
Negra.....	242		
		Guion	de
Entrevista.....	244		



## LISTA DE ABREVIATURAS

ADD.....	Trastorno de Déficit Atencional en inglés
DFH.....	Dibujo de la Figura Humana
DSM.....	Manual Diagnóstico y Estadísticos de los trastornos mentales
FKA.....	Familia Kinética Actual, Test de la
FONASA.....	Fondo Nacional de Salud
JIFE.....	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
OMS.....	Organización Mundial de la Salud
PN.....	Pata Negra, Test de
RAE.....	Real Academia Española
SNIS.....	Sistema Nacional Integrado de Salud
TDAH.....	Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad
TDA/H.....	Trastorno de Déficit Atencional/con Hiperactividad
TEA.....	Trastorno del Espectro Autista
UNICEF.....	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## PREFACIO

La tesis que el lector encontrará a continuación, se ha propuesto analizar el impacto que a nivel de los vínculos intrafamiliares, tiene el diagnóstico y el tratamiento farmacológico por dificultades atencionales y/o por hiperactividad, en niños entre siete y diez años de la ciudad de Montevideo. La importancia de estudiar el tema reside en el aumento de la terapia farmacológica en niños, cuyo crecimiento exponencial en Uruguay ha sido objeto de diversas observaciones por parte de organismos internacionales y de la prevalencia señalada en relación al déficit atencional y a la hiperactividad dentro de las llamadas patologías en la infancia.

Desde la experiencia clínica se observó asimismo un grado de sufrimiento importante en los padres inherente al hecho de tener un hijo/a con medicación así como para los niños también se consignaron narrativas y producciones en las técnicas proyectivas acerca del padecimiento. Sufrimiento subjetivo relacionado con los efectos de la medicación pero también con el de ser señalado como el problemático. La presión que ejercen instituciones como la escuela y el sistema sanitario son significativas e inciden en el relacionamiento del niño y su familia con el entorno.

Se estudiaron en profundidad diez casos que consultaron para una evaluación o psicodiagnóstico, de niños que recibían tratamiento farmacológico por dificultades en el aprendizaje asociado a desatención e hiperactividad. Se privilegió el discurso de los adultos responsables que acompañaron a los niños a la consulta y la expresión proyectiva de estos niños a través de un test gráfico y de un temático (FKA y PN).

Se encontró que las familias padecían por el hecho de tener un hijo/a medicado a partir de quejas en la escuela; incidiendo en la percepción que del niño tenían y por ende en el vínculo. En cuanto a los niños/as, se analizó la imagen de sí que mostraron a través de las técnicas proyectivas, así como la representación de su lugar en la familia. Ello indicó vivencias de desvalorización, temáticas de culpa y búsqueda de castigo respecto a las conductas por las que fueron medicados.

Se alerta sobre los riesgos del escaso control de la medicación debido a que la ambivalencia presente en los adultos respecto a la misma, lleva a un manejo arbitrario de los medicamentos.

También se alerta sobre la ausencia de evaluaciones previas y de indicación a psicoterapia en niños que presentan sintomatología de larga data, siendo el único tratamiento el farmacológico.

Esta práctica de medicar sin un abordaje dinámico, impide analizar y complejizar las condiciones familiares y contextuales que producen desatención e hiperactividad en niños con fallas a nivel de la constitución yoica con historias de inestabilidad, pérdidas y violencia intrafamiliar. Se cuestiona por lo tanto el diagnóstico sobre el que se apoya el tratamiento y la elección de la farmacoterapia como la única.

El presente estudio fue pensado, realizado y analizado desde una postura crítica e implicada.



## INTRODUCCION

... a los pesimistas que suponen que la civilización corre el riesgo de ser devorada por clones, bárbaros bisexuales o delincuentes de los suburbios, concebidos por padres extraviados y madres vagabundas, haremos notar que esos desórdenes no son nuevos....y, sobre todo, que no impiden la reivindicación actual de la familia como el único valor seguro al cual nadie puede ni quiere renunciar. Los hombres, las mujeres y los niños de todas las edades, todas las orientaciones sexuales y todas las condiciones la aman, la sueñan y la desean.

Roudinesco, E<sup>1</sup>.

---

1 "La familia en desorden" (2003, pág.214)

El objetivo general de la presente investigación propone analizar el impacto que el diagnóstico y el tratamiento farmacológico ha tenido en los vínculos intrafamiliares, en situaciones de niños que presentaron dificultades en la atención y/o hiperactividad. Se definió la muestra para diez casos de niños y niñas entre siete y diez años de la ciudad de Montevideo que consultaron en el marco de una evaluación psicológica o psicodiagnóstico.

Es importante definir qué se entiende por impacto. Según la RAE<sup>2</sup> la acepción de impacto tiene varias posibilidades a saber:

1. m. Choque de un proyectil o de otro objeto contra algo o alguien.
2. m. Huella o señal que deja un impacto.
3. m. Efecto de una fuerza aplicada bruscamente.
4. m. Golpe emocional producido por un acontecimiento o una noticia desconcertantes.
5. m. Efecto producido en la opinión pública por un acontecimiento, una disposición de la autoridad, una noticia, una catástrofe, etc.

Para este contexto, la idea de huella o golpe emocional producidos por una noticia-para el caso, el diagnóstico- o por un acontecimiento –que es el tratamiento farmacológico en tanto novedad en la vida del niño y la familia, son acepciones que se ajustan a la orientación de la presente tesis.

Por otra parte, la quinta acepción referida al efecto producido por la opinión pública, resulta igualmente interesante dado que uno de los hallazgos fue justamente, el peso que tiene para los padres la opinión de los representantes institucionales (de la escuela, de la salud) y de los otros padres y familiares.

Inicialmente la idea fue trabajar con niños diagnosticados de TDAH y medicados con metilfenidato. Conforme iba pasando el tiempo y la experiencia clínica-ya que la ejecución de la presente investigación se vio demorada por circunstancias personales- se recortó un fenómeno que indicaba un viraje en la clínica infantil: ya no se presentaban tantos déficits atencionales “puros” ni abundaban los niños que sólo recibían Ritalina como cinco años atrás, sino que la consulta se llenaba de niños tratados con antipsicóticos y neurolépticos además del conocido metilfenidato.

Ello llevó a reorientar el objetivo en esta tesis haciendo necesario definir nuevamente las categorías psicopatológicas con las que se trabajó: dificultades

---

2 <http://dle.rae.es/?id=L1TjrM9>

en la función atencional y el exceso de actividad denominado indistintamente como hiperactividad o hiperkinesia. Ello ha sido fiel a los datos clínicos consignados por los médicos derivantes a la consulta psicológica. Se decidió trabajar por lo tanto con niños entre siete y diez años como se dijo, a fin de evitar confundir algunos signos vinculados al aprendizaje debido al inicio del mismo (en Uruguay el aprendizaje de la lectoescritura se inicia entre los cinco y los seis años) y en el otro extremo se evitaba la incidencia de síntomas conductuales más vinculados a la pubertad o preadolescencia. Finalmente se profundizó el estudio con diez niños (siete varones y tres niñas) y sus padres, los que constituyeron la segunda muestra de la investigación. Cabe destacar que la colaboración de los padres fue importante sobre todo porque pudieron abrirse a opinar y revelar sus temores y desconfianzas respecto al tratamiento farmacológico de sus hijos. No había otros tratamientos psicológicos por ello no se pudo evaluar la incidencia de los mismos sobre los vínculos y representaciones de los protagonistas de la investigación.

Estudiar la cuestión del diagnóstico y la medicación en la infancia uruguaya se ha tornado un tema prioritario debido al excesivo aumento de metilfenidato registrado por el MSP, tal como se expresa en el capítulo I de Fundamentación y Antecedentes. Allí también se encontrarán las razones que ameritan seguir profundizando en el tema del sobrediagnóstico a partir de posturas diversas desde ámbitos de la medicina y del Psicoanálisis. Se parte de referencias nacionales y regionales para compararlas con otras de países más desarrollados.

Si bien las cifras de consumo de medicamentos y la de niños con alteraciones en la salud mental son alarmantes para un país que apenas pasa los tres millones de habitantes, más alarmante es para quien escribe, la simplificación que se ha hecho del tema reduciéndolo a cuestiones de la esfera biológica. Trabajar con la noción de subjetividad como producción contextual, epocal e histórica enmarca la perspectiva de la tesis en un escenario complejo donde los vínculos adquieren otra dimensión.

El vínculo precede a la propia identidad, siendo inevitable la pertenencia a algún vínculo por la propia condición humana de indefensión al nacer. No se es sino en relación a otro que ampara y moldea a través de su mirada y la transmisión de significados. Se es representante del grupo a través de un pacto

narcisista al decir de Aulagnier (1975) por el cual se exige la trasmisión de los valores, el lenguaje, los códigos del grupo, a la vez que espera que el sujeto devenga en un digno representante del mismo.

Cuando un niño fracasa en sus aprendizajes, o sea, no responde tal y como se espera que lo haga, el grupo registra dicho fracaso y se ve interpelado.

Lo que se observó en la presente investigación, es que el grupo (llámese escuela y familia) no responde amparando al niño en su imposibilidad sino que proyecta sobre él las razones del fracaso en un gesto que desliga al sistema de toda responsabilidad. O sea, la escuela no se hace responsable por el fracaso, por lo tanto no debe responder a las dificultades y espera de otros (médicos, psicólogos, pedagogos, fonoaudiólogos, psicomotricistas y la familia misma) que den respuesta a lo que le pasa al niño. La escuela no se cuestiona, no revisa sus prácticas, no ensaya estrategias para niños que aprenden/atienden de otra manera. La familia se siente interpelada, presionada por lo que el hijo no puede hacer o hace de más y se somete a las decisiones de la medicina. No obstante, demostraron no estar conformes, sentirse ambivalentes y hasta contradictorios respecto a la salida propuesta: la farmacoterapia. En definitiva no son felices, y así lo viven los propios niños que mostraron estar en contacto con esta realidad: la conducta en casa y en la escuela, el portarse mal o no aprender tal como se espera que lo haga, hace infelices a sus padres. Se sienten frágiles, con una autoimagen devaluada, se ubican en un lugar regresivo por temor a crecer, aparecen sentimientos de culpa con la consecuente búsqueda de castigo.

Ni la escuela ni la familia se interpelan a sí mismas. Aun cuando las circunstancias claramente indican que grupos numerosos o maestros sobrecargados no proveen un escenario favorable para el aprendizaje; y que en la familia una sucesión de hechos históricos han provocado disfuncionamientos donde el niño sintomático se transformó en el sancionado por el grupo. Pero sufren todos por igual, sólo que se proyecta en el niño-problema las razones del sufrimiento familiar.

Asimismo, los múltiples tratamientos a que son sometidos estos niños, mediante los cuales se abordan funciones y no la complejidad de la subjetividad tampoco resultan beneficiosos porque vuelven a ubicarlos en el lugar de quien necesita tratamientos específicos, prótesis para poder aprender, relacionarse,



etc. dejándolos a solas con su padecimiento. Este efecto tampoco promueve una mirada a la interna de la familia que problematice los intercambios intersubjetivos.

Para abordar el problema en torno a la incidencia y la representación del niño en tratamiento para la familia y cómo esto repercute en el propio niño y su imagen, se trabajó desde el marco teórico psicoanalítico y en especial desde la perspectiva vincular del Psicoanálisis, lo que se desarrolla en el capítulo II.

El diálogo entre los autores y la discusión teórica tomando referentes como Bleichmar, Aulagnier, Untoiglich, Janín, Rojas, Berenstein, Puget y por supuesto Freud entre otros, da cuenta de la intencionalidad de lograr una revisión reflexiva y crítica sobre el tema de la investigación.

Las preguntas que orientaron la tesis fueron: ¿Cómo impacta el diagnóstico y el tratamiento farmacológico por dificultades en la atención y/o por hiperactividad en niños escolares, en los vínculos intrafamiliares?

¿Qué características tienen los vínculos parento-filiales y fraternos en las familias de los niños estudiados y cómo se perciben luego de iniciado el tratamiento farmacológico? ¿Cómo se percibe el niño a sí mismo en esta situación? ¿Cómo es el lugar atribuido al niño que presenta estas características en la familia?

A partir de allí se elaboró una hipótesis de trabajo principal y otras secundarias:

1) El diagnóstico y tratamiento farmacológico de niños con dificultades en la atención y/o hiperactividad genera en los padres vivencias y sentimientos ambivalentes asociados al alivio y la culpa.

1.a) La imagen que el niño tiene de sí mismo en la familia está en relación a cómo percibe él y su entorno la dificultad que tiene.

1.b) Las vivencias ambivalentes respecto del diagnóstico y del tratamiento determinan el lugar que el niño ocupa en la familia.

En el capítulo III dedicado al desarrollo de la investigación, se encontrará la descripción de los niños, a quienes se optó por nominarlos en forma ficticia como: Karl, Sebastián, Marcelo, Francisco, Víctor, Soledad, Diana, Laura,

Gustavo e Ismael a fin de poder singularizar el padecimiento de cada uno, la situación familiar y sus producciones.

Allí se describen los instrumentos utilizados: la entrevista con los padres, el test de Familia Kinética Actual y el test de Pata Negra, incluyendo la observación participante como uno más para la recolección de datos observables.

Se optó por un diseño cualitativo de estudio de caso, por ser el que más se ajusta en la investigación clínica, que apunta a profundizar en los fenómenos estudiados y no pretende generalizarlos. A través de ello se buscó producir conocimiento sobre un fenómeno actual de alto impacto para la sociedad en la que se enmarca el estudio. A fin de operacionalizar los datos que suelen ser abundantes en este tipo de estrategia, se construyeron categorías apriorísticas surgidas de la teoría y se incluyeron las emergentes tanto para la muestra de padres como para la de los niños y niñas. Para el primer caso se definieron las siguientes categorías: características percibidas del niño, sentimientos respecto al diagnóstico, discurso sobre el tratamiento farmacológico y expectativas de cambio. Se incluyeron las categorías emergentes surgidas del propio discurso dada su recurrencia y valor: información recibida respecto al tratamiento, percepción en relación a lo extra familiar y teorías sobre el origen de la dificultad en el niño.

Para la muestra de niños se definieron dos categorías: vivencia de sí mismo y percepción del lugar de sí en la familia; las que se aplicaron al test gráfico y al test temático administrados.

Se establecieron subcategorías y se sistematizó la información en base a grillas para cada caso.

El objetivo general: “Analizar el impacto del diagnóstico y del tratamiento farmacológico por dificultades en la atención y/o por hiperactividad a nivel de los vínculos intrafamiliares en niños entre 7 y 10 años” al que se orientó el trabajo investigativo, se alcanzó en base a los específicos:

- I) Describir los cambios observados en las conductas de los niños diagnosticados con dificultades en la atención y/o hiperactividad a partir de su diagnóstico, dentro del ámbito familiar.
- II) Identificar si dichos cambios se relacionan con el tratamiento farmacológico indicado.

- III) Identificar los cambios en la vida cotidiana de la familia a partir del diagnóstico y tratamiento.
- IV) Describir cómo es la vivencia del niño respecto a sí mismo y respecto a cómo se percibe en la familia.

En el cuarto capítulo se discuten los resultados, analizando en primer lugar las características de las situaciones estudiadas. Se destaca que son niños y niñas que no tuvieron abordajes terapéuticos en la esfera emocional salvo en un caso en que se interrumpió la psicoterapia; tampoco hubo estudios previos que diagnosticaran el tipo de dificultad en el aprendizaje y no se consignaron seguimientos para la farmacoterapia en la mayoría de los casos. Los padres indicaron cambios favorables a partir de la medicación sobre todo a nivel del aprendizaje, siendo variable para la esfera conductual y la afectiva dado que en varias situaciones persisten las mismas dificultades y en otras aparece sintomatología de tipo ansiosa o excesiva desconexión. Se observó la ambivalencia respecto a la medicación provocando actuaciones que atentan contra una adecuada adherencia al tratamiento. Manifestaron temores en cuanto al futuro de sus hijos, siendo la adicción y la dependencia afectiva los riesgos que se prevén con mayor frecuencia.

Los padres dieron cuenta del impacto que les produce un hijo que es vivido como ajeno cuando se presenta con estos cambios no deseados, que no puede ser ligado a la representación del hijo que tenían previamente. Tampoco puede asociarse a factores intrafamiliares la emergencia de estas características en el hijo. La escuela y la mirada de los otros constituyen dos fuentes de presión para los padres que vivencian a modo de control social lo que allí se opine de sus hijos tanto con, como sin medicación.

Estos elementos son interpretados además desde una perspectiva biopolítica destacando el efecto que ciertos mandatos epocales e institucionales tienen sobre la identidad y la vivencia subjetiva del niño.

En cuanto a la representación de sí por parte del niño y a cómo se percibe en la familia se concluye que han aparecido varios ítems que indican la fragilidad en la constitución yoica que echa luz sobre el fracaso en la simbolización (asociado a las dificultades en el aprendizaje). Asimismo se ha observado la precariedad en las funciones parentales, siendo niños que se

sienten poco sostenidos por las figuras de referencia unido ello a una historia vincular marcada por fracasos en la función metabolizadora, experiencias de pérdidas, cambios, abandonos y violencia que se relacionan con la disfuncionalidad percibida en las familias estudiadas.

Son niños que se sienten desvalorizados y culposos en relación a su comportamiento, percibiendo el rechazo del entorno incluso de las figuras parentales. Su lugar en la familia es vivido como el que provoca la infelicidad, quedando estigmatizado en el lugar del problema. La culpa es un tema recurrente considerándose de riesgo en tanto se acompaña de búsqueda de castigo. Son niños que están en contacto con lo que les sucede, si bien alguno utiliza mecanismos de tipo maníaco y omnipotente.

Por último en el capítulo V se abordan las conclusiones y el análisis de la implicación.

La noticia del niño diagnosticado con un trastorno tanto como la percepción de un hijo cambiado por los efectos del tratamiento, no es aceptada por la familia promoviendo variadas conductas de ambivalencia y contradicción respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico. Esto indica el rechazo a incorporar la idea de un hijo diferente a lo representado a la vez que se percibe el efecto que tiene la conducta del niño a nivel extra familiar. La falta de seguimiento del tratamiento así como la suspensión y reintegro de la medicación a criterio de los padres constituyen elementos de riesgo para el niño.

Otro impacto importante es la presión percibida por parte de la escuela y en el mandato médico donde se ubican las causas del sufrimiento familiar. En esta situación, no se genera una demanda y difícilmente se encontrará un pedido de ayuda que los involucre a todos en la búsqueda de soluciones. Los cambios esperados por parte del tratamiento son insuficientes porque se coloca en el niño la causa del malestar familiar, evitando contactar así con las circunstancias que han vivido a lo largo de su historia libidinal.

El hijo/a que no se corresponde con la expectativa atribuida desde momentos inaugurales del vínculo parento-filial, que es devuelto a través de la imagen del fracaso escolar, es visto como una falla en el mismo niño/a pero no puede ser vinculado a las problemáticas familiares. De esta forma el niño se queda solo con su malestar y las causas que lo generan.

Se destaca en el discurso, una relación directa entre el informe de la maestra y el tratamiento farmacológico, sintiéndose los padres, objeto de la decisión de terceros sin tener posibilidad de opinar al respecto. Esto fue vivido además como un no reconocimiento en tanto plantearon la falta de información recibida por parte del médico tratante. Si bien ello no puede ser constatado, se aprecian las dificultades de estos padres para empoderarse desde el lugar de usuario de los servicios de salud, mediante el cual hacer preguntas, asesorarse, buscar otras alternativas. Los padres mostraron diversas teorías en cuanto al origen de la dificultad en el hijo/a mayoritariamente externas a las circunstancias familiares.

Todo ello converge en una encrucijada en la cual si bien los padres no están de acuerdo en medicar al hijo, lo hacen de igual manera de forma irregular proyectando en reacciones adversas o en olvidos la no aceptación del tratamiento y por ende, del horror que les produce la representación de un hijo enfermo-loco.

En función de lo expuesto, se destaca la importancia de incluir abordajes dinámicos de orientación vincular en la consulta infantil.

Este trabajo ha sido concebido desde la perspectiva del psicoanálisis implicado. El compromiso en las prácticas instituyentes de la clínica psicológica así como la crítica acerca de las condiciones actuales de producción subjetiva, han sido guía-en la luz y en la oscuridad- de los temas abordados que afectan a la(s) infancia(s) de este tiempo.



## Capítulo I

# FUNDAMENTACION y ANTECEDENTES

“Dani é uma criança que não sabe andar de bicicleta. Todas as crianças do seu bairro já andam de bicicleta; os da sua escola já andam de bicicleta; os da sua idade já andam de bicicleta. Foi chamado um psicólogo para que estude seu caso. Fez uma investigação, realizou alguns testes (coordenação motora, força, equilíbrio e muitos outros); falou com seus pais, com seus professores, com seus vizinhos e com seus colegas de classe e chegou a uma conclusão: esta criança tem um problema, tem dificuldades para andar de bicicleta.

Dani é ‘disbiciclético’

Agora podemos ficar tranquilos, pois já temos um diagnóstico.

Agora temos a explicação: o garoto não anda de bicicleta porque é disbiciclético e é disbiciclético porque não anda de bicicleta.”.

(Emílio Ruiz Rodriguez. “Disbicicléticos”).<sup>3</sup>

---

3 [http://www.ama-ba.org.br/index.php?option=com\\_content&view=category&id=27&layout=blog&Itemid=40](http://www.ama-ba.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=27&layout=blog&Itemid=40)

## **1- Investigar la subjetividad**

Cuando se trata de investigar acerca de las producciones subjetivas la tarea se torna altamente compleja dado el pensamiento crítico que acompaña el acercamiento a dicha temática. Asimismo el proceso creativo conlleva un trabajo artesanal y riguroso a la vez, preocupado en dar cuenta de fenómenos actuales que requieren de la urgencia de ser pensados y respondidos, a sabiendas que cada nueva respuesta es el inicio de una nueva cuestión. La Psicología no está exenta de esta recursividad en su pensar y su práctica, en la que no puede prescindir tampoco del diálogo con otras disciplinas para abordar estas demandas. Procesos de pensamiento que se inician en un punto sin saber a dónde llegan apriorísticamente, que indican justamente, procesos donde la novedad adviene a cada paso y se impone su alojamiento. Alojar la novedad abre posibilidades a nuevas ideas, nuevas formas del pensar que se viabilizan en prácticas. Lo novedoso llega por esa vía también, por lo que la práctica impone, por lo que obliga a pensar, por lo que exige comprender en las diversas presentaciones de lo humano.

Tolerar las versiones y diversificaciones de la expresión del sufrimiento psíquico es un desafío constante al que se enfrenta la Psicología Clínica, es también su razón de ser y la razón de esta investigación.

No se piensa en hechos acabados sino en acontecimientos en espera de ser inscriptos –en el aparato psíquico, en el cuerpo social, en las representaciones culturales- que se transforman constantemente a medida que van sucediendo. Dan sentido a lo experiencial y prometen una nueva evocación en tanto se aloja como un no sabido, no conocido.

Teles (2009) expresa: “Los acontecimientos pertenecen al devenir, lo expresan, son composiciones temporales de múltiples dimensiones en



permanente actualización y efectuación. Los acontecimientos se encarnan en situaciones, pero siempre hay algo del acontecimiento abierto a las mutaciones, a nuevas actualizaciones.” (pag. 30)

Los cambios concebidos como mutaciones guardan algo de lo anterior mientras construyen novedad. Con esta investigación se busca construir nuevos sentidos abriendo la posibilidad a procesos de escucha de las quejas subjetivas de los protagonistas: los niños y sus familias.

Dar voz a quienes está dirigida la clínica psicológica, es un imperativo que por momentos se pierde ante la llegada de conceptos cerrados, unívocos, que generan la ilusión de estar frente a fenómenos unicausales y por ende, a terapéuticas totales.

Siguiendo a Benasayag y Schmidt (2010):

...el desarrollo del conocimiento no nos ha instalado en un universo de saberes deterministas y todopoderosos, que nos hubiesen permitido dominar la naturaleza y el porvenir: al contrario, el siglo XX marcó el fin del ideal positivista sumergiendo a los hombres en la realidad de la incertidumbre. (pág 24)

Más adelante afirman que ello justamente ha permitido el desarrollo de múltiples racionalidades no deterministas.

Bienvenido sea entonces este cambio de paradigma.

En tal contexto se propone pensar la subjetividad como producción compleja que integra dimensiones históricas, contextuales, vinculares y singulares a la vez. El Pensamiento Complejo de Edgar Morin (2009) atraviesa el análisis y la comprensión de los fenómenos que se pretenden describir y analizar en la presente investigación.

La noción acerca de la subjetividad con la que el clínico trabaje, es la que permitirá elaborar hipótesis sobre las causas del sufrimiento psíquico y permitirá además considerar estrategias posibles para la intervención terapéutica. En tal sentido, se acuerda con Pulice, Zelis y Manson (2007, pág. 20) al afirmar:

Podemos decir que el estatuto que se le dé al síntoma, va a tener consecuencias cruciales para la orientación de la cura, y para la forma

de pensar el modo en que conviene ordenar tanto nuestras propias intervenciones como el montaje de los diversos dispositivos y recursos terapéuticos que se decida implementar para confrontarse con tales fenómenos, en particular cuando nos referimos a aquellos casos cuyo abordaje requiere la intervención de más de una especialidad.

Investigar la subjetividad implica trabajar con lo singular de cada situación compleja, con lo peculiar de cada caso sin pretender realizar generalizaciones que borren las diferencias cruciales para la clínica. En esas diferencias, en lo que podrían llamarse las diversas versiones del sufrimiento, reside la riqueza de la escucha clínica y las posibilidades de intervención a medida de las necesidades, sin aplicar esquemas terapéuticos preconcebidos.

Al hablar de producción de subjetividad, en coincidencia con Silvia Bleichmar (2005), se afirma que la misma es:

...un componente fuerte de la socialización, (que) evidentemente ha sido reglada, a lo largo de la historia de la humanidad, por los centros de poder que definen el tipo de individuo necesario para conservar al sistema y conservarse a sí mismo. (pág 84).

En los intersticios de las contradicciones y fisuras de estos procesos, la autora plantea que es donde surgen nuevas subjetividades, que no pueden darse si no es sobre nuevos modelos discursivos, nuevas formas de redefinición de lo que llama el sujeto singular con la sociedad en la que se inserta.

## **1.1 Problematizar una situación: la patologización de la infancia**

Bianchi (2012) en su tesis toma la noción de problematización, a partir de la definición de Dean (1994):

... como una de las tres formas de práctica intelectual al interior de la teoría social, junto con la teoría progresivista y la teoría crítica. La problematización “establece un análisis de la trayectoria de las formas históricas de la verdad y del conocimiento sin un origen o un fin (...) encontrando preguntas donde otros han localizado respuestas” (pág.1023)

Parece importante señalar que esta postura frente al fenómeno no pretende clausurar el problema sino “ubicar las voces que surgieron para responder al problema que se plantea y...cuál es el punto en el que estas respuestas simultáneas y múltiples presentan alguna regularidad” (pág. 1024). Un análisis crítico implica conocer el cómo se construyeron las diversas soluciones (podría agregarse, situaciones a ser pensadas) las que a su vez resultan de una forma específica de problematización.

Ante la dispersión de las condiciones de producción actuales, recortar un fragmento de una realidad implica, siguiendo el pensamiento de Ignacio Lewkowicz (2004), generar una situación capaz de ser pensada aún en las condiciones más adversas. Esto no significa desconocer el origen desde el cual surgen sino que la visión crítica sobre las condiciones de producción para esa situación son las que aportarán elementos para ser pensable.

Asimismo Foucault (1991, citado por Bianchi 2012) señala que:

...problematización no quiere decir representación de un objeto preexistente, ni tampoco creación por medio del discurso de un objeto que no existe. Es el conjunto de las prácticas discursivas y no discursivas lo que hace entrar algo en el juego de lo verdadero y de lo falso y lo constituye como objeto de pensamiento”. (pág 1024)

En tal sentido, problematizar los diagnósticos por dificultades atencionales e hiperactividad en la infancia, remite también a un recorrido de observación e interpretación sobre las condiciones actuales en las que se produce la singularidad del niño/a y de las familias de la que se ocupa este trabajo, contemplando las características históricas y contextuales del Uruguay de las prácticas en Salud Mental promovidas en las políticas sanitarias actuales.

## **1.2 La subjetividad infantil**

En oportunidades anteriores (Muniz, 2011, 2013) se expuso acerca de los fenómenos clínicos infantiles a la luz de las circunstancias actuales de relacionamiento entre la medicina y la vida cotidiana.

Asimismo, la Psicología Clínica se ha enfrentado en el último tiempo al desafío de comprender los fenómenos complejos del psiquismo infantil, fenómenos que escapan a las descripciones clásicas y a las teorizaciones hegemónicas.

Se afirmaba entonces que la infancia (quizás debiera indicarse en plural dado que no podría considerarse que haya una infancia homogénea) se presenta de forma diversa, los niños aparecen con un sinnúmero de características que si no se aborda desde una perspectiva compleja se corre el riesgo de patologizar rápidamente conductas que responden a los modos actuales de convivencia, de cotidianidades no estables, en definitiva, de condiciones de subjetivación novedosas.

Silvia Bleichmar (2001) en su conferencia “La infancia y la adolescencia ya no son las mismas. Qué se conserva hoy de la infancia que conocimos?” diferencia niñez como un estado cronológico, reservando el término infancia para referirse a una categoría constitutiva, relacionada con “los momentos constitutivos estructurales de la subjetividad infantil” (pág 143).

Continúa entonces:

Por eso la apelación al concepto de infancia que tradicionalmente se usaba para los que no hablan y, aunque en el psicoanálisis ha sido muy usado para el niño antes de que tenga lenguaje, creo que la categoría de los que no hablan en el caso de la infancia se marca por este nuevo paradigma, por esta nueva propuesta, del niño como sujeto. (pág. 143)

Como ya se expresó anteriormente, la concepción de los técnicos acerca del armado de la producción subjetiva, provee de elementos para establecer hipótesis acerca del porqué del enfermar (hacer síntomas) y acerca de las estrategias adecuadas para intervenir sobre ese sufrimiento a fin de producir alivio y bienestar para potencializar las capacidades sociales, cognitivas y afectivas del sujeto. No es indiferente partir de uno u otro marco referencial para entender los fenómenos en cuestión. Un paradigma positivista podría reducir elementos altamente complejos como el psiquismo infantil a su expresión neurobiológica, mientras que el paradigma complejo permite trabajar sobre hipótesis de diferentes niveles que son suplementarias y no excluyentes, de manera simultánea.

La Dra. Press (2012) recuerda a Diatkine: “cualquier clasificación necesita (realizar) una elección reductora de los signos considerados como pertinentes” y advierte que las clasificaciones pueden llegar a ser un instrumento de agresión “si olvidamos que esta reducción es la propia del instrumento conceptual utilizado” (pág. 119). Continúa la psicoanalista indicando que Diatkine señaló que “las entidades clínicas presentadas en cualquier clasificación no son ingenuas o ateóricas” “...enseñan y expresan una posición ideológica”. (pág 119). Más adelante la autora advierte sobre el cambio en la designación en el DSM V de los “Trastornos generalizados del desarrollo por trastornos del neurodesarrollo. Esta nueva definición lleva a pensar que la tendencia será que estos niños y sus familias vayan siendo abarcados progresivamente por la neurología y alejados del terreno de lo psi”. (pág 122)

Continúa vigente la afirmación realizada entonces (Muniz, 2011), sobre el aumento del diagnóstico de bipolaridad y déficit atencional en los niños de la actualidad, que ha puesto en alerta a los actores sanitarios tanto como a los educadores, a fin de estudiar los efectos de tal clasificación, de la medicación y de las prácticas que se han instalado en consecuencia. Algunos autores (Faraone, Barcala, Bianchi y Torricelli, 2009) señalan también, que tales clasificaciones no son ingenuas, que remiten a posicionamientos ideológicos, políticos y económicos.

Vasen (2009) expresa su postura crítica al respecto:

Los nuevos ingenieros de la neurobiología parecieron desconocer las proporciones infantiles que Durero fuera el primero en investigar. Y pusieron todo su énfasis en utilizar el traje bipolar, de talle y formas adultas, para el cuerpo infantil. Entonces comenzaron los tironeos y los remiendos. (citado por Muniz, 2011, pág. 42)

Se ha escrito mucho sobre el Déficit Atencional, sobre sus tratamientos, sobre sus causas y antecedentes familiares incluso, pero poco sobre los efectos que a nivel vincular (incluyendo la dimensión familiar y social) produce el diagnóstico y el tratamiento de los problemas atencionales y la hiperactividad.

Tal como se expresó ya (Muniz, op. citada):

Se toman las afirmaciones de la Dra. G. Untoiglich (2011), quien en su investigación trabaja sobre la dimensión histórica del Déficit Atencional, siendo

las categorías de salud y enfermedad producto de un tiempo y valores sociales. Asimismo la dimensión histórica refiere a la vincularidad intrafamiliar ya que se ha encontrado directa correlación entre modos disfuncionales de cotidianidad familiar y presencia de eventos traumáticos tanto en los niños diagnosticados con Déficit Atencional como en alguno de sus padres. Estos elementos aportan una visión que relativizaría la afirmación de un déficit enclavado exclusivamente en los circuitos neuronales ya que como muchas otras enfermedades, su expresión depende de múltiples factores interactuantes, entre los cuales no están excluidos los sociales y los familiares. La autora afirma que estos niños tienen dificultad para poner en palabras sus sentimientos, conflictos, tensiones, buscando su expresión a través de la descarga motora, siendo esto también lo que sucede a nivel familiar donde se han encontrado familias que guardan celosamente secretos innombrables, situaciones traumáticas silenciadas. Parece obvio que la conducta del niño se relacionaría directamente con estas consignas (no siempre explícitas) a nivel familiar, no siendo suficiente aún para explicar la presencia del déficit atencional. La clínica encuentra un cuerpo infantil sujetado a exigencias escolares que no siempre acompañan las necesidades actuales de los niños.

Parece relevante volver a mencionar que en la investigación realizada con niños uruguayos de la Dra. Ma. Noel Míguez (2010) se afirma que “Se exige una normalidad que no contempla la diversidad... se está vulnerando la calidad de sujeto de aquellos que marcan una diferencia (conductual)” (pág. 366-367), más adelante reflexiona sobre el cuerpo social en el cual se asientan los cuerpos subjetivos, afirmando que el cuerpo social responde a un imaginario de docilidad, siendo que los que no entran dentro de los parámetros definidos como normales: “se les quita la posibilidad de actuar autónomamente constriñendo su ser al de un deber ser homogéneo”. Si esto no sucede en forma natural o voluntariamente, corre el riesgo de ser neutralizado. Basa sus afirmaciones a partir de una casuística en Uruguay, donde los efectos de la medicación como terapéutica prínceps en estas situaciones, alarman a los promotores de salud y a muchos padres también, habiendo niños medicados que terminan durmiéndose en clase, y el efecto es el mismo que se quiere evitar: no aprender, no socializar.

En concordancia con las afirmaciones de Jorge Tizón (2008), la elección del tratamiento para afecciones de la atención, aún sigue estando ubicado en la farmacoterapia con variable inclusión de terapéuticas psicológicas, dejando de lado el enfoque familiar o la psicoterapia, como tratamiento exclusivo.

Por lo tanto en función de fundamentar la presente investigación, se afirma que obviar la importancia de los vínculos intrafamiliares y la incidencia que tienen a la hora de producir salud o enfermedad es un error grave en tanto se estaría dejando al niño en solitario, haciéndose cargo del llamado déficit o trastorno como única causa y único efecto.

Cuando este niño es señalado, sancionado, excluido en su singularidad bajo las formas del disciplinamiento medicamentoso, penitencias, desafiliación escolar, derivación a escuelas especiales, el niño queda instalado en un borde de riesgo, o sea, sin recibir el apoyo familiar, técnico y social necesario y fundamental para su desarrollo. El apoyo social tiene efecto directo sobre la salud y la vivencia de bienestar, tal es así que cuando el apoyo se expresa en función del rasgo “niño enfermo que necesita ayuda”, se le quita el reconocimiento como sujeto deseante, como identidad singular. En la clínica hay niños que se presentan como “soy un bipolar, soy un ADD”, discurso que sostiene la captura de la identidad integral del sujeto a partir de un rasgo que en este caso es patologizante, dejando una marca a modo de estigma que lo acompañará largo tiempo, al menos durante su trayectoria curricular.

Cabe preguntarse si las prácticas habituales de atención a niños que presentan dificultades en la conducta y la atención (involucrando la socialización y el aprendizaje) serían las más adecuadas para favorecer la inclusión social del niño y para favorecer el sentimiento familiar respecto al mismo.

Estas dimensiones de análisis: la familiar y la social, no pueden estar ausentes a la hora de establecer políticas sanitarias para niños con diagnósticos de fallas en la atención y el control de los impulsos. Los efectos sobre el entramado social son de una alarmante entidad cuando se conoce el porcentaje de niños medicamentados<sup>4</sup>.

---

4 Se hace la distinción entre medicalización y medicamentación, la primera refiere a incorporar el tema a las lógicas médicas y sanitarias y la segunda a la práctica de dar medicamentos.

La patologización de la niñez es un tema enraizado en lo social sobre todo, dada su afectación desde los ámbitos de inserción y desarrollo del niño (escuela y familia) y sus efectos sobre el desarrollo de los ciudadanos, entendiendo la categoría ciudadano como individuo que tiene derechos y obligaciones.

Las autoras Affonso Moysés, Collares y Untoiglich (2013) trabajan el término medicalización de la vida, en cuanto a que “cuestiones de orden colectivo, social y político se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causación, mayoritariamente, a determinaciones biológicas (aunque las mismas no hayan sido comprobadas)”. Llamam proceso de medicalización de la vida cuando problemas que están por fuera del área de la medicina están definidos en términos de patologías médicas (pág.25). La importancia de dichas afirmaciones para la presente investigación, reside en cómo este fenómeno se ha extendido en la infancia y promueven representaciones de lo normal y lo patológico que acompañan dichos procesos mediante discursos hegemónicos en nombre de la medicina y la educación.

Dichas autoras refieren que cuando problemáticas del orden social, educativo, político, económico e incluso emocional se tratan como problemas de la esfera biológica, se estaría igualando la vida humana al mundo de la naturaleza. Quedando así exentas de responsabilidad las instancias de poder donde a su entender, se generan y perpetúan las dificultades. (pág. 27)

Llegado este punto es pertinente recordar que en el ámbito del aprendizaje escolar, las llamadas “dificultades de aprendizaje” solo son válidas para el sistema aplicado, y de ninguna forma pueden universalizarse. De dicha concepción dependerá que el niño sea ubicado en una escuela llamada común o en una llamada especial, lo que no constituye un hecho inocuo. Las políticas educativas varían según los países junto a los sistemas educativos vigentes que dependerán de las políticas de gobierno, así como también los efectos de estas acciones pasan a formar parte del acervo cultural que producen los sujetos. Rothamer et al. (2005) en la investigación “Bajo riesgo de déficit atencional/hiperactividad en niños aymarás. Implicancias genéticas, antropológicas y culturales”, han confirmado que los niños estudiados presentan menos indicadores en la Escala de Conners (que puntúa ítems para el TDAH)



que los no pertenecientes a la comunidad indígena; afirmando que la hipótesis cultural y genética no se excluyen sino que son factores que interactúan promoviendo un patrón conductual que en el devenir cultural modulan el comportamiento de los integrantes de la comunidad.

Por otra parte, los países desarrollados del llamado primer mundo, en relación a las políticas de educación para niños con necesidades educativas especiales, se distribuyen en tres grupos, destacándose el primer grupo que utilizan el llamado enfoque a una banda, en el cual se “desarrollan líneas y políticas educativas de inclusión dentro de la educación ordinaria” (Agencia Europea para la Educación Especial, 2003, pág. 8) en las cuales los servicios están centrados en la escuela ordinaria brindando a los docentes las herramientas para el trabajo con todos los niños. Por supuesto que ello dependerá de cómo se clasifique la discapacidad variando entre una y diez categorías para los países europeos. El caso de Noruega se ubica dentro de los de enfoque a una banda, siendo que sólo el 5.6% de su alumnado presenta necesidades educativas especiales y además el 0.5% concurren a centros específicos para su escolarización. Es de destacar asimismo que en Holanda la cifra de niños que concurren a centros específicos ha venido descendiendo debido a cambios en la legislación por la cual dichos centros pertenecen a las escuelas ordinarias.

El enfoque clasificatorio y las acciones acorde a dichas clasificaciones dependerán de la concepción de diferencia y discapacidad prevalente. En Latinoamérica se extiende cada vez más la prestación social para la discapacidad, dentro de las cuales se incluyen las dificultades en el área del aprendizaje y los diagnósticos relativos a las conductas impulsivas. Esta categorización engrosa el número de niños con “necesidades especiales” dependiendo entonces de las clasificaciones diagnósticas que se utilicen por parte del prestador (en Uruguay, el Banco de Previsión Social).

Asimismo los llamados problemas de conducta se vincularían directamente con las estrategias y formas del estar en el aula o el espacio de aprendizaje, siendo que la mayoría de las veces se reconoce que dependen del vínculo del niño con su docente y de la tolerancia del docente para con el niño con “mala conducta”, encontrándose que un mismo niño puede ser descrito de forma

bien diversa de un curso a otro sin que medie una situación que justifique un cambio tal de comportamiento. Es la dimensión vincular la que toma protagonismo una vez más: el efecto de la relación alumno-docente en los modos de ver al niño y de sentirse mirado así como su posición en el grupo.

Canguilhem en 1943, citado por Affonso Moysés et al (2013), definió la normalidad como “aquello que es “como debe ser”. Ahora bien, cabe preguntarse quién o qué estructuras sociales tienen la potestad de declarar como se debe ser, para lo que en todo caso, deberá tenerse en cuenta las coordenadas temporo-espaciales, históricas, epocales y singulares de cada situación. Los efectos de clasificar a los individuos dentro y fuera de una definida normalidad no son inocuos, generan discursos que llevan a prácticas de exclusión de algunos que no son como se espera para determinados sistemas. Ello incluye el sistema sanitario –que define lo sano y lo enfermo- y el educativo que clasifica niños según su capacidad de adaptarse a los objetivos de las escuelas llamadas normales o especiales. El Estado, como protector, sostiene esta clasificación de los ciudadanos mediante pensiones, ayudas especiales, asignaciones transitorias o vitalicias, a fin de que puedan cumplimentar los tratamientos indicados con el objetivo de que esos niños se adapten a los sistemas educativos del país.

Silvia Bleichmar (2001) con su capacidad aguda de mirar la realidad afirma:

La esperanza de un país se mide por la propuesta que tiene para la infancia. Es a través de lo que se propone a los niños donde se ve claramente la perspectiva de futuro que un país tiene. (pág. 144)

La proliferación de diagnósticos en la infancia responde a un tipo de mirada sobre la expresión de la vida de los niños actuales y se pretende profundizar en ello a través de su problematización a lo largo del presente trabajo.

En relación al fenómeno de la patologización, Bleichmar (2001) lo vincula a la caída de los ideales respecto del conocimiento, tomado como pura mercancía para la cual los sujetos se prepararían para ser “subastados en el mercado de intercambio” (pág 145), hecho que relaciona con el fin de la infancia y que porta como consecuencia la patologización.

Los niños están parasitados por las angustias catastróficas de los padres, afirma Bleichmar, respecto al futuro, del que no escapa todo el sistema huérfano de propuestas.

Esta desestructuración en la que ha entrado la infancia, en una descomposición sintomática por una parte, que me parece altamente riesgosa, y por otra parte en la transformación de un niño en un sujeto destinado a la cadena productiva, sin posibilidad de producción en términos intelectuales. Es verdad también que los chicos están en este momento, además de en múltiples tareas, en múltiples tratamientos. ¿Por qué? Porque hay una suerte de perfeccionismo de capacidades, con lo cual tienen exceso de tratamientos de todo tipo: psicológico, fonoaudiológico, psicopedagógico. (Op. cit. pág 156)

Las exigencias del modelo capitalista para el éxito en la vida, se nutre de valores como la eficiencia y el rendimiento excelentes, para lo cual hay que prepararse y no fracasar. Hay un discurso impuesto en tal sentido desde la experiencia escolar: el horror al fracaso que lejos de ser una instancia de aprendizaje y de comprensión de los llamados errores para motivar a un nuevo desafío, se evita a toda costa el llamado fracaso escolar proveyendo de soportes extraescolares a fin de llegar a la meta objetivo.

### **1.3 Los procesos de medicalización y patologización de la vida cotidiana**

En este punto vale la pena detenerse a fin de visualizar que este fenómeno llamado medicalización no es novedoso.

Illich en 1975 en su trabajo "Némesis médica. La expropiación de la salud" ya planteaba en su Introducción que el concepto de medicalización de la vida está relacionado con el hecho de que la medicina podría ser "un objeto primordial para una acción política que intenta provocar una inversión de la sociedad industrial" (pág. 9). Refiere a un cambio preanunciado en 1975 (hace más de 40 años) por el cual:

La gente se ha enterado de que la salud depende del ambiente, de la alimentación y de las condiciones de trabajo y que estos factores con el desarrollo económico, fácilmente se convierten en peligros para la salud, especialmente la de los pobres. (pág 36)

Advierte asimismo sobre la ilusión de que la salud mejorará cuanto más se gaste en servicios médicos. Cabe mencionar aquí, luego se desarrollará más adelante en profundidad, que el cambio de modelo en Uruguay denominado Sistema Nacional Integrado de Salud ha dado la oportunidad de elegir a los usuarios entre dependencias públicas y privadas para la atención sanitaria, produciéndose corrimientos desde los hospitales a las mutualistas privadas en busca de mejores soluciones, cuando los equipos más completos de salud mental se encuentran en la órbita pública de forma territorializada, cosa que no se da en el nivel privado. Quizás esto responda al imaginario de que lo privado es mejor.

Illich sostiene que “el exceso de medicalización cambia la capacidad de adaptarse en una disciplina pasiva de consumidores médicos” (pág. 47). Afirma en torno a ello que la dependencia de la intervención médica empobrece los aspectos no médicos que habitan los espacios social y físico debilitando la capacidad biopsicosocial para afrontar problemas. La vigencia de estas afirmaciones puede encontrarse en la proliferación de derivaciones ante lo que se considera un fracaso en el proceso de aprendizaje de los niños cuando no se obtienen logros en el tiempo esperado. El docente espera las recomendaciones de los técnicos, espera para tomar las decisiones, no puede resolver solo acorde a su formación y disciplina. Resulta interesante observar las afirmaciones de Illich quien ya declaraba que el médico podría sentirse inútil al saber que la gente usará cada vez más el mismo tipo de medicamento sin la aprobación del profesional. (pág 50). En el siglo XXI las posibilidades de saber y conocer “todo” mediante la web juegan un papel trascendental a la hora de generar opinión sobre los tratamientos y la medicación, que muchas veces anteceden la consulta.

Analizando datos de la época, el autor declara: “La toxicomanía medicalizada superó a toda las formas de consumo de drogas por opción propia”. (pág. 52)

Illich continúa y advierte sobre la clasificación iatrogénica de las edades del hombre:

Esta clasificación llega a formar parte de una cultura cuando la gente acepta como verdad trivial que las personas necesitan atenciones médicas sistemáticas por el simple hecho de que van a nacer, están recién nacidas, en la infancia, en su climaterio o en edad avanzada...la vida se convierte de una sucesión de diferentes etapas de salud en una serie de períodos...requiere distintos tratamientos... En cada lugar la gente tiene que seguir una rutina médica especial....El médico comienza a apoderarse de la vida con el examen prenatal mensual....termina con su decisión de suspender las actividades de resurrección” (págs. 53 y 54).

Si bien estas afirmaciones fueron hechas apenas pasada la primera mitad del siglo pasado, se está muy lejos de prever el fin de tales males provocados por una medicina cada vez más metida en la vida de las personas, sino que por el contrario, el avance de la ciencia ha permitido responder cada vez más finamente a las exigencias de los individuos con estudios, diagnósticos y tratamientos más sofisticados. En tal sentido, el logro del hijo deseado, o del embarazo buscado a través de técnicas de reproducción asistida; la obtención del sexo anhelado mediante la cirugía de reasignación de sexo y la ilusión de la juventud permanente mediante sustancias e intervenciones estéticas se han instalado para evitar frustraciones narcisistas. Resulta penoso encontrar aun así, vidas en las que a pesar de estos esfuerzos y estrategias, no se logra la completud deseada ni la felicidad anhelada. Son ejemplos de soluciones biológicas para sufrimientos subjetivos y existenciales. El autor advertía también sobre la moda de consultas en “clínicas para niños sanos, exámenes escolares y en campamentos y sistemas médicos previamente pagados para proporcionar tanto diagnósticos precoces como tratamientos preventivos”. (pág 59) instalados ya como estrategias sanitarias en la segunda mitad del siglo XX y que aún hoy siguen vigentes.

Otro referente en el tema es Foucault (1977) quien investiga e historiza sobre la medicalización afirmando:

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica. (Pág. 5)

Asimismo, el tratamiento de las llamadas dificultades de aprendizaje y de la hiperactividad en niños, no siempre resulta satisfactorio cuando sólo se abordan desde el punto de vista biológico descuidando la dimensión subjetiva del sufrimiento infantil y familiar. Múltiples y contradictorios discursos sobre la repetición en los primeros años de la vida escolar indican que no hay estrategias únicas para el tratamiento de los llamados problemas del aprendizaje, así como la presencia de equipos multidisciplinarios en las escuelas o fuera de ellas, que enfocan su trabajo en los alumnos y no en los docentes ni el sistema.

A partir de su tesis doctoral (UBA, 2010) la Dra. Ma Noel Miguez (2012) afirma en relación al tema de la patologización de la infancia en Uruguay:

Se entiende que este tema hace a una de las aristas contemporáneas de un proceso de medicalización de larga duración, caracterizado y contextualizado por un Estado paternalista de promoción del orden y prevención de “problemáticas sociales” mediante políticas de salud. Este proceso de medicalización fue construyendo una sociedad que en la interiorización de lo externo asume como propias las necesidades de medicamentos para la solución de sus males (individuales y colectivos). El punto en cuestión es que quien no se adapte a la norma (desde el “nosotros”) se lo concibe como diferente, lo que remite a un “otros” como figura de la alteridad. Esto conlleva procesos de exclusión que con el discurso de la inclusión llegan al camino opuesto: cada vez son más los excluidos por no adaptarse a las pautas y valores que hacen a una “normalidad” impuesta desde lo hegemónico. ..se implican distintas formas en las cuales se materializa una violencia fáctica en los cuerpos infantiles y una violencia simbólica desde las acciones adultas. (Pág. 4)

Más adelante y de valor referencial por las características de la investigación realizada por la Dra. Miguez, para la presente investigación, se comparte su opinión respecto a:

...la medicación con psicofármacos en la niñez uruguaya hoy día resulta una manifestación del modelo disciplinario de la modernidad contemporánea. En este sentido, medicar cuerpos infantiles con psicofármacos, dejándolos inertes y sin sensaciones y expresiones, lejos está de promesas emancipadoras, sino más bien estaría remitiendo a una racionalidad instrumental moderna de sujeción de los sujetos por los sujetos mismos, a través de dispositivos cada vez más mediados por el saber/poder unidireccionalizado (proceso de medicalización) bajo la falacia del “bien colectivo”. (Pág. 6)

Para comprender mejor los procesos históricos en Uruguay respecto al lugar de la medicina, es imprescindible citar a José Pedro Barrán en tanto historiador referente en su “Historia de la sensibilidad en el Uruguay” (2011) en la que estudia las expresiones de la “cultura bárbara” comprendida en el período 1800-1860, y las del “disciplinamiento” comprendido entre 1860-1920.

José Pedro Varela, el reformador de nuestra enseñanza primaria entre 1876 y 1879, sostenía que el niño era bueno por naturaleza, lo que no le impedirá procurar que se sienta culpable por sus instintos, por cierto...Los maestros, curas y padres de la primera mitad del siglo XIX, pensaban de muy otro modo... (pág. 75)

La escuela “bárbara” es el mejor ejemplo de lo que habíamos dicho... que la elección del castigo del cuerpo como método fundamental para ejercer poder en la época “bárbara” impregnó incluso el otro camino que también se transitó, el de la represión del alma...La violencia física del maestro, clave del sistema pedagógico “bárbaro”, no se agotaba en el castigo del cuerpo del niño, se ejercía también sobre el alma. Por eso era que el método elegido para dominar la inteligencia del educando era apresarla: el estudio se hacía en base a ejercicios memorísticos....”La letra con sangre entra” (pág. 75)

Barrán describe que las formas de aterrorizar el alma incluían la prisión o amenazas sobre el cuerpo, encerrando a niños “desobedientes”: “Esta escuela era vivida por los niños como una “prisión” y el maestro considerado un “verdugo”. (pág. 76)

Estos métodos de control de los cuerpos no eran exclusivos para los niños sino para toda forma de vagancia controlada por las fuerzas policíacas a partir de decretos gubernamentales. “La sensibilidad “bárbara” también admitía que la violencia física y el aprisionamiento del cuerpo dominaran la relación entre los “dueños de la salud”-médicos, enfermeros, hermanas de la caridad- y los enfermos”. (Pág. 78)

Más adelante el autor, al referirse al disciplinamiento, caracteriza la sensibilidad civilizada como la época de la vergüenza, la culpa y la disciplina, surgiendo el rechazo a la violencia fáctica imponiéndose la prohibición de castigos físicos a los niños a través de un Reglamento firmado por el propio J.P. Varela en 1877, si bien se aplicaría recién en 1907 cuando se sanciona la ley de abolición de la pena de muerte. Es altamente significativa la asociación de ambas prohibiciones, marcando un control también sobre la apropiación de los cuerpos, esta vez más regulada: niños y delincuentes bajo el cuidado del Estado de los excesos permitidos hasta el momento. Resulta interesante ver esto a la luz de cómo el Estado Uruguayo ha tomado parte sobre el tema del uso abusivo de la medicación, que se desarrollará en los próximos párrafos.

En relación a la salud, Barrán afirma que:

...la “higiene” y la “limpieza”, dos caras del mismo hecho cultural, la conservación de la “salud” del cuerpo,...integran el código de la moral predicada por médicos, maestros y aún curas. Y ello fue así porque la enfermedad y la suciedad se incluyeron en la esfera del “mal”. (pág 246)

Barrán continúa afirmando que la salud se equiparó con el poder sobre el cuerpo, el mismo era concebido al servicio de una vida de trabajo, asociando el mal a la debilidad física:

...campo propicio para la enfermedad, definida como un “empobrecimiento” de la sangre y los órganos más que como un



funcionamiento atípico. Esta ética no juzgaba al cuerpo desde el cuerpo sino desde afuera, como lo que se podía lograr de él para fines que no eran estrictamente los de su gozo. (pág. 249)

Surge entonces como ya se describió a partir de los textos de Illich, que la protección de los cuerpos incluía la del cuerpo ajeno además del propio porque “El cuerpo de todos merecía cuidados porque la salud había demostrado su condición social. Todos los cuerpos eran interdependientes...quedaban todavía enfermedades que transgredían las barreras de clase...” (pág. 250)

Se proclamaba el nexo entre la salud, la limpieza, el orden y la moral en la voz de maestros, médicos y religiosos. La limpieza era ícono del orden y la cultura mientras que el desaliño podía llegar a constituirse un delito. (pág. 251)

La limpieza era la traducción burguesa y popular de la asepsia médica y ésta, la medicalización del afán burgués de dominar las pulsiones. La esencia de la “limpieza” y el “orden”. De la “prolijidad” en una palabra, era el disciplinamiento del cuerpo....Los microbios eran la forma decimonónica de la impureza...” (pág. 252)

En la postmodernidad o hipermodernidad para otros, Szasz, citado por Moysés et al (2013) afirma que la medicalización no puede ser considerada como medicina ni como ciencia, llamándola una “estrategia semántica y social que beneficia a pocas personas y daña a muchas otras”. Las autoras citan las consecuencias descritas por Conrad de los procesos de medicalización a saber: la expansión de la medicina fomentada por la industria farmacéutica; el uso de variadas tecnologías para tratamientos de lo llamado anormal que “contribuyen al sostenimiento del status quo, con efectos en los sujetos (sobre todo en los niños) que en ocasiones resultan irreversibles”; la deformación de la realidad y la promoción del control social en nombre de la salud. (págs. 28 y 29)

Los llamados procesos de patologización de la vida cotidiana se sustentan en argumentos que sostienen una causa unívoca y determinista de los fenómenos considerándolos complicados y no complejos. Se sostiene además un concepto de normalidad hegemónico construyendo trastornos sobre todo lo que escapa a dicho paradigma, orientado al déficit, por lo cual hay que igualar

hasta la cota previsiblemente normal. Abundan las clasificaciones como forma de capturar en un supuesto sentido lo que le ocurre, desterrando el necesario análisis sobre la subjetividad implicada. Esta categorización subsume la identidad del sujeto obturando procesos de identificación singulares que obvian el rasgo para ver más allá de la dificultad. Estos procesos inciden sobre el entorno inmediato del sujeto produciendo un sufrimiento similar.

Moysés et al (2013) afirman que esto no sólo es producido por el discurso médico sino también por el psicológico, incluso cierto psicoanálisis y por la institución escolar, invisibilizándose la trama socio-política detrás. El fracaso de un niño estaría así determinado por sus condiciones neurobiológicas, dejándolo en la más absoluta soledad para comprender y cambiar las condiciones de su subjetividad de aprendiz. Esta concepción tiene efectos sobre las estrategias de intervención, las que mayoritariamente están centradas en el niño, requiriendo de la colaboración de la familia para sostener el tratamiento farmacológico. Esto funciona como un imán en todos los niveles discursivos, de manera tal que el niño es señalado (estigmatizado) desde el ámbito escolar, el club deportivo, el campamento, la familia y el médico.

Las dificultades en la función atencional y en la esfera comportamental han sido estudiadas y definidas hace más de un siglo, remontándose al año 1902 la primera referencia de Still (citado por Carboni, 2011) como a un defecto del niño para controlar la conducta.

Más adelante en la historia de la medicina, en 1917 se asoció esta modalidad patológica a las conductas que aparecían luego de episodios de encefalitis epidémica, a causa de alteraciones del sistema nervioso central. En 1938, Blau lo vinculó a la conducta de niños que padecían lesiones cefálicas con daño frontal y que por falta de pruebas para localizar una lesión específica, se utilizó el nombre de Disfunción Cerebral Mínima que acompañó el diagnóstico psicológico de cuadros inespecíficos durante varias décadas ante algunos signos en el test de Bender.

En 1963 dio paso a la denominación de reacción hiperquinética para llegar recién en 1980 a la denominación de Trastorno de Déficit Atencional con la llegada del manual de psiquiatría DSM III. En su versión revisada de 1987 los

síntomas de desatención, inquietud e impulsividad llevaron a acuñar la clasificación de Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad. (Carboni, 2011, pág. 97)

La prevalencia de dichas dificultades va a variar de acuerdo a los criterios clasificatorios que figuren en los manuales utilizados, según momentos, países, ideologías y posiciones políticas imperantes.

#### **1.4 Las instituciones escolar y familiar**

Cuando de infancia se trata, no puede soslayarse el análisis de las instituciones que tienen como misión la crianza y educación del niño. Asimismo y dada la presencia de la medicina en la vida cotidiana, estas instituciones se presentan al análisis, atravesadas por discursos sobre la salud y la enfermedad que provienen de ámbitos médicos y psicológicos.

Para pensar en la institución escolar, el Psicoanálisis ha dialogado con la Historia a través de los planteos de Ignacio Lewkowicz (2004) quien afirma que las instituciones se sostienen en una serie de supuestos, siendo para el caso de la escuela, el supuesto de que el niño llega en buenas condiciones de alimentación así como la universidad supone que el estudiante llega en condiciones de leer y escribir. “En definitiva, las instituciones necesitan suponer marcas previas” (pág. 106). Esas condiciones que necesita la escuela para cumplir con su cometido, deberían provenir de los hogares y al menos, ser garantizados por un Estado. Sucede entonces, continúa el historiador, que el sujeto que llega no es el que se espera, habido un tiempo en que la distancia entre lo supuesto y lo presente era tolerable, parece que ya no es tan transitable esa distancia. El sujeto aprendiente que la institución escolar espera, en muchos casos, no se produce en el seno de la familia y de la sociedad misma: “Lo que la institución no puede, el agente institucional lo inventa, lo agrega” continúa Lewkowicz, “quedando así los agentes afectados y obligados a crear operaciones que hagan posible habitar las “situaciones institucionales”, de lo contrario serán “inhabitables”. (ibidem)

Dichas afirmaciones ayudan a entender lo que ocurre diariamente en las escuelas, que por su fracaso llegan a la consulta psicológica. La maestra-como

agente de la institución- ya no puede cumplir con su cometido, el niño no responde a los esfuerzos, hay un obstáculo que impide el desarrollo del vínculo docente-aprendiente. Todos sufren junto al niño: su familia, el docente, la institución y los técnicos de la salud. Cabe preguntarse entonces cuál es la infancia que llega a la institución escolar, intentando responder a través de palabras de Lewkowicz:

La infancia como institución....como representación, como saber, como suposición, como teoría, es producto de dos instituciones modernas y estatales destinadas a producir ciudadanos en tanto que sujetos de la conciencia: la escuela y la familia... que, al forjar la conciencia, generan el inconsciente a la sombra de ese proceso; pero no es ése el proyecto. El proyecto es generar un sujeto consciente (op. cit. pág. 109).

Agrega más adelante:

Pero la transformación contemporánea transforma a ese hombre del mañana en un consumidor del hoy-o un expulsado del consumo del hoy....Estos son puro presente para el mercado: son puro presente de consumo o puro presente de exclusión, pero no son proyecto de ciudadanos. (pág. 110)

...La subjetividad neoliberal no se asienta sobre lo sólido del territorio sino sobre la fluidez de los capitales....En un medio fluido, cualquier conexión tiene que ser muy cuidada, no se sostiene en instituciones sino en operaciones, no tiene garantías; más bien exige un trabajo permanente de cuidado de los vínculos. (pág. 111)

El concepto de caída de las instituciones propuesto en este texto de Lewkowicz y Corea (2004) refiere a que la capacidad instituyente de las instituciones se ha desfundado (el Estado, la Escuela, la Familia), en la que se encuentra una dispersión de situaciones que obliga a generar nuevos pensamientos para su abordaje, siendo que en estado de fluidez al decir de Baumann, la contingencia es permanente como opuesta a la solidez de la estructura. De esta forma, las constelaciones (vinculares) que se arman, son difusas y es el niño quien elige, como por ejemplo en las familias ensambladas

o reconstituidas, es el niño quien muchas veces decide que quiere cambiar su apellido por el del padre del hermano para sentirse parte de la familia, o decide tomar como fraterno al hijo del esposo de la madre, etc. Los vínculos se sostienen en las prácticas en sí y ya no en sistemas (de parentesco) estructurales, sólidos.

Destituida la infancia, las situaciones infantiles se arman entre dos que se piensan, se eligen, se cuidan y se sostienen mutuamente. Ya no se trata de fragilidad por un lado y solidez por otro; somos frágiles por ambos lados. (Lewkowicz, 2004, pág. 114)

La Escuela actualmente ha tomado para sí la función de garantizar la alimentación de los niños que corren el riesgo de no poder desarrollarse acorde a lo que la sociedad espera y a los cánones de salud infantil. A su vez, en las escuelas es donde hacen implosión situaciones de violencia, tanto doméstica como social, apelando a la necesidad de dar respuesta, esto significa ser responsables, mediante una serie de procedimientos llamados mapas de ruta.

Siguiendo a Silvia Bleichmar (2001) cuando afirma que el proyecto y la esperanza de un país se ve en los proyectos para la infancia a través de su perspectiva de futuro:

En el marco de la deconstrucción de la subjetividad y de los sujetos sociales, tal como lo estamos viendo en esta etapa histórica es inevitable que los niños sean arrasados por las mismas condiciones. Hay un hecho que abarca al conjunto de la sociedad...que tiene que ver con la patologización de la sociedad civil. La patologización de la sociedad civil, en este momento, es tal vez uno de los riesgos más graves que estamos enfrentando; si alguien se queda sin trabajo, se lo considera un depresivo, si un niño no puede aguantar ocho o diez horas de clase más tareas extraescolares, más clases el fin de semana, se lo considera un hiperkinético. (págs. 144-145)

En relación a la Familia, en textos previos (Muniz, 2015), se afirmó en relación a las modalidades de ser y estar en familia:

La vida cotidiana actual presenta una singularidad marcada por la

superficialidad del contacto mediatizado por las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) que ofrecen la ilusión de estar en permanente conexión con alguien. Esto ha facilitado el pasaje de la vida privada (incluso íntima) al espacio público, escenificando para otros la propia vida como en un permanente reality show.

Se rinde culto a la eficiencia, al éxito, a la belleza y a la juventud desmintiendo el paso del tiempo, el necesario fracaso para aprender, así como el valor de la experiencia como acumulado de la vida.

Adultos exigidos, adolescentes desorientados y niños trastornados pueblan los consultorios de especialistas del ámbito de la Medicina, la Psicología, la Psicopedagogía y otros que ofrecen algún tipo de medicina, técnica o sanación para los males de la época.

El adulto teme quedar por fuera del sistema (económico, claro está), volver a caerse como en épocas de crisis recientes, ante lo cual se aferra a las normas que son pautadas por la libre competencia y las leyes del mercado. Ingieren drogas para rendir más e ingieren drogas para parar y poder descansar. Los adolescentes han perdido las esperanzas en un mundo que se ofrece como poco atractivo y reniegan de los modelos que ofrecen los adultos ya que no han perdido la capacidad de ver el sufrimiento que la vida imprime día a día a los adultos de referencia. (págs. 20-21)

Más adelante y en relación con el rol social para la familia se afirmó:

La vida se ha prolongado en unos cuantos años, lo que ha llevado también a extender la adolescencia hasta más allá de los treinta. Paradójicamente, las nuevas leyes laborales del mercado amenazan a quienes promedian los cincuenta años con un retiro en nombre de la flexibilización creando contradicciones que la mente no puede asimilar: ser joven pero obsoleto a la vez. Las empresas han pasado del despido de sus empleados veteranos a buscar gerentes jóvenes para volver a las gerencias de cabello blanco, creando condiciones tan cambiantes según el discurso de moda, que desestabiliza cualquier plan de jefe de familia.

Al decir de Marc Augé (2014): ¿El miedo a la vida habría remplazado hoy al miedo a la muerte? Bajo estos parámetros se generan padres y

madres que imprimen a las funciones parentales un discurso que no siempre pone a salvo a niños y niñas. Los más pequeños también han devenido consumidores, no sólo de juguetes (que se asimila a lo más específico de la infancia), sino de ropa (haciendo hincapié en cada edad y cada sexo), de alimentos para crecer más lindos, inteligentes y saludables, y también de medicinas para controlar aquello que se desborda de las regulaciones. Se abre así una pregunta: ¿los niños son diferentes ahora porque los padres han fallado o estas condiciones de subjetivación producen niños diferentes?

Posiblemente ni una cosa ni la otra, sino que padres e hijos se han producido en torno a condiciones diversas que presionan por ajustarse a lo establecido considerando como falla (déficit) todo lo que se aparte de ese esperable. Se crean necesidades que se confunden con el deseo, que no van a poder satisfacerse nunca porque siempre asoma una nueva propuesta a la que aspirar. Se confunde el ser con el tener, se accede más a obtener cosas pero para ello hay que trabajar más y por ende apartarse más en busca de una mayor producción. (págs. 21-22).

Analizando las condiciones actuales de la familia se afirmaba (Muniz, 2015) desde la experiencia clínica:

...se observa un vacío en las funciones de sostén y de corte que tan necesarias son para la constitución del psiquismo del hijo. Padre y madre se sienten vulnerados por exigencias del mercado, en busca de espacios de gratificación personales o profesionales que no siempre llegan en tiempos de crianza de los hijos. Los vínculos se tornan más frágiles, se disuelven las uniones de alianza e incluso se observan los efectos de las migraciones económicas provocando distancias entre madre o padre con sus hijos. Padres temerosos de no poder, caídas en la depresión que reubica a los niños en el lugar del cuidado y sostén del adulto. Los lugares se intercambian, las diferencias generacionales se borran, se precipitan los procesos de constitución subjetiva. Los niños suelen acallar su sufrimiento en cuanto perciben la imposibilidad de los adultos para contener su dolor, su temor, por lo que los transforman en acción produciendo así alteraciones en las

conductas o somatizando. Simultáneamente, asoman experiencias que pujan por sostener los cambios desde nuevos paradigmas educativos y sanitarios, sostenidos por padres y madres jóvenes que buscan asumir y compartir las funciones de corte y sostén.

Se producen familias de las más diversas formas: monoparentales, reconstituidas, ensambladas, homoparentales, con la misma aspiración de crianza que la familia tradicional. Se discute actualmente a propósito de las nuevas regulaciones matrimoniales acerca de las consecuencias en el desarrollo que podrían tener los hijos criados por familias constituidas por personas del mismo sexo. Parece un exceso nominar a la familia con un calificativo que la recorta y señala, ya que lo esencial es que las funciones de sostén y de corte estén garantizadas por los adultos a cargo más allá de las uniones e identidad de los individuos que la componen.

El lugar de hijo deberá estar garantizado por las funciones que padres y madres ejerzan según la singularidad de cada grupo. Ello implica ser investido con sentidos, expectativas, mandatos y discursos íntimamente ligados al contrato narcisista entre el grupo que lo recibe y el nuevo integrante. Luego habrá de realizar un arduo trabajo para tomar este legado a la vez que escribir una historia propia a su manera. El niño recibe un nombre, nominación que lo marca distinguiéndolo o asimilándolo a un fantasma transgeneracional, que deberá portar en forma original para desmarcarse de lo previo sin dejar de pertenecer a esa familia. Estos avatares no se recorren sin un monto de sufrimiento, inestabilidad, temores y frustraciones propias de la vida en común. Hay niños que son traídos a la consulta porque quieren cambiar el apellido de su padre a quien no conocen por el de su padrastro, padre del hermano, a quien reconocen en la función paterna. O sea que son niños que adoptan, por así decirlo, al padre que invisten en la función, despojándose de una nominación que no quieren continuar soportando, haciendo coincidir además lo fraterno reconociéndose en su hermano como pertenecientes al mismo origen. Actualmente, las parejas podrán elegir qué apellido va en primer lugar, si el de la madre o el padre, operación que mueve los instituidos que



hasta el momento ordenaban la identidad de los ciudadanos, dejando en evidencia muchas veces los avatares del origen de ese sujeto.

Estas familias participan de otras instituciones a las que aportan y de las que reciben mensajes en forma permanente. La salud y sus discursos aparecen como coprotagonistas ineludibles en la vida de los niños ocupando espacios cada vez más amplios sustentados por políticas sanitarias que, mientras tienden a la universalización e integralidad de las acciones, conviven con prácticas estigmatizantes. Es decir, que mientras se trabaja fuertemente en la prevención de males endémicos y cronificación de consecuencias negativas para la salud de los más jóvenes, abundan prácticas de diagnóstico y estigmatización en lo que a la salud mental se refiere. Se habla de ventanas de oportunidad para el desarrollo del niño, no sólo accesibles en la primera infancia, sino también en la etapa escolar, a la vez que se diagnostican “trastornos” cada vez a más temprana edad; diagnósticos que los dejan instalados en el lugar de la enfermedad. Se impone el Paradigma del Déficit, al decir de González Castanón (2001), en tanto déficit implica una descripción cuantitativa de un objeto comparado con un modelo previo. Ello implica que la reposición y restitución de lo que falta son las estrategias elegidas para igualar, normatizar a ese sujeto en déficit. Si se piensa en clave de diferencias, las acciones irán en sentido de la inclusión de lo diverso, tolerancia a lo singular, respeto por las individualidades, generando así estrategias y políticas de subjetivación bien diferentes. Lo que no se ajusta ya no habrá que normatizarlo, sino que comprenderlo en un contexto complejo.

Las instituciones educativas no han quedado por fuera de la afectación producida por los cambios epocales. Han pasado a ocuparse de cuestiones para las que no fueron pensadas a partir de la caída de las funciones que tradicionalmente detentaban las familias. Los docentes sufren porque no están preparados para trabajar con niños diferentes, las escuelas no siempre tienen éxito en la búsqueda de soluciones dentro de la misma institución, las familias quedan en soledad frente a la exclusión del niño problemático. Se genera una

práctica nueva que es la de recortar el horario del niño en la escuela cuando su permanencia provoca desestabilización en el grupo y/o en la función docente. A su vez, aparecen reacciones desmedidas frente a acciones de los maestros por parte de padres o madres. Se desplaza la violencia social a la escuela y al aula. (Op. citada págs. 23-24)

En relación a la escuela, resulta interesante conocer la opinión de jóvenes maestros Hernández y Oliver (2015) que han elegido trabajar en contextos de situación vulnerada<sup>5</sup>, dando cuenta así del sufrimiento al que el maestro y la escuela están sometidos bajo las condiciones mencionadas:

Frecuentemente el docente se encuentra increpado por no tener “ningún trabajo escrito en el cuaderno” y la asociación inmediata de “hoy no trabajaron” propuesta por la familia, pero también permeado en el discurso de los alumnos.

Esto, a priori, demuestra que también hay expectativas acerca de la actividad escolar. Es decir, expectativas de logro y desempeño y además expectativas acerca de cómo se llega a estos fines. (pág. 134)

Más adelante sostienen que:

...los niños no son iguales, resulta evidente que no van a alcanzar los mismos niveles, al menos no del mismo modo. Pero aunque esto resulte claro pocas veces hay instancias para reflexionar al respecto de las individualidades y de cómo esas individualidades construyen el colectivo, de cómo se presentan las propuestas ante estos grupos con tanta diversidad.

En este ir y venir cotidiano algunos niños se amoldan, otros simplemente están en las aulas sin saber demasiado qué sucede con ellos y otros, que a nivel familiar toman la propuesta escolar como regla, no tienen mayores dificultades para incorporarse a ella. Pero resulta que hay niños que no logran adaptarse a las propuestas, normas, y por tanto a las expectativas escolares.

---

5 Se opta por nominar situación vulnerada y no vulnerable en el entendido de que las condiciones de vulneración son externas: económicas, sociales y no intrínsecas a los sujetos vulnerados.

Asimismo, destacan que la introducción del discurso médico-psicológico en el ámbito escolar describe el comportamiento de niños, que carece de sentido para quienes no tienen esa formación, pero que: “Estos términos son empleados por técnicos de la educación y, cada vez con más frecuencia, por las familias” sin tener claro a qué se refieren. Señalan que dichos términos “operan” sobre un niño-sujeto aprendiente- que busca “elaborar sus primeras herramientas en el mundo, que se construye frente a adultos referentes que le devuelven etiquetas sobre su conducta” (pág. 137).

Hernández y Oliver advierten sobre estas clasificaciones porque pasarían a determinar hasta dónde esos niños podrán avanzar en la construcción de las ideas.

Y por otro lado (lo que) trae aparejado: malas interpretaciones, significaciones atribuidas de acuerdo a lo que cada uno reconoce de la expresión. Expresado de modo exagerado (esperando que sea exagerado y no una realidad) sería: si se mueve mucho es porque es hiperactivo; si presenta crisis en las que rompe, tira, lastima y no se puede calmar es porque es psicótico; si no habla con nadie más que con el docente es porque tiene mutismo selectivo; y así surgen infinitos ejemplos. Reconociéndolo diferente al resto, por no poder lograr las demandas o expectativas escolares, el niño comienza a ser observado por sus carencias. Se trata de un camino de ida ya que se identifica la conducta que resalta e inmediatamente se lo nombra a partir de un trastorno, conocido por todos, preocupante para todos, problemático en muchos de los casos...(ibídem)

Realizada la consulta con expertos, los maestros se encuentran con un niño que cambia totalmente su comportamiento luego de ser medicado por la inquietud y las fallas en el aprendizaje, continúan, y denuncian: “Se observan varias conductas repetidas en estos casos: niños adormecidos, niños que siquiera se comunican con sus pares, niños que no sostienen comprensivamente un diálogo...mediando las expectativas de logro por la “tolerancia” concedida a partir del reconocimiento de un déficit” (págs. 138-139).

Los autores se preguntan qué cambia ante el llamado “nuevo niño”, los docentes continúan sin respuestas pedagógicas ni recomendaciones ni asesoramiento, “pero el niño más tranquilo parece amoldarse a los ritmos de la Escuela” (Op. citada).

Con pensamiento crítico estos maestros se preguntan entonces cómo tomar el diagnóstico, si como predestinación de la imposibilidad de aprender o como oportunidad, lugar de posibilidad. Interesante planteo para la Psicología Clínica ya que muchas veces se corre el riesgo de tomar el diagnóstico psicológico como un fin en sí mismo y no como punto de partida, como acción preventiva.

Resulta interesante esta línea de pensamiento de Hernández y Oliver por la cual se preguntan qué lugar tiene la derivación (del maestro al médico o psicólogo) en cuanto derivar implicaría

...la anulación de la creencia en las prácticas y la creación pedagógica. Si consideramos radicalmente que ese sujeto tiene la posibilidad de aprender, recae sobre los educadores la responsabilidad de buscar la manera de enseñar, de asumir junto a él la búsqueda por completarse, por superar su propio diagnóstico (entendido generalmente como destino negativo). (op.citada pág. 143)

Continúan en su reflexión profundamente ética,

Nos permitimos decir, que es justamente éste el punto en el cual podemos hablar de una práctica emancipadora: cuando el sujeto reniega de su lugar adjudicado, negándose a sí mismo en parte, para poder asumir lo que desde ese lugar le era negado. Cuando vemos que gracias a alguna de las estrategias adoptadas uno de estos niños aprende, estudia, se encuentra con otros; se está apropiando de algo que socialmente le era negado en su condición de “niño con déficit”. (pág. 144)

Diversas son las razones por las que los docentes no siempre pueden rescatar en su rol la mirada singular, la estrategia a medida, la apuesta a lo posible. Excede a este trabajo analizar el variopinto paisaje de factores coadyuvantes pero sí el proponer una mirada compleja sobre el tema.

## 2- Desatención e hiperactividad

El diagnóstico en la infancia por dificultades en la atención y en la conducta con especial énfasis en la hiperactividad, se han transformado en uno de los problemas de salud mental más preocupantes que inciden en la vida académica, familiar y social de los niños. Gaillard, Quartier y Besozzi de la Universidad de Laussana (Suiza, 2004) refieren que la aceptación de la hiperactividad no es un invento neuropsicológico ni psiquiátrico, remitiendo a los años noventa la aparición de quejas referida a esta sintomatología en la clínica. (pág. 16). Asimismo afirman que la hiperactividad se vincula enmascarando alteraciones del desarrollo y del funcionamiento intelectual más profundas abarcando asimismo las áreas emocional, social y vincular. Proponen una dura crítica respecto al rápido diagnóstico por parte de los profesionales, utilizando un tratamiento farmacológico evitando la necesidad de recurrir a otro tipo de exámenes o terapéuticas más adecuados para dichos casos.

Definen hiperkinesia como un comportamiento motor siendo la manifestación exterior de un síndrome psicológico caracterizado por problemas de atención y excitación de ideas. Denominan como “epidemia” al TDAH instalando la cuestión sobre si es “una entidad patológica individual o si forma parte de un trastorno del desarrollo social y emocional más amplio” (pág. 17). Se hace acuerdo con el cuestionamiento sobre la dependencia del diagnóstico con la imagen deseada del niño y del “umbral de tolerancia respecto a la desviación comportamental que aceptan educadores, padres y maestros”, tal como fue expuesto anteriormente. (Op. citada).

Resulta particularmente interesante que como neuropsicólogos, estos autores refieran que la hipótesis sobre el origen del TDAH en la disfunción de las conexiones fronto-estriadas sea utilizada como justificativo para el uso de la Ritalina (metilfenidato), sin tomar en cuenta la función de la corteza como órgano reflejo del lóbulo frontal en tanto también funciona como el centro de control del comportamiento social encargada de las respuestas al medio ambiente. (págs. 17-18). En tal contexto, afirman que desde su experiencia, dicho síndrome no es una enfermedad en sí misma. “Respecto de la difusión masiva creemos que los especialistas, la industria farmacéutica, los educadores (padres y maestros) y todos los medios de comunicación comparten la

responsabilidad de esa “epidemia” que rodea a la nueva entidad patológica”. (pág. 18)

Para la investigación que se propuso esta tesis, los datos arrojados por los investigadores suizos, resultan relevantes en tanto son únicos en cuanto al tipo de preguntas realizadas tanto a los niños como a sus padres y docentes, los que se pretenden analizar a la luz de las representaciones de todas las variables en juego en niños diagnosticados por hiperactividad y dificultades en la atención.

La investigación llevada a cabo con doscientos niños consultantes que fueron reevaluados, en cuanto a las expectativas de los padres reveló que el 37% de éstos, esperaban un diagnóstico más certero o bien una solución para el problema educativo que presentaban. Nótese la importancia que se le adjudica a las dificultades como aprendientes que presentan estos niños. Un 40% de los niños y adolescentes estudiados presentó fracaso escolar y un 37% problemas a nivel de las habilidades sociales. Consultados por Gaillard et al (2004) respecto a la idea de la hiperactividad, un tercio de los padres hicieron su propio diagnóstico informados por los medios de comunicación habiendo llegado a describir varios tipos de problemas discriminados. (pág. 18). La mitad de los docentes consultados y los dos tercios de los padres refirieron cambios positivos respecto al uso del metilfenidato en los niños.

Otros autores han descripto también los vínculos parento-filiales para estos niños, la Ps. Rodríguez Fabra (2014) en su tesis<sup>6</sup> “Aportes al conocimiento sobre el vínculo madre-hijo en dos casos de niños que presentan dificultades atencionales”, concluye que la función atencional “requiere de la presencia de un otro significativo e involucrado”, a fin de ser ligada al aprendizaje sin distinción en la presentación inatento o hiperactivo. Las modalidades atencionales y de relacionamiento con el mundo exterior “adquieren sentido en la historización del vínculo madre-hijo” estableciéndose entonces una relación directa de las características atencionales de los niños con los modos del vínculo temprano. (pág. 1). Untoiglich (2011) ha descripto minuciosamente las características de los vínculos entre padres y niños diagnosticados con estas dificultades, lo que se desarrollará más adelante.

---

6 Tesis de maestría dirigida por quien suscribe la presente.

Los investigadores suizos mencionados, afirman que en cuanto a la relación madre-hijo se observó para la mitad de los casos, una relación de sobreprotección y mutua dependencia, mientras que una cuarta parte fue caracterizada como de relaciones complejas vinculadas a ansiedad materna, rechazo en el vínculo, agresión mutua y conflictividad frecuente. En relación a vínculo padre-hijo los autores señalan que un cuarto de la muestra, mantiene como rasgo dominante la distancia y desapego relacionadas con la imposibilidad del padre para tolerar la situación del hijo. Y en relación a los efectos que la conducta de estos niños producen en los vínculos, se destaca el peso que algunas madres sentían respecto a la tolerancia exigida frente al dolor que implicaba la situación del hijo, padeciendo en algunos casos ansiedad y autorreproches sintiéndose inmaduras para la maternidad reconociéndose como ambiguas y dependientes en el vínculo. (pág. 19) Las parejas de padres reconocieron en un 20% tener discusiones y situaciones de violencia. Los niños casi en una cuarta parte (23%) estaban incluidos en escuelas especiales o requirieron condiciones escolares singulares, asociándose trastornos del aprendizaje. Pero el trastorno más frecuente cuando no se confirmó la hiperactividad como diagnóstico fue el de “trastornos familiares severos” (pág. 22). Señalan asimismo que la mayoría de los niños con presunción de diagnóstico de hiperactividad no recibieron diagnóstico de TDAH, sino que presentaban diagnóstico de alteraciones en la esfera cognitiva, la emocionalidad, los vínculos y a nivel social que no habían sido diagnosticadas previamente. (pág. 24)

Acotan: “...la presunción de hiperactividad suele surgir de una búsqueda muy pragmática, donde se desea obtener un niño más fácil y más manejable cada vez que se observa que tiene dificultades para adaptarse a condiciones difíciles”. (pág. 25)

Como se ha afirmado anteriormente, estas condiciones son las epocales, las de los sistemas educativos y mandatos hacia los adultos que provocan intenso sufrimiento a nivel subjetivo. Nótese que este artículo es de la década pasada y que corresponde a un grupo investigador centroeuropeo, que sostiene una postura crítica y compleja respecto al tratamiento de los niños con características de hiperactividad y atencionalidad variada.

Concluyen:

Hemos demostrado que se tiende a medicar a los niños demasiado apresuradamente, sin haber confirmado el diagnóstico...esta tendencia puede ser particularmente nociva ya que impide la verificación científica y desalienta el diagnóstico diferencial. En estos casos, el uso del tratamiento farmacológico justifica la ausencia de otras clases de tratamiento....la hiperactividad en estado puro es poco frecuente y...los síntomas de hiperactividad suelen ser el resultado de una amplia gama de trastornos del desarrollo. Creemos que la hiperactividad no enmascara una única patología dominante, sino más bien una gran variedad de problemas de desarrollo.....debe ser abordada por varias especialidades médicas....enfatisa en el papel de actores no médicos en el tratamiento de estos niños: padres, maestros, psicólogos y terapeutas, además de los niños mismos... nuestra investigación sugiere fuertemente la necesidad de un abordaje interdisciplinario de este síndrome....sin descartar la eficacia de la droga en sí misma, sugerimos que se lleve a cabo un análisis que tenga en cuenta los aspectos del neurodesarrollo, tanto como los cognitivos, afectivos y sociales. (pág. 25)

El uso del metilfenidato como prueba clínica tan frecuentemente utilizado, obtura la posibilidad de ver otros aspectos de la conducta sintomática del niño, clausurando un abordaje complejo de la situación-que no se considera sólo como un caso- en su totalidad. Esto significa, incluir las dimensiones afectiva, vincular y social tantas veces soslayadas.

Cristóforo (USAL, 2015) en su tesis “Eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo para niños con dificultades en la atención” respecto al llamado déficit atencional, indica que los distintos nombres que ha tenido a lo largo de la historia da cuenta “de los diversos modelos que se han puesto en juego, los que difieren según se ponga el acento en la desatención, o en la falla en el control y en la inhibición conductual”. (pág. 84)

La desatención como la llama Cristóforo y la hiperactividad han dado lugar a la mayor parte de las consultas en psiquiatría y neurología infantil, siendo el déficit atencional el trastorno de mayor incidencia.



Una vez más se encuentra que el modelo psicopatológico prevalente, así como las concepciones de salud-enfermedad determinan la denominación del trastorno. “La complejidad del cuadro hace también que se proponga la hipótesis multifactorial, es decir, la intervención no solo de factores genéticos, biológicos y psicológicos sino también de factores ambientales.” (pág. 85) A cada explicación etiológica corresponde un tipo de abordaje terapéutico dice la autora, a lo que se podría agregar que la complejidad del cuadro hace que ninguna explicación sea lo suficientemente abarcativa de todas las dimensiones involucradas. Quienes adhieren a una etiología del cuadro caracterizado por la desatención y la hiperactividad de tipo orgánica, la terapéutica es la farmacológica acompañada de psicoterapia de tipo cognitivo-conductual; por otra parte quienes sostienen que la desatención es un signo (indicio) que necesita un diagnóstico singular caso a caso, sostienen que la etiología es psicológica para lo cual proponen abordajes terapéuticos psicológicos de orientación psicoanalítica fundamentalmente en nuestra región. (Op.cit. pág. 85)

Almeida Montes citada por Cristóforo en relación con el origen biológico del TDAH señala que se debe a alteraciones anatómicas, en la función y en los neurotransmisores. No habría acuerdo total en cuanto a las regiones del cerebro involucradas ya que no todos los sujetos presentan las mismas características frente a los estudios realizados, habiendo incongruencias. Estudios que aún no serían totalmente válidos para Almeida Montes et al. También se señalan factores medio ambientales en tanto se han encontrados algunas características en la conformación familiar y contexto socio económico, que será desarrollado más adelante (Fiterman y Zerpa, 2015) en el próximo ítem.

La terapéutica con fármacos prínceps utilizada con estos niños, prescribe estimulantes y no estimulantes. Para los primeros se utiliza el metilfenidato como primera opción y las anfetaminas en segundo lugar.<sup>7</sup> En cuanto a los no estimulantes (del SNC) se encuentra la atomoxetina. (Cristóforo, pág. 88)

No todos los psiquiatras y neuropediatras prescriben la medicación en primera oportunidad, debe destacarse que ello dependerá de la orientación en la formación del profesional. Para la Dra. Cwaigenbaum (2015) la medicación

---

<sup>7</sup> No se abundará en este trabajo sobre los mecanismos neurofisiológicos ni los farmacocinéticos por no ser lo central para el tema, teniendo en cuenta que hay abundancia de material respecto a los mismos y de fácil acceso.

“es una herramienta más en el arsenal terapéutico, no debe usarse aisladamente, ni cuando fracasan otros tratamientos”, proponiendo su asociación con otros abordajes terapéuticos y recursos sociales e institucionales. (pág. 104) Sería un error proponer una generalización para todas las situaciones teniendo en cuenta la brecha existente entre niños de diversos contextos. Del mismo modo, la psiquiatra concluye que el lugar que ocupa el tratamiento farmacológico en la vida de cada familia, dependerá de la fantasmática respecto al padecimiento.

## **2.1 La realidad nacional**

Uruguay no contaba con estudios epidemiológicos en salud mental infantil hasta el año 2008 en que se publica por parte de docentes de la Clínica de Psiquiatría Infantil el Estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos de las autoras Viola, Garrido y Varela (2008). Dicho estudio concluye que los niños y niñas entre 6 y 11 años padecen en un 21.9% problemas de salud mental. Siendo la media de 33.9% para los denominados problemas totales. Esto ubica al país a nivel internacional, en el rango de una alta prevalencia en trastornos psiquiátricos en la infancia. Las autoras afirman además que existe una alta asociación entre los problemas de aprendizaje y los problemas emocionales y comportamentales a lo largo del país.

A través de una investigación de las Dras. Viola y Garrido durante el año 2006 (2009) han establecido que el Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es una de las afecciones más frecuentes en la infancia uruguaya, confirmando su alta prevalencia y comorbilidad que afectan los aprendizajes. Dicha prevalencia del trastorno en escolares uruguayos se eleva al 7.6%. Las mismas autoras citan que a nivel mundial dicho trastorno se encuentra entre un 8 y 12 % siendo variado para cada país. Asimismo, a nivel mundial se señala una distribución de 3:1 entre varones y niñas, siendo para esta muestra nacional, una prevalencia de 6.6:8.5 para varones y niñas respectivamente. El 40% de los niños de la muestra presentaron comorbilidad con trastornos de conducta, trastornos de ansiedad y trastorno oposicionista desafiante, mientras que un 20% se presentó el TDAH en estado puro. Casi el 50% de los niños también asociaron fracaso y/o rezago académico. En cuanto al tratamiento, la

investigación solo cita que el 19.2% recibió algún fármaco sin especificar, habiendo sido atendidos en algún servicio de salud, el 36% de los niños investigados.

Otro estudio a cargo de médicos de las cátedras de Farmacología y Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, han realizado la investigación: “Uso del metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública en Montevideo” (Speranza et al., 2008), teniendo en cuenta que éste medicamento es el psicofármaco recomendado para el tratamiento del déficit atencional e hiperactividad, afirmando que es la alteración más frecuente en niños. Para ello encuestaron telefónicamente a los padres o cuidadores de usuarios que retiran la medicación en el centro hospitalario Pereira Rossell (hospital infantil) y en el Hospital Vilardebó (hospital psiquiátrico), de referencia nacional respectivamente. Afirman que la dispensación se ha duplicado entre los años 2001 y 2006, habiéndose advertido a nivel internacional de la aparición de reacciones adversas. En el hospital de niños de Montevideo, en ese quinquenio el aumento del uso fue del 62% y en el hospital psiquiátrico el aumento fue del 43% para el metilfenidato. Entre los factores que indican como relacionados con el aumento del uso del psicofármaco, se incluye el sobrediagnóstico.

Se estudiaron usuarios de 6 a 14 años (n=114), concluyendo que la media de los niños fue de 10 años, siendo 77% varones. La dosis media fue de 12.9 mg y en su mayoría recibía la dosis una vez al día antes de ir a la escuela. El 84.6% de los padres coincidieron con el beneficio terapéutico y el 56% de estos niños recibía otro psicofármaco. Más de la mitad de los padres encuestados refirieron reacciones adversas, que por las características del estudio, los investigadores las llamaron “posibles”; de éstas las más frecuentes fueron cefalea (29%), disminución del apetito (25%) y dolor abdominal (24.2%) entre otras de menor presencia. No se encontraron problemas con la indicación, concluyendo que las dosis eran bajas y de acuerdo a la normativa internacional vigente. Refieren que llama la atención que la mayor parte de los pacientes logran efectos terapéuticos con dosis bajas, lo que podría relacionarse con la administración previa al horario escolar o a otros psicofármacos combinados.

Los autores indican que, si bien los beneficios terapéuticos del psicoestimulante sobre los síntomas y el rendimiento han sido demostrados, informan que la eficacia a largo plazo no ha sido establecida y que se desconoce la utilidad en la prevención de la evolución a otros trastornos asociados a la personalidad o a la conducta. Si bien esta investigación tiene varios años ya, no existe en Uruguay otra referencia de tipo epidemiológica.

Llegado este punto, cabe destacar que a pesar de estos datos acerca del beneficio terapéutico, los docentes no siempre coinciden que tales beneficios impliquen éxitos en el aula (Hernández y Oliver, 2015; Miguez, 2010)

Por otra parte, Uruguay ha sido objeto de observaciones por parte de organismos internacionales respecto al aumento del uso de metilfenidato y el escaso control por parte de las autoridades sanitarias. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) en su informe 2014 señalaba acerca del aumento de consumo a nivel mundial de metilfenidato:

La Junta observa que ha aumentado el consumo mundial de metilfenidato, estimulante que se utiliza principalmente para tratar el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y que figura en la Lista II del Convenio de 1971. El incremento del consumo se puede atribuir a varias razones, entre ellas el aumento del número de pacientes a quienes se diagnostica el TDAH, la ampliación del tramo de edad de los pacientes a quienes es probable que se recete metilfenidato, la falta de directrices médicas adecuadas relativas a la prescripción de metilfenidato y las prácticas comerciales o de marketing influyentes de los fabricantes de preparados farmacéuticos que contienen metilfenidato. La Junta observa también que un número cada vez mayor de adolescentes y adultos jóvenes usan indebidamente drogas que contienen metilfenidato. La Junta alienta a todos los gobiernos a que sigan de cerca las novedades relativas al diagnóstico del TDAH y de otros trastornos del comportamiento, y la frecuencia con que se receta metilfenidato para su tratamiento, y a que velen por que el metilfenidato se recete de conformidad con las

exigencias de la buena práctica médica. Asimismo, señala que se debería seguir prohibiendo la publicidad comercial de esas sustancias dirigida al público en general... (pág. 43)

En 2011 el Ministerio de Salud Pública emitió un informe por el cual se informa que en Uruguay el metilfenidato está sujeto a control especial por la ley 14.294 que reglamenta las condiciones para importación, comercialización, distribución, almacenamiento y dispensación de sustancias sicotrópicas y estupefacientes.

Si bien el Metilfenidato es considerado un Sicotrópico Lista II para la J.I.F.E., en nuestro país es considerado como un estupefaciente, con todos los controles especiales que ello implica. La prescripción de Metilfenidato, debe realizarla el Profesional Universitario competente, en recetario oficial triplicado de Estupefacientes habilitado por el Ministerio de salud Pública (pág. 1)

En cuanto a los datos aportados en el mencionado informe oficial, durante el año 2007 según las recetas prescriptas para el metilfenidato, más del 30% fueron realizadas por profesionales de medicina general, “siendo la clasificación de este principio activo...que corresponde a prescripción exclusiva por especialistas” (pág. 3). Se señala asimismo que en el comunicado del Depto. de Medicamento del MSP del mes de marzo de 2009, la Agencia Europea de Medicamentos ha realizado una alerta sobre la actualización de la Seguridad y de las condiciones de Uso del Metilfenidato, habiendo concluido que:

- el beneficio terapéutico del medicamento supera los posibles riesgos asociados siempre y cuando se use en condiciones autorizadas, no disponiéndose de datos suficientes respecto a efectos posibles a largo plazo
- que es un medicamento indicado por especialidades de psiquiatría, neuropsiquiatría y psiquiatría infantil “como parte de un tratamiento integral del TDA/H en niños mayores de 6 años y adolescentes” (Op.citada)
- el tratamiento debe realizarse bajo supervisión de especialistas en trastornos del comportamiento en niños y adolescentes.
- dado que puede presentar efectos adversos a nivel cardiovascular se deberá realizar un examen previo al tratamiento y seguimiento periódico.
- se recomienda una evaluación sobre la continuidad del tratamiento anualmente por lo menos.

Los datos acerca de las importaciones de metilfenidato en Uruguay entre los años 2005-2010 indican que pasó de 11990 grs. a 16816 grs., habiéndose reportado al MSP la concreción de 9171 grs. para el primer semestre de 2010, fecha en la que se cierra la información para ese informe. Se consigna, además, que el consumo aumenta en el segundo semestre de cada año. Ese aparente descenso del que se informa, en realidad tiene que ver con que “El consumo de Metilfenidato aumenta en el Segundo y tercer trimestre del año que coinciden con la actividad escolar y desciende en el cuarto y primer trimestre que coincide con las vacaciones de verano” (pág. 6)

El aumento de medicación como forma de controlar la conducta de niños y adolescentes a nivel escolar y social, ha sido objeto de estudio de varias disciplinas, habiéndose citado ya varios referentes de la sociología, medicina, historia, psicología. Cabe destacar una situación que en Uruguay marcó un impacto en las prácticas sanitarias respecto al tema de este trabajo, en este caso del ámbito jurídico. El control de la prescripción del metilfenidato por parte de la policía sanitaria en el territorio uruguayo se vio incrementado a partir de los hechos surgidos como punto de partida de denuncias basadas en la perspectiva de derechos humanos, en especial los derechos de la infancia. Tomando como referencia el artículo del Dr. Palummo (2015), el autor nomina la “coerción farmacológica” como una forma de violación de derechos. Señala que el Comité de los Derechos del Niño se ha manifestado:

...le preocupa también la información de que se han diagnosticado erróneamente el trastorno de la concentración e hipercesnia y el déficit de atención y que, por lo tanto, se han prescrito en exceso fármacos psicoestimulantes, a pesar de que los efectos perjudiciales de esos fármacos son cada vez más evidentes. El Comité recomienda que se realicen estudios más a fondo sobre el diagnóstico y el tratamiento del trastorno de la concentración e hipercesnia y del déficit de atención, en particular sobre los posibles efectos negativos de los fármacos psicoestimulantes para el bienestar físico y psicológico de los niños, y que se utilicen en la medida de lo posible otras formas de manejo y tratamiento de esos trastornos del

comportamiento (Comité de los Derechos del Niño, 2005: párrafo 50).  
(Palummo 2015, pág. 81)

El autor señala que desde 1994 la JIFE ha vigilado estrechamente los usos médicos a nivel mundial del metilfenidato debido al uso indebido de estimulantes anfetamínicos, lo que estaría alcanzando proporciones epidémicas (Op.citada pág.81). Se menciona además que la JIFE en 1997 constató que el consumo de metilfenidato pasó de 3 toneladas métricas en 1990 a más de 10 toneladas en 1995, siendo Estados Unidos el que reporta el 90% del consumo mundial de la sustancia. Esto llevó a una convocatoria a los gobiernos para una estricta vigilancia para:

... impedir el excesivo diagnóstico de trastornos de la concentración (ADD) en niños y el tratamiento médicamente injustificado con metilfenidato y otros estimulantes. Las autoridades competentes de algunos de los países en que se consume cada vez más metilfenidato han informado a la Junta de que se proponen emprender investigaciones al respecto. La Junta acoge con satisfacción esas iniciativas (JIFE, 1998). (Op. citada pág. 82)

En el 2005 la OMS ha planteado una epidemia del uso de estimulantes tipo anfetaminas. (pág. 82) Para Uruguay, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas en el 2010, solicitó que el Estado tome medidas eficaces debido al aumento de la administración de “Ritalin”<sup>8</sup> a niños “como método de controlar su conducta”. (Palummo, 2005)

En dicho contexto, el Observatorio del Sistema de Justicia de la Fundación Justicia y Derecho de Uruguay que se ocupa de los derechos de niños, niñas y adolescentes, tomó un conjunto de acciones legales ante tales hechos, habiéndose iniciado en 2007 estas acciones. Se basaron en los datos proporcionados por el MSP señalando que en 2001 la importación de metilfenidato se ubicó en 900 grs. habiendo aumentado en un año (2002) a 4500 grs. En el 2004 se alcanzó la cifra de 9947 grs., disminuyendo en 2005 y volviendo a aumentar a 17000 grs. en 2007. (op citada pág. 83) Si bien estas cifras difieren un tanto de las expuestas en el informe del MSP antes mencionado, todas ellas coinciden en un aumento exponencial año a año.

---

8 Uno de los nombres comerciales para el Metilfenidato

A partir de dichas acciones judiciales se exhortó al MSP para que adoptara acciones a fin de que el diagnóstico de TDAH fuera hecho por “profesionales especializados conforme a los consensos internacionales y mediante recetario uniforme de aplicación en todos los centros privados y públicos del país” (pág. 86) Nótese aquí que para realizar el diagnóstico sólo se tiene en cuenta a los médicos al hablar de recetario y no se menciona la necesidad de un diagnóstico multidisciplinar ni la consideración de las condiciones de vida del niño, niña, adolescente y su realidad familiar ni escolar.

En muchos Estados de la región existe una fuerte tendencia hacia el suministro de medicamentos psiquiátricos a los niños que se encuentran en las instituciones de protección como forma de control y sumisión. De acuerdo a la información recibida por la Comisión, esta medicación, por lo general, es recetada por el cuerpo médico de dichas instituciones, aplicándose las dosis según las conductas de los sujetos concretos, sin haber diagnósticos de patologías psiquiátricas o padecimientos psíquicos complejos que justificaran un tratamiento médico con estos fármacos. El suministro de fármacos que no se derive de un tratamiento terapéutico, sino como forma de control del niño, es contrario al derecho a la integridad personal, la salud y la dignidad de los niños. Según se informó a la Comisión, en algunas instituciones los niños, niñas y adolescentes están siendo medicados con psicofármacos para que logren “tolerar” la institución (CIDH, 2013: 305 y 574) (Palummo, pág. 87)

Más adelante:

...motivado por la ausencia de recursos humanos suficientes, los niños reciben medicación psiquiátrica sin que ésta sea requerida por el niño como parte de un tratamiento médico diagnosticado y monitoreado. Adicionalmente, algunas investigaciones exponen que el alto nivel de medicación psiquiátrica guarda consonancia con otra situación: la utilización de medicación como una forma prioritaria de abordaje para el trabajo psicoterapéutico con niños y adolescentes. A la Comisión le preocupan también las deficiencias existentes en el control y supervisión por parte de las autoridades médicas



competentes de los aspectos relacionados con los tratamientos y la medicación que se les son administrados a los niños en las instituciones, y que pueden exponer la salud e integridad personal del niño (CIDH, 2013: 45-48). (Palummo 2015, pág. 88)

Más recientemente, en Uruguay se realizó la investigación “Aproximación al bienestar psicológico y la salud mental de los niños y adolescentes de Montevideo” a cargo de Fiterman y Zerpa (2015) avalada por la Universidad de la República y UNICEF. En la misma los autores proponen un estudio del estado de salud mental de niños y adolescentes (4 a 16 años) a través de un relevamiento protocolizado de conductas y síntomas frecuentes en el área de salud mental. En el mismo se hizo foco en 6 aspectos: sintomatología global, tomando hiperactividad y desatención por su prevalencia en el país; problemas emocionales; problemas de relación con pares; comportamiento prosocial y problemas de conducta. Se realizó mediante el cuestionario SDQ<sup>9</sup> aplicado a 1229 mujeres sobre las características de los niños del hogar, a fin de obtener datos que permita trazar un perfil sintomático y psicopatológico en la población infantil. Los hallazgos fueron correlacionados con variables de riqueza, composición del hogar y nivel educativo materno. Del minucioso estudio cabe destacar que el 25% de los niños estudiados se encuentra en una zona de riesgo de probable trastorno psicológico y la tercera parte se encuentra en zona de “posible trastorno psicológico”. Los autores definen trastorno mental como “un patrón de síntomas, alteración de la conducta y de las emociones vinculado a un malestar o a una discapacidad específica”. (Op.citada págs. 113-114)

Señalan que las áreas más comprometidas son las referidas a la “hiperactividad/desatención, problemas de comportamiento y problemas de relaciones con pares” (pág. 140) Estos puntajes significan más del doble que el mismo ítem estudiado para países desarrollados, asemejando los resultados de Uruguay a los de países del tercer mundo.

Asimismo, se señala que los varones presentan una carga sintomática mayor en casi el total de las áreas estudiadas al igual que las referencias mundiales.

---

9 Sigla en inglés para el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strength and Difficulties Questionnaire) que se utiliza en la infancia para detectar alteraciones en la salud mental.

Los valores de síntomas de hiperactividad/desatención<sup>10</sup> son mayores que los referidos para países desarrollados. Resulta además interesante señalar que en cuanto a la relación de dichos valores con la variable riqueza, “todas las áreas de problemas psicológicos muestran valores de riesgo de entre el doble y el triple para los niños y adolescentes del tercil más pobre de la muestra” (Op.citada pág.139). Igualmente, cuanto más bajo es el nivel educativo de la madre el riesgo es mayor. Los autores concluyen entonces que “el aumento de la carga sintomática parece estar directamente ligado a variables de riesgo psicosocial” (ibídem) señalando que el tercio más rico de la población tiene puntuaciones similares a las obtenidas para los países desarrollados.

Los datos aportados resultan interesantes para esta investigación dado que el porcentaje de riesgo es altísimo para Uruguay, teniendo una variación importante según las condiciones socio-económico-educativas del contexto de los niños estudiados. Lo cual lleva a poner en cuestión si los llamados trastornos mentales en los niños ameritan una única perspectiva de abordaje (se privilegia siempre la farmacológica) y cuánto de esto se tiene en cuenta a la hora del diseño de las políticas sanitarias en la infancia.

## **2.2 La situación a nivel regional**

Autores referentes en el tema para esta década en la región, comparten la preocupación sobre el incremento de diagnósticos en la infancia y la creciente inclusión de dichas patologías dentro de las nuevas legalidades en Salud Mental. Janín, Untoiglich, Moyses, Vasen, Bleichmar en sus textos ya mencionados, concuerdan en la importancia de librar un debate a la vez que una denuncia sobre estos fenómenos. Por otra parte, coexisten al menos dos modos de concebir las dificultades en la atención y la hiperactividad en los niños: por un lado, como condición neurobiológicamente determinada y por otro como expresión sintomática de factores coadyuvantes que se producen en condiciones de emergencia multi determinada.

En Chile, Álvarez et al (2013) señalan el impacto social que tiene el diagnóstico de déficit atencional por los costos económicos, el estrés familiar y los conflictos escolares que produce (también en el futuro como dificultades en

---

10 Nótese que aquí los autores lo señalan como una dupla inseparable

el ámbito laboral) en tanto generan interferencias en todas las áreas de la vida del niño y su familia. Si bien la psicología en Chile tiene una fuerte impronta cognitivo conductamental, estos autores definen en forma interesante el TDAH:

El trastorno por déficit atencional e hiperactividad es un trastorno de base biológica (temperamento, variaciones de la estructura anatómica cerebral, de neurotransmisores, etc.), determinado genéticamente, con manifestaciones conductuales fuertemente influidas por el ambiente. Pero tan importante como la base biológica es la influencia de factores psicosociales, los que pueden determinar los síntomas, la mantención de dificultades y desarrollo de comorbilidad. (pág. 7)

Proponen entonces un análisis de los criterios diagnósticos, un diagnóstico diferencial y un tratamiento basado en la consideración de los aspectos psicosociales que incluyen el disfuncionamiento familiar, la modalidad de prácticas en los roles parentales, las expectativas de la familia respecto al desempeño curricular del niño, la vivienda, entre otras conocidas referidas a la órbita del aprendizaje.

Las intervenciones con la familia y escuela deberán ser siempre consideradas. Ello puesto que si bien la ocurrencia del trastorno por déficit atencional e hiperactividad no se explica por la presencia de factores ambientales, su expresión y evolución depende en gran parte del contexto familiar y social en que el niño(a) crece, construye relaciones significativas y a través de ellas, se construye a sí mismo. (pág.12)

Respecto al abordaje terapéutico indican:

El tratamiento del trastorno por déficit atencional e hiperactividad parece una responsabilidad ética cuando conocemos las consecuencias individuales, familiares y sociales a las que pueden estar expuestos los portadores de esta condición. (pág. 13).

Más adelante:

Un número importante de pacientes con trastorno por déficit atencional e hiperactividad, se benefician de psicoterapia individual

especialmente para el tratamiento de las comorbilidades asociadas al trastorno por déficit atencional e hiperactividad (trastornos ansiosos, depresivos, alteraciones del autoconcepto). El funcionamiento social puede ser abordado desde la terapia grupal, especialmente en niños impulsivos y/o con escasas habilidades sociales. (pág. 15)

Este posicionamiento respecto al tema de las dificultades atencionales y de la hiperkinesia incluye todas las variables sin privilegiar un tratamiento sobre otro y especialmente hace hincapié en la postura ética del profesional a cargo. Untoiglich (2011) en su tesis “Aspectos histórico-libidinales en niños y niñas con problemas en sus aprendizajes que manifiestan dificultades atencionales”, (UBA-2009), en la cual se propuso estudiar 20 historias clínicas junto al relato de los padres y las narrativas de los niños, caracteriza las situaciones familiares con situaciones de pérdida significativas desde el nacimiento del niño: mudanzas incluso de país, separación de los padres, pérdida de contacto con el padre, algunos ni lo conocen. Impacta la afirmación sobre el hallazgo de “aspectos de la historia paterna y/o materna no dichos que se hacen presentes en la actualidad” (pág. 109) relativas a enfermedades, separaciones, adopciones, apellidos distintos en la fratría y abandonos; situaciones silenciadas que no pueden entrar en la cadena asociativa simbólica del niño con sintomatología a nivel del aprendizaje. Se confirma una vez más que la prohibición de conocer algunas cuestiones centrales de la vida propia inhabilita para el acceso al conocimiento. En dieciséis historias, la autora señala que la modalidad de funcionamiento es de tipo “secreto familiar”, lo ocultado pero visible a la vez como situaciones de violencia familiar, familias paralelas del padre, privación de libertad, etc. En trece historias se utiliza la mentira respecto a preguntas concretas del niño acerca de la historia familiar. En trece casos los niños presenciaron escenas de violencia doméstica, en otros diez existen hijos de algunos de los padres de parejas anteriores de los que no se hace referencia y en cinco casos existen aspectos silenciados respecto a la historia del origen del niño (págs. 109 y 110). Estos datos se recortan como significativos para la presente investigación en tanto la dimensión familiar está presente como un aspecto relevante en la vida del niño con dificultades en la atención y con hiperactividad, relanzando la cuestión acerca del papel de la familia en la

producción y sostenimiento de tales síntomas y en el impacto que recibe la misma ante el diagnóstico y la adherencia a los tratamientos.

Por otra parte, y se destaca nuevamente aquí la importancia de dar voz a los protagonistas: la autora refiere que en diez casos el niño indicó estar preocupado por temáticas familiares y doce de ellos atribuyeron sus dificultades atencionales a su situación familiar (pág. 151). Queda claro entonces, el peso de la dimensión intrafamiliar en la vida de estos niños.

Para finalizar, ampliando estos conceptos con voces provenientes de otro continente, la Dra. Luisa Lázaro del Instituto de Neurociencias del Hospital Clínico de Barcelona (2015) advierte sobre la prevalencia de trastornos en la infancia y adolescencia, mencionando el de déficit de atención con hiperactividad. Señala que los factores tanto genéticos como ambientales interactúan mediante mecanismos complejos, indicando que el aumento de trastornos psiquiátricos en niños tiene que ver con el aumento de factores de riesgo, entre los que enumera: influencias ambientales tempranas en forma de anomalías perinatales durante el embarazo, parto y primeros días, entre los que se encuentra el aumento de la edad de los padres, la viabilidad de los recién nacidos cada vez más prematuros, la presencia de tóxicos ambientales o enfermedades neonatales “que pueden provocar cambios neuroquímicos en una temprana época del desarrollo”. Pero también advierte sobre la calidad de la crianza, observando que los trastornos mentales de la adultez se inician cada vez más temprano en la adolescencia. (págs. 9 y 10)

La familia es uno de los principales factores de riesgo para la aparición y desarrollo de trastornos emocionales, conductuales y cognitivos...Por otra parte, la conflictividad familiar con relaciones agresivas entre padres provoca una influencia negativa en la salud mental de los hijos. ...algunas estructuras familiares pueden ser también factores de riesgo, sobre todo si se asocian a una excesiva juventud de las madres, a un menor nivel cultural y económico de las familias, o a una pérdida temprana de los progenitores...La mayor parte de los trastornos que aparecen en la edad adulta tienen su inicio en la infancia y adolescencia. Realizar un correcto diagnóstico es

tarea exigible a todos los profesionales que se dedican a la salud mental infantil. El sobrediagnóstico puede asociarse a la estigmatización, con sus consecuencias psicológicas y a un tratamiento y medicalización a veces demasiado extendido en el tiempo, pero el infradiagnóstico también puede llevar a un sufrimiento innecesario y a una demora en la atención profesional...definir intervenciones tan efectivas como sea posible y de acuerdo con lo que necesite no solo cada paciente, sino también sus familias. Protocolizar el tratamiento, pero también intentar personalizarlo y hacerlo a medida del paciente y familia, permitirá optimizar el resultado en esta importante etapa de la vida. (pág. 11)

A partir de lo expuesto, se parte entonces para conocer la representación y la fantasmización que la familia del niño diagnosticado por dificultades atencionales y/o hiperactividad produce en torno a los tratamientos, los discursos médico-psicológicos y las demandas sociales tramitadas por los voceros de las instituciones de enseñanza. En este contexto actual, en la realidad nacional y desde la implicación profesional, política y académica, se pretende dar cuenta de estos fenómenos a través de la voz de los protagonistas.

## **2.3 Estudios sobre padres y familias**

Numerosas son las referencias y antecedentes centrados en el niño portador de diagnósticos por desatención e hiperactividad, asimismo se encuentran estudios vinculados a la incidencia del TDAH (el más estudiado) sobre la familia y las características de las familias del niño portador de déficit atencional.

En la Universidad de Montreal se ha publicado el trabajo “Trouble de Dèficit D’Attention: facteurs génétiques et familiaux. Une recension des écrits” a cargo de Sandra Dallaire y Denis Lafortune (2008)<sup>11</sup>. Concluyen que muchos trastornos psicopatológicos o diagnósticos psiquiátricos están presentes entre los padres de niños que presentan TDAH, así como se observan hipotéticamente múltiples rasgos de personalidad entre los padres. Los estudios parecen demostrar que diferentes trastornos asociados al TDAH (por ej.

---

11 “El problema del Déficit de Atención: factores genéticos y familiares. Una reseña de los escritos”. Traducción de la autora y de la Dra. Cristóforo.

Trastorno de la Conducta, Trastorno Oposicionista Desafiante) varían en función de las características del entorno familiar. Los padres de los niños han reportado cantidad de síntomas de stress psicológico junto a una menor satisfacción en la pareja. Se sienten muy deprimidos, perciben al entorno familiar menos continente y más estresante (menos emotividad y menos independencia), así como menos cohesivo y más perturbado a nivel de las relaciones interpersonales. Sienten que su rol parental es más restringido y se sienten menos competentes. Los resultados muestran que las madres de niños que tienen TDAH, se sienten menos cálidas y más afirmativas (power assertive) que las del grupo control, al tiempo que los papás se dicen más afirmativos que los del otro grupo. Además, los papás de niños que presentan TDAH, perciben su relación con los niños muy negativamente. Esto es sorprendente porque los estudios indican generalmente que las relaciones madre/niño son más negativas que las que implican a los papás. Otro resultado sorprendente es que las percepciones que tienen los parientes, de los chicos de los dos grupos (con o sin TDAH), no difieren. (págs. 294-295)

Estudios de índole cognitivo-comportamental indican una correlación significativa entre la evolución positiva de los síntomas de niños con TDAH y la reducción del estrés familiar luego de iniciado el tratamiento farmacológico (Guerra Prado et al, 2015). Otros señalan la relación entre la prevalencia del trastorno y la disfunción familiar (Oliveira Pires et al, 2012). Rosselló et al (2003) investigaron el impacto a nivel familiar del TDAH a fin de estudiar y proponer técnicas posibles de modificación de la conducta. Numerosos estudios refieren a la incidencia de antecedentes de TDAH en los padres en la presentación de dicho trastorno en el hijo. González (2014) en su investigación sobre “Percepción de estilos parentales en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad”, radicada en la Universidad de Mar del Plata, señala que estos niños perciben rechazo en la relación con sus padres provocado por una baja aceptación y un control de tipo agresivo o ansiógeno, lo que incidiría sobre “la inhibición generalizada, la evitación cognitiva, autoinculpación, autovaloración negativa y soledad”. Dichas prácticas impiden una buena adaptación dada la falta de confianza por parte de los padres. Se suele utilizar un “estilo disciplinario disfuncional, caracterizado por mayor permisividad, menos nivel de

comunicación y mayor sobreprotección” ya que otros métodos pueden no funcionar generando frustraciones en los padres. (pág.9)

González, Bakker y Rubiales (2014) señalan en cuanto a los estilos parentales, que los trastornos de la conducta y el TDAH son más frecuentes en familias disfuncionales y en contextos de adversidad crónica. Consideran que el ambiente psicosocial tiene una incidencia moduladora fundamental por sobre la predisposición biológica al TDAH incidiendo en la forma en que la familia o la escuela y la sociedad comprenden y manejan la impulsividad y la desatención. Las autoras consideran que los factores ambientales no son causales del trastorno, sino que modulan la aparición y evolución del mismo considerándolas como variables de riesgo o de protección frente a la aparición de síntomas. Asimismo, señalan que las relaciones de estos niños con los padres son conflictivas dado que demandan más estimulación y ayuda que otros niños. Los métodos disciplinarios habituales no funcionan eficazmente en estas situaciones dado que estos niños presentan mayores dificultades para inhibir las respuestas impulsivas. Advierten que estos intercambios producen un “círculo vicioso de interacciones negativas y sentimientos de fracaso” (pág. 143).

Por otra parte, Taborda y Toranzo (2009) en su “Estudio piloto comparativo de dos abordajes psicoanalíticos” de la Universidad de San Luis, han observado que padres cuya estructura es cercana a la neurosis pueden contactarse con mayor facilidad con el sufrimiento del hijo mientras que padres con perturbaciones de tipo narcisista que utilizan la desmentida o la desestima como mecanismos, provocan el entrampamiento del hijo mediante la proyección de aspectos intolerables, o bien las depositaciones de las dificultades de lo extrafamiliar o bien el repliegue narcisista que termina generando indiferenciación por identificación proyectiva con el sufrimiento del hijo.

Como se puede apreciar, la diferencia radica en hay autores que, frente al estudio de la incidencia o el impacto sobre la familia del diagnóstico psicopatológico, definen que la disfuncionalidad familiar es mayor a partir de las alteraciones conductuales de los niños y no como generadoras de tales conductas a partir de las primeras experiencias y de los avatares de constitución subjetiva del infans.



## Capítulo II

## MARCO TEORICO

La vida diaria transcurre en un entorno en el que estamos expuestos a ser partícipes de sucesos nombrables o no, de acciones propias y ajenas...somos receptores de múltiples partículas invisibles que circulan en el espacio y, a veces, se concentran a manera de una *nube* de fragmentos dispersos e indiferentes. En cualquier momento y por un motivo imposible de prever, algunos de esos elementos entran en nuestro universo y producen efectos que cubren un amplio espectro: pueden ser desconcertantes y desestabilizantes, pero también estimular la creatividad.

J.Puget<sup>12</sup>

El presente capítulo contiene las definiciones, conceptualizaciones y referencias de autores que se tomaron para fundamentar el trabajo de

---

12 "Subjetivación discontinua y psicoanálisis". 2015, pág. 19

investigación. Responde a una selección de autores largamente trabajados desde la clínica y seleccionados en tanto proponen una mirada compleja de la infancia y de las presentaciones del sufrimiento infantil y familiar en la clínica psicológica.

En primer lugar, se definen los conceptos de dificultades atencionales e hiperactividad, tal como lo plantea la medicina y como se concibe desde perspectivas de base psicoanalítica. Luego, se propone un recorrido sobre la constitución psíquica del sujeto desde la perspectiva vincular del Psicoanálisis. Desde aquí se define familia, las funciones y modalidades de presentación de la familia actual haciendo hincapié en el lugar de padre, madre e hijo.

En tanto la tesis incluye técnicas proyectivas como herramienta para la obtención de información, se trabajan conceptos en torno a la epistemología de las mismas, su alcance, limitaciones y especificidad.

## **1 Las dificultades atencionales y la hiperactividad**

Como fue señalado en el capítulo anterior, las dificultades en el aprendizaje basadas en la desatención y en la conducta hiperactiva constituyen un motivo de consulta prevalente en el país. Son conceptos amplios que requieren alguna precisión y si bien son categorías utilizadas por la psiquiatría y la neurología pediátrica, se encuentran fácilmente en discursos psicológicos y en el de maestros y padres también.

Las dificultades en la esfera del aprendizaje pueden caracterizarse por una serie de alteraciones en las funciones vinculadas al aprender, como ser la percepción (sensorial y la apercepción), la memoria, la atención, el desarrollo del lenguaje y la maduración motriz, que junto con la capacidad intelectual que el niño posea darán como resultado el éxito o el fracaso de acuerdo a las expectativas que el sistema educativo tiene para ese niño.

Muchas veces esto no parece suficiente ya que, estando el niño en buenas condiciones para aprender, no se logra el éxito anhelado y es cuando se observa un predominio de factores emocionales, sociales y ambientales que inciden impidiendo su aprendizaje. El deseo por aprender, la pulsión epistemofílica<sup>13</sup> y el ser deseado como sujeto aprendiente son ingredientes

---

13 Pulsión de saber o de conocer, al servicio del principio de la vida que surge a partir de la curiosidad sexual. Concepto que Freud desarrolla en sus escritos sobre la sexualidad infantil (1907-1908).

tanto o más importantes que lo anterior. Considerar al niño en su subjetividad de aprendiz es fundamental a fin de aprehender la totalidad de factores que inciden en dicho proceso y por lo tanto no puede aseverarse que un solo factor sea la causa del fracaso, adjudicándolo por ejemplo a la desatención.

Desatención, inatención, distractibilidad, dificultades atencionales y déficit atencional se encuentran como sinónimos para indicar la modalidad atencional del niño que presenta fracaso escolar, dependiendo su uso del acento que se ponga en el diagnóstico psicopatológico.

Preguntas habituales: ¿A qué atiende un niño que no atiende? ¿Dónde queda capturado su pensamiento? ¿Cómo puede entender y aprender otras cosas y no las de la escuela?, se reiteran una y otra vez en la consulta psicológica por parte de sus padres y educadores.

La desatención se toma como categoría diagnóstica, lo que lleva al tratamiento sintomático y no como características individuales que pueden responder a muy diversas causas. Actualmente los niños pueden “estar” en diferentes “lugares” reales o virtuales a la vez, siendo un requerimiento la atención dispersa para jugar, mirar la televisión, atender los estímulos de la computadora, etc. El problema se instala porque el niño parece no aprender, lo que pone en evidencia la cuestión de si es un problema del niño o un problema del método de enseñanza para estos niños de hoy. Preocupa entonces el efecto patologizante que puede llegar a tener un diagnóstico cuando el niño tiene la capacidad de atender de otra forma y no como se espera que atienda.

Estos niños a veces sorprenden porque a pesar de parecer “desconectados”, están al tanto de lo que se da en clase. Otros no lo están, pero pueden conectarse fácilmente con aquellos temas de su interés (en general juegos, películas, libros). La exigencia de una actitud pasiva (Janín, 2013) por parte de la escuela y quizás en la casa también-dados los espacios reducidos donde muchas veces viven varias personas- propone un control de lo corporal al niño que no siempre está en condiciones de lograrlo ya sea por inmadurez o bien porque su vía de expresión príncipe suele ser el movimiento desplazando a la palabra, como la utiliza el adulto. Janín sostiene entonces que la desatención acompañada de hiperactividad se debe a las dificultades para inhibir procesos primarios en el niño. En tal sentido afirma:

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. (Op. citada pág. 61)

Cristóforo (2015, pág.226) en su reciente trabajo concluye que es necesario diferenciar a qué tipo de atención se refiere cuando se habla de tales dificultades, siendo importante encuadrar en qué momento y frente a qué tipo de estímulos. Señala que no se trata de una función unitaria en tanto la modalidad atencional sostenida o focalizada puede incluso funcionar de manera heterogénea entre sí para un mismo sujeto. Ello podría conducir a diagnósticos erróneos si no se tiene en cuenta dicha singularidad. La diversidad de sus modalidades, estilos de atender o desatender, las diferencias en sus constituciones subjetivas, ponen de relieve sus diferencias y la necesidad de indagar en cada caso que está diciendo o mostrando de cada niño su “no atender”. Asimismo, los diversos modos atencionales, no tienen un funcionamiento interno homogéneo ya que los niños estudiados presentaron comportamientos distintos frente a diversos estímulos durante el procedimiento diagnóstico. (pág. 227)

Desde el punto de vista médico, el DSM IV (2002)<sup>14</sup> clasifica la desatención junto con la hiperactividad y la impulsividad en el conocido Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), aludiendo a características persistentes de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, indicando la aparición de los síntomas a partir de los 7 años ya que no hay evidencias que indiquen su confiabilidad para diagnosticarlo antes de esa edad debido a las características de los niños más pequeños. Asimismo, indica que no hay evidencia de factores biológicos incidiendo en el trastorno. La alteración de la conducta debe producirse en dos ámbitos diferentes y debe haber pruebas de la interferencia en la actividad social y académica. Indica que “Los sujetos afectados...pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares...El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin

---

14 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

reflexión” (pág. 82). Más adelante el Manual señala que los sujetos presentan dificultades para mantener la atención y poder finalizar una tarea. “A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran...” (Ibídem). Mantienen frecuentes cambios en la actividad sin finalizarlas, evitan las tareas que exigen un esfuerzo atencional sostenido, lo que lleva al rechazo de las tareas escolares. Señala la distracción por estímulos irrelevantes, presentan efectos a nivel de la socialización con dificultad para mantener una conversación, escuchar, seguir detalles de un juego o actividad.

En relación a lo que plantea Janín, claramente aparece la incapacidad para inhibir lo que proviene del proceso primario y funcionar en un registro secundario mediatizado por la palabra, según esta descripción.

Por otra parte, el Manual define la hiperactividad como inquietud, exceso del correr o saltar en situaciones que no corresponde, definido como un sujeto movido por una fuerza externa (“motor”) que también se manifiesta en un hablar constante. Se señalan movimientos permanentes en las extremidades, llegando a observarse conductas de riesgo por no tomar en cuenta el peligro durante estas acciones.

Para el diagnóstico de Déficit Atencional con Hiperactividad se exigen al menos la presencia de seis síntomas de inatención o de hiperactividad.

El CIE 10<sup>15</sup>, mencionado en el DSM IV, requiere de características más estrictas para su diagnóstico a saber: seis síntomas de inatención más tres de hiperactividad más uno de impulsividad. Como se ve, la diferencia (y exigencia para el diagnóstico) es significativa según la clasificación que se utilice.

En 2013 aparece el DSM V que, lejos de ser más críticos y rigurosos con las clasificaciones en los diagnósticos infantiles, se presenta con un esquematismo alarmante ubicando a los trastornos en la infancia dentro del capítulo “Trastornos del desarrollo neurológico” dejando así ubicado lo psicológico en el ámbito de la biología. Se incluye además para el diagnóstico del Déficit Atencional la categoría de “Otro trastorno por déficit atencional con hiperactividad especificado” aunque no cumpla con los criterios del TDAH o algún otro trastorno específico del desarrollo neurológico. Asimismo, incluye la categoría “TDAH no especificado” para situaciones donde no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (págs. 33-38).

---

15 Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª. Revisión, 2009.

Tal y como se desprende de lo expuesto, difícilmente un niño pueda no encajar en alguna de estas categorizaciones.

Lo mismo ocurre con las dificultades de aprendizaje, donde en la nueva versión del Manual se tipifica como “Trastorno Específico del Aprendizaje” a una sola de las manifestaciones indicadas que van desde: “lectura de palabras imprecisas o lenta y con esfuerzo”, “dificultades ortográficas” hasta problemas de razonamiento que pueden configurar una verdadera discalculia (pág. 38) Este aplanamiento de las clasificaciones ha barrido con la complejidad y singularidad de la presentación de cada caso, donde difícilmente se puede escapar a caer dentro de alguna clasificación psiquiátrica.

Navarro González y García-Villamizar (2010) en su texto sobre el recorrido histórico del término hiperactividad, señalan que el concepto se remonta a inicios del siglo XX, y que para su definición como trastorno clínico, pesaron más factores ideológicos que científicos. En relación al TDAH, señalan dos posturas diferenciadas, por un lado la francesa representada por autores de Francia y Alemania donde predomina “el tono moralista y la descripción de los síntomas se hace desde el punto de vista pedagógico con mayor énfasis en la comprensión del problema que en su explicación científica” (pág. 25), mientras que en ámbito anglosajón, se distingue la postura de autores estadounidenses en la cual el concepto TDAH “evolucionó más desde el punto de vista médico y biológico” (ibídem). Los autores refieren que gracias a los trabajos de Chess en 1960:

...el exceso de actividad pasó a primer plano y se perfiló claramente el Trastorno Hiperactivo. Esta autora redefinió la hiperactividad como el trastorno de conducta de un niño que está constantemente en movimiento o que presenta tasas de actividad y precipitación más elevadas de lo normal o ambos. (pág. 29)

En los años 70 la hiperactividad pasa a ser sustituida por los diagnósticos de déficit atencional, asociándose en los 80 definitivamente con las alteraciones a nivel cognitivo. Las sucesivas versiones del manual diagnóstico DSM III, III-R, IV y V describen las submodalidades según predomine la hiperactividad, el perfil inatento o la forma combinada. La hiperkinesia no se diferencia actualmente del resto del cuadro conocido como déficit atencional, ver tabla 1 sobre la Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad de González y García-

Villamisar en el anexo. Cuando en los 70 el concepto se populariza y pasa a ser manejado en los ámbitos social y escolar (saliendo de la estricta órbita de la medicina, o bien, extendiéndose la medicina a esos otros ámbitos), comienza a difundirse facilitado por el auge de la comunicación y la información que empieza a ser relevante en la vida de las personas. Se crean asociaciones “de padres afectados” dicen los autores (pág. 29), lo que llama la atención de dicha expresión es si el afectado se refiere a estarlo por los hijos que tienen o afectados por la patologización de sus niños desde discursos que empiezan a imponerse. En ese momento, los autores mencionan que pasan a ser secundarios los elementos de hiperactividad, torpeza, disfunciones cognitivas graves y patologías asociadas, para poner el acento en la “limitada capacidad atencional, baja tolerancia a la frustración, distractibilidad e impulsividad” (Ibídem). A partir de los trabajos de la Dra. Douglas (1972, citada por Navarro y García op. cit.) se desarrollan los conceptos de déficit atencional que se incluirán en las sucesivas versiones de los manuales diagnósticos de psiquiatría. Ya en los 90, la era de la neuroimagen y la genética junto con la descripción del TDAH da paso a una única denominación TDAH en el DSM IV (ya mencionada), en el que se distinguen tres subtipos: “a) subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, b) subtipo predominantemente inatento y c) subtipo combinado” (pág. 30). En este artículo se concluye respecto a los cambios que ha sufrido la noción del concepto de hiperactividad, que:

...todos los modelos teóricos coinciden en afirmar que el TDAH es un trastorno del desarrollo cuya sintomatología varía a lo largo del tiempo y persiste hasta la edad adulta...la cuestión clave estribaría en la realización de investigaciones longitudinales que muestren las disfunciones cognitivas, ejecutivas, comportamentales, etc, desde la perspectiva de la psicología evolutiva. (pág. 31)

Otra perspectiva también procedente de la medicina, concretamente de la neurología pediátrica y de adultos, es la que sostiene el Dr. Benasayag (2007), quien respecto de las características de los niños, historiza sobre las concepciones predominantes en psiquiatría: el llamado bebé independiente del Dr. Spock (quien en 1945 postulaba por la crianza libre del bebé para producir sujetos independientes) es el “predecesor del bebé competente de Brazelton”



(descrito como un sujeto interactivo con notables actividades perceptivas reguladoras de su habilidad, tal como lo menciona Mitjavila, 1998, pág. 54), que dará lugar al bebé sobre-estimulado que se encuentra hoy en día, llegando así al niño hiperactivo, inquieto, distraído y demandante. Observa entonces que dichas características constituyen las que se describen para el TDAH (Op.cit. pág. 16). Advierte sobre los riesgos de que al conformar el diagnóstico de déficit atencional y verlo como un cuadro inequívocamente objetivable, el tratamiento no se base en lo que le ocurre al paciente sino en lo que captura el diagnóstico. Propone entonces, considerar los diferentes componentes en los diversos sujetos para pensar en las opciones terapéuticas, a medida de la singularidad de cada paciente. Benasayag considera que no hay evidencia contundente aún para afirmar que sea una enfermedad de origen genético ni tampoco ha sido constatada la hipótesis acerca del déficit de dopamina que se atribuye a su causa. (págs.26 y 28).

Otro elemento importante para considerar es en cuanto a la comorbilidad que se describe para el TDAH que van desde situaciones de fallas en la adquisición de aprendizajes específicos hasta cuadros de depresión, ansiedad, trastornos oposicionistas y hasta psicosis. Resulta difícil diferenciar si hay una verdadera comorbilidad o en realidad las dificultades atencionales o la hiperkinesia se deben a las características del funcionamiento patológico de base.

Para todas estas situaciones clínicas la terapéutica prínceps es la farmacológica, utilizándose básicamente psicoestimulantes (Metilfenidato, D-L Anfetamina, Pemolina) y los antidepresivos (Atomoxetina, Fluoxetina entre otros) (Op.cit. pág 30). Asimismo, se utilizan en niños los antipsicóticos (Risperidona, Quetiapina, Aripiprazol) y los anticonvulsivantes clásicos (Valproato, Carbamacepina y Oxacarbamacepina), los de nueva generación (Lamotrigina, Topiramato, Gabapentina, Pregabalina) y el Litio, para el amplio espectro de diagnósticos patológicos en la infancia cuando aparecen alteraciones en la conducta, en la actividad ideacional y /o fracaso en la adaptación social.

Como fuera expuesto en el capítulo anterior, en Uruguay la investigación de la Cátedra de Psiquiatría Pediátrica de la Universidad de la República (Viola et al 2009), señala que el 40% de los niños que presentaron TDA/H presenta dos o más trastornos asociados siendo los descriptos por ansiedad, el oposicionista

desafiante y los trastornos en la esfera comportamental, señalándose además que un porcentaje algo mayor presenta dificultades para el aprendizaje escolar.

En acuerdo con Benasayag: “El gran dilema en ADDH no es medicar o no, sino **diagnosticar adecuadamente**” (pág- 34)

Desde una perspectiva dinámico-psicoanalítica, la Dra. Marisa Punta Rodulfo (2007) se interroga acerca del diagnóstico de TDA/H llamando la atención su explosión en sociedades industrializadas, basado en consideraciones organicistas reduciendo la dimensión subjetiva. En forma contundente afirma que la exclusión de la psicoterapia en sus variantes “más profundas” se debe a “un acto político y no un acto de conocimiento” (pág. 48). La autora no está de acuerdo con la idea de comorbilidad asociada al déficit atencional, sino que propone un diagnóstico diferencial en tanto debe descartarse que un “trastorno en la atención” no se deba a:

- Una patología de la ansiedad...
- Un trastorno narcisista no psicótico (Rodulfo, 1995)
- Estados depresivos crónicos, combinados o no con ansiedad
- Una patología psicótica cuya primera exteriorización puede ser hiperactividad...y estado de confusión permanente, cuando no una atención absorbida por procesos alucinatorios o delirantes
- Interferencias o interrupciones de la actividad mental causadas por la emergencia de ideas obsesivas..., a la ritualización...
- Patologías del medio no reconocidas como tales que frustran al niño en todos sus procesos vitales
- Patologías de la agresión reactiva (Winnicott, 1953) en las que toman cuerpo tendencias antisociales que, al comprometer directamente la relación del niño con su entorno, deterioran sus procesos de aprendizaje (Op.cit. pág. 52-53).

Por su parte, Benasayag y Ferreira (2007) proponen como diagnósticos diferenciales para el TDAH otras variantes de tipo biológicas como ser: agresión primaria al cerebro (anoxia, encefalopatía, infecciones del SNC, malnutrición proteica, hipoglucemia matinal, etc); otras agresiones entre las que definen hiper/hipotiroidismo, alteraciones endócrinas, intoxicaciones durante el embarazo, intoxicaciones por plomo u otras sustancias; manifestaciones de

enfermedades neurológicas (déficits intelectuales, alteraciones perceptivas o motrices, ausencias, convulsiones, anomalías cerebrales congénitas, neoplasias o tumores entre otras) y otras causas como el consumo de bebidas energizantes o alcohol o drogas específicas, problemas respiratorios crónicos que involucran la dificultad para oxigenar el cerebro, uso de broncodilatadores que tienen acción excitante, la hipoglucemia, diabetes, fallas en la captación de la información por vías sensoriales como la disminución de la visión, de la audición, etc; cuadros genéticos o neuro-metabólicos (Síndromes de X frágil, de Klinefelter, de Turner, la fenilcetonuria, la neurofibromatosis, etc.) (pág. 112)

Nuevamente, se toma como referencia a la Dra. Cristóforo ya mencionada, en tanto la estrategia terapéutica para niños con dificultades en el aprendizaje vinculadas con modalidades atencionales diferentes, debe considerar los componentes psicológicos que están implicados en la función atencional y que refieren a las funciones de realidad dependientes del Yo, las que:

...muestran el vínculo sustantivo entre el funcionamiento de la atención y las condiciones psicológicas necesarias para atender y para sostener la atención. La modificación de la vía de descarga, conduciéndola desde el cuerpo a la simbolización; así como la mejora en los recursos yoicos, habilitó una mayor capacidad para inhibir los procesos psíquicos primarios. (pág. 228)

Continúa señalando que la relación entre las dificultades en la atención y la integración del Yo, “produce dificultades en el desarrollo de la simbolización lo cual deriva en un monto de energía sin ligar, que se tramita a través del cuerpo, puesto que el yo no logra cumplir con su función de inhibición”. (Ibidem)

Podría concluirse entonces, que parece no haber un diagnóstico “puro” de hiperactividad, aunque no todos los niños que presentan hiperactividad son diagnosticados por TDAH. Queda entonces el criterio diagnóstico librado a la posición teórica, experiencial y ética del médico.

De acuerdo a lo expuesto, para esta tesis se tomaron como categorías las dificultades atencionales y la hiperactividad como unidad en sí misma cada una, a fin de no quedar capturada la variable en un diagnóstico tan controvertido con una serie de signos que podrán estar o no presentes, que difieren según el

manual clasificadorio que se utilice y que no permite problematizar el fenómeno a estudiar, sino que lo reduce a un supuesto acuerdo científico.

## **2 Perspectiva psicoanalítica de las dificultades atencionales y de la hiperactividad**

En este ítem se trabajan autores que desde la perspectiva del Psicoanálisis proponen conceptualizaciones sobre la génesis de las fallas en la atención y en el control del movimiento y la impulsividad.

Por su parte, Beatriz Janín (2004) en su texto dedicado a niños desatentos e hiperactivos, ha marcado una línea de trabajo interesante que abre posibilidades al abordaje terapéutico descentrado en la medicación exclusivamente. Para ello va a partir del lugar que el otro tiene para el niño, de las posibilidades que el vínculo otorga en su función de ligadura y sostén dentro de una historia común, para entender las fallas a nivel de la organización del yo, en la organización deseante y la libidinización. Afirma:

Desear, sentir, pensar pueden sufrir diferentes vicisitudes en una historia de pasiones. Es decir, en los avatares mismos de la constitución psíquica donde están posibilitadas las perturbaciones. Perturbaciones múltiples que nos permiten pensar la variedad y la riqueza de la psicopatología infantil. (pág. 28)

Esta perspectiva enmarcada en la historia libidinal de los vínculos, será la guía para la comprensión de los fenómenos que este trabajo pretende analizar.

La autora considera al déficit de atención y la hiperactividad como trastornos en la constitución subjetiva y no exclusivamente como determinaciones biológicas, afirmando que las llamadas patologías de borde y los trastornos narcisistas son dificultades de organización psíquica en un “terreno de conflicto intersubjetivo” (Op. citada pág. 37). Todo ello podrá ser comprendido y tratado en un sentido histórico-libidinal del niño y su familia. Adquiere relevancia la presencia de un otro capaz de transmitir algo diferente al vacío que se manifiesta como trastorno en la función atencional en tanto el niño puede llegar a inscribir un “blanco representacional”, mostrándose borrado y ausente del mundo. La función metabolizadora que el otro tiene sobre el niño constituye una matriz para que el pequeño pueda registrar sentimientos dependiendo a su vez de la

empatía (amar y sentirse amado) establecida con ese otro de referencia. Cuando esta función falla, aparece el vacío. Los niños intentarán llenar ese vacío con cosas, afirma Janín, o con desbordes motrices. (pág. 39)

Freud (1895, citado por Janín, 2004) en su “Proyecto de una psicología para neurólogos” diferencia estímulos externos e internos. Para que dicha diferencia pueda ser percibida, es necesaria la diferenciación de los procesos inconscientes de los preconcientes. En los primeros, predomina una atención refleja que Janín denomina como en el límite entre lo biológico y lo psíquico, mientras que al preconciente le corresponde una atención secundaria que es consecuencia de la inhibición de los procesos primarios. El Yo en los procesos secundarios, es capaz de inhibir los procesos primarios que no diferencian representación de percepción. La investidura del mundo externo está a cargo de un Yo capaz de inhibir dichos procesos primarios a fin de conectarse con la realidad, asegurando la diferenciación entre percepción y alucinación. La atención surge de la percepción, de la conciencia y del examen de realidad a cargo del Yo. En este planteo, las dificultades atencionales se enmarcan o bien en las dificultades yoicas para investir la realidad o bien para inhibir los procesos primarios. (pág. 50)

Para la constitución de la función atencional es importante que el estímulo (externo) esté diferenciado de la pulsión (interna). Mientras el primero es intermitente, la segunda es constante, afirma Janín basada en Freud. (pág. 51) Los estímulos siempre presentes no dan paso a la diferenciación adentro-afuera. Los estímulos ausentes tampoco permiten que se reconozca cuando aparecen. De aquí la importancia de los intervalos como posibilitadores de la diferenciación yo-no yo, que constituye la primera función yoica: la prueba de realidad.

Habría que preguntarse ¿por qué se desconectan los niños? ¿Será que están siempre estimulados o será que no perciben estímulos?

En su recorrido por la teoría de la estructuración psíquica, Janín refiere que el primer paso para atender al mundo es la diferenciación adentro-afuera, señalando que esto va a permitir ligar la desatención a la hiperactividad: no se atiende o bien se responde a todo estímulo “como si la fuga fuera posible”, pudiendo aparecer tanto situaciones de niños que han retirado las investiduras del entorno como los que nunca lo invistieron. Como segundo paso, la autora

señala que la investidura del mundo se logra por identificación con otro, quien le otorga sentido en su acción. Dependerá de la disposición de la madre-o sustituto- para esta acción, que el niño dirija su interés a los objetos del entorno señalados (invertidos) por ésta. En el texto se señalan las conclusiones de Manzano y Righetti en una investigación en Ginebra quienes afirmaron que hijos de madres deprimidas, a los 18 meses, en número significativo, presentaban descenso en la duración de la atención. Nuevamente se encuentra la importancia de ese otro, lo que se retomará luego en el capítulo dedicado al vínculo, para desarrollar eficientemente la función atencional.

En tercer lugar, la autora señala la importancia de seleccionar los estímulos a ser invertidos. Esto está estrechamente vinculado con las formas en que el propio niño es invertido-atendido por los adultos referentes, el éxito de la diferenciación con ese otro. El niño se identifica con lo que esos otros ven y transmiten acerca de él mismo. Se señala el riesgo en cuanto a que cuando falle el objeto, se produzca una retirada de la investidura yendo al vacío, ante el fracaso de apelar a sí mismo a través de la fantasía, despojado en una búsqueda “caótica” donde no se diferencian estímulos con el consiguiente fracaso en la organización de la acción. (págs. 51-54)

Se toma entonces al déficit en la atención como una falla en la constitución adentro-afuera, cuyo fracaso en el proceso secundario se manifiesta de diversos modos:

- Retracción narcisista como la intolerancia a las fallas por lo cual el niño sólo atiende a lo que le resulta fácil. Lo insoportable es la carencia.
- Depresión, que implican las fallas por la energía que insume el trabajo de duelo.
- Dificultades para acotar la fantasía, encontrando niños que están atentos a procesos internos o refugiándose en un mundo paralelo.
- Estado de alerta que implica una sobreatención primaria, por la cual el niño se conecta con un afuera pero que es peligroso. Esto conlleva varios riesgos ya que los niños que viven en un circuito de violencia-desatención pueden caer en la búsqueda de estímulos fuertes en el mundo, como ocurre con las adicciones. Janín señala el riesgo de dar medicación “potencialmente

adictiva a niños cuya estructuración psíquica tiene características adictivas”.  
(pág. 67)

Para cerrar la posición de esta autora desde el Psicoanálisis:

Durante toda la primera infancia, los límites entre inconsciente y preconscious no son claros. Es necesario que ambos sistemas se diferencien y establezcan para que, a partir de allí, la atención sostenida hacia contenidos alejados de las urgencias inmediatas se haga posible...Para que se instauren diferencias internas, que se organicen espacios y legalidades contrapuestas en el niño, el entorno debe sostener una legalidad. Diferenciar estímulo y pulsión, investir libidinalmente el mundo, construir al yo y al objeto en los avatares pulsionales pasividad-actividad, unificarse narcisísticamente, soportar la castración, sostener los deseos y mediatizarlos, son todos pre-requisitos para la construcción y el sostenimiento de la atención secundaria. Entonces, el llamado trastorno por déficit de atención no es una entidad única, sino que engloba diferentes trastornos por “déficit” en la estructuración psíquica. (pág. 71)

Cristóforo (2015) encontró en los niños de su investigación, “dificultades en la funciones yoicas de realidad, en el sentido de una organización yoica frágil” (pág. 14), indicando además un modo de relacionamiento con el entorno a predominio de vivencias persecutorias que dificultaban el investimento del mundo. Esos “otros” referentes para estos niños no eran figuras contenedoras ni sostenían las necesidades del niño. Asimismo, señala que las características de imposición en el pensamiento del vínculo con la figura materna, no les permite investir otros vínculos, para el caso, el vínculo con la maestra, todo lo cual muestra un tipo de relación de objeto marcado por el temor a la ausencia del mismo. (pág. 15)

La autora señala además que la capacidad de simbolización estaría vinculada a las características de la atención: “en tanto provee de una vía de descarga del plus pulsional, a través de la ligazón con la representación, evitando por tanto la descarga no ligada que incide negativamente en la posibilidad de atender” (ibídem).

Por su parte, Untoiglich (2011) sostiene que la atención es una función ligada al Yo, constituida en un proceso histórico intersubjetivo que determinará “a qué

y cómo se atiende” (pág. 43). Considera al niño como un sujeto activo desde los primeros tiempos del desarrollo, capaz de atender selectivamente a aquello que el otro significativo le señala en primera instancia. (Ibídem). Asimismo, la selectividad que el niño realice va a estar en relación a los avatares de su historia libidinal. El niño irá catectizando los objetos habilitados por sus padres. (pág. 45)

En relación a la denominada hiperactividad o hiperkinesia o hipermovilidad o inestabilidad psicomotriz, hay varios aportes que vale la pena destacar. En primer lugar, es importante consignar que el prefijo “hiper” indica un exceso que tiene, como concepto, sus limitaciones porque no se dice en relación a qué cota pretendidamente normal. O sea que cuando se marca un exceso habrá que decir en relación a qué o al quantum esperable, y ello dependerá de posiciones subjetivas de quién evalúe o sufra con el movimiento del niño. Lo mucho o lo poco del movimiento dependerá de condiciones ambientales y situaciones particulares (la escuela, la familia, el tipo de actividad, etc.) para cada sujeto en situación. Cuando el desborde y el fallo en el control de cierta movilidad llega a poner en riesgo al niño o a quienes comparten la cotidianeidad se considera dicha actividad como indudablemente patológica, que algunas veces será síntoma-dependiendo de la organización más neurótica de la personalidad- o bien será indicador de una falla en los procesos secundarios, tal como se ha visto para los problemas en la atención. Nuevamente se encuentra aquí la encrucijada entre lo biológico, lo psicológico, lo ambiental y lo cultural como condiciones coadyuvantes.

Untoiglich (2011) cita a Calmels (pág. 50) quien distingue hiperkinesia de hipermovilidad. El primero alude a la amplitud y rapidez de los movimientos, que se observa en acciones constantes de pequeños o grandes movimientos así como cambios posturales, todo ello sin un sentido aparente. Hipermovilidad la define como desplazamiento o inquietud sin desplazamiento, ésta podrá corresponder a la emoción que lo determine en tanto motor del movimiento.

Berges (2004, citado por Untoiglich op.cit.) señala que las palabras que (aún) no tienen lugar serán sustituidas por la movilidad, a modo de un pasaje al acto de aquello no simbolizado en el lenguaje, exteriorizándose en la acción.



La psicoanalista española Alicia Montserrat (2002) en su recorrido sobre la hiperactividad infantil, refiere que dicho concepto está constituido por hipótesis neurofisiológicas y por las “coerciones” que ejercen las dos instituciones prínceps (como fueron descritas en el capítulo anterior): la familia y la escuela (pág. 117). En su trabajo sobre “La hiperactividad con trastornos de atención en el niño: la función materna y su holding defectuoso” parte de la hipótesis de Berger sobre el “holding defectuoso” y los postulados de Winnicott sobre el origen de la hiperactividad. El cuerpo definido como envoltura y yugo del que se debe salir disruptivamente (mediante el movimiento excesivo) o bien la envoltura falta y debe buscársela afuera. Si bien hay muchas teorías sobre el funcionamiento psíquico de estos niños, todos confluyen en el fracaso de la función materna. Esto abre una perspectiva en relación al papel de la motricidad en el relacionamiento con el objeto primario. (págs. 120-122)

### **3 El vínculo como productor de subjetividad.**

Para la comprensión del tema que esta tesis se propone profundizar, se ha elegido la teoría que incluye la perspectiva vincular del Psicoanálisis, atendiendo al recorrido formativo de la autora pero sobre todo, a la visión ampliada y compleja que propone esta línea teórica sobre los procesos de constitución subjetiva y el papel de la familia en el desarrollo del niño. Esta posición teórica incluye, además, los aspectos históricos y contextuales que inciden en la producción de subjetividad en la génesis de los procesos que se estudian. En tal sentido, en el capítulo anterior se fundamentó ampliamente la cuestión de la medicalización, o sea la incidencia del pensamiento y de las prácticas médicas, en la vida cotidiana. Se ha fundamentado en base a cómo ha cambiado la perspectiva de lo que se espera para un niño actualmente y el peso de las instituciones durante su crecimiento.

En acuerdo con Rojas (2011) la perspectiva vincular y compleja le hace resistencia a los rasgos epocales: “Al jerarquizar los vínculos humanos y pensar en un “sujeto-con-otros”, siempre entramado y perteneciente, se aleja del aislamiento y los solipsismos, así como de otras concepciones hegemónicas del sistema neoliberal” (pág. 163)

Llegado este punto es importante profundizar sobre el papel de la familia en la constitución del psiquismo del niño, delimitando sus roles y funciones.

Tomando como referencia a Isidoro Berenstein, creador junto con la Dra. Puget de la perspectiva vincular del Psicoanálisis, se define al vínculo como una ligazón entre dos o más Yoes (sujetos diferenciados) que tiene la característica de ser extraterritorial a los sujetos del vínculo y que produce un espacio llamado “entre” que los liga. La pertenencia al vínculo genera un entramado fantasmático que produce un sentimiento de pertenencia, que es anterior a la identidad en tanto que cuando se nace ya se pertenece a un vínculo: se es hijo, hermano, nieto. El intercambio vincular está regulado por reglas universales, acuerdos y pactos que tienen características de producción inconsciente. Estas regulaciones permiten la circulación de los sujetos dentro y fuera de la familia, asegurando la prohibición del incesto y el cuidado de la vida. Los pactos y los acuerdos permiten la convivencia basados en el reconocimiento (o no) de la diferencia entre los sujetos y en otros aspectos de representación inconsciente que aseguran la permanencia en el vínculo o su fracaso cuando ya no se sostienen, generando sufrimiento vincular (Friedler, 1998, Berenstein, 2007).

El vínculo de pareja da lugar a la familia cuando adviene la descendencia dando cabida al hijo en la configuración vincular. Esto reposiciona lugares y funciones nominando a los sujetos del vínculo como padre, madre e hijo (se toma como ejemplo la familia tradicional)<sup>16</sup>; promoviendo el desarrollo de sus integrantes en la cotidianidad compartida donde la presencia impone un trabajo psíquico a punto de partida de la diferenciación sujeto-objeto interno.

El infans no podría subsistir sin el sujeto amparador (Berenstein, pág. 93), el niño inicia su proceso de humanización sobre una red de lazos que comienzan a tejerse en el espacio familiar (Passos, 2011). Se inaugura entonces el proceso de parentalización que debe incluir el deseo de procrear, la resignificación de las experiencias primarias como hijos, la identificación con los hijos desde los primeros momentos de la vida y la posibilidad de que ambos (padre/madre-hijo) se reconozcan y se nominen recíprocamente. (Ibídem). Este proceso de “ahijar” al recién llegado no se da per se, sino que exige varias operatorias que reconoce una historia en común, un mundo representacional en

---

16 Para el caso de las familias homoparentales, las funciones parentales están aseguradas sin importar el sexo de quién las detenta. Esta línea de investigación está en curso por parte de la autora de esta tesis.

cada sujeto del vínculo y la adscripción a un sistema de parentesco que define lugares y funciones.

Las funciones adscriptas a los lugares de parentesco están atravesadas por las condiciones epocales de producción subjetiva, son redefinidas, pero sobre todo, no son fijas ni están ligadas a los lugares tradicionales de parentesco (padre-madre-hijo), de tal manera que cuando algunas de las funciones está ausente o falla, puede ser suplida por otro o por otras funciones. En las formas actuales de ser y estar en familia esto es dinámico y fluido ya que las funciones no siempre coinciden con los lugares ni con las personas que originalmente lo cumplieron o es esperable que lo hagan. Pasaron de ser función materna y paterna a función de sostén y corte, para denominarse últimamente como funciones de parentalización. Tanto la madre como el padre sostienen en el sentido de apuntalamiento y ambos también ejercen la función de corte en el sentido de diferenciación del hijo. (Amores, 2000)

Berenstein (2007, pág. 99 y sigs.) define al lugar de la madre como aquella que tiene a su cargo dar asistencia material y emocional al hijo, ayudándolo en su condición de desamparo. Asimismo, deberá investir narcisísticamente el cuerpo del hijo ayudando a la constitución del mundo interno del niño a partir de las experiencias emocionales. Se espera además que la madre colabore en la construcción de la representación de cuerpo en el niño, diferenciándolo del propio cuerpo. Este proceso iniciará la subjetivación del niño, que dependerá además de los otros de la familia y por fuera de ella. La madre se constituirá a sí misma en el vínculo con su hijo y a partir de la investidura que éste haga de ella. El autor define además que la madre deberá devenir objeto deseado del hijo, ubicado en una trama desiderativa de tipo triangular que lo excluya de la pareja. Debe garantizar la conducción del hijo hacia otra presencia por fuera de la relación madre-hijo, dando lugar al padre, que exige como condición previa haber tenido lugar para esa mujer-madre.

Por otra parte, Berenstein define el lugar del padre como el que debe:

- a) prevenir, impedir, obstaculizar la relación infantil de su esposa con su padre o con su familia;
- b) prevenir, impedir, obstaculizar el acercamiento abusivo del hijo a su madre, esto es, enunciar y sostener la amenaza de castración;

c) prevenir, impedir, obstaculizar su propio acercamiento sexual al hijo; él desde afuera, como sujeto, debe enunciar una prohibición que lo toma a él mismo como objeto.

Por su parte, el padre debe aceptar ser el excluido en la relación del hijo con la madre, ante lo cual deberá confiar en su propio lugar; debe además transmitir las voces de lo sociocultural, marcar al hijo como objeto de su deseo y en el futuro aceptar una nueva modalidad de exclusión que implica dar a la hija en exogamia. (pág. 100-101)

En cuanto al lugar del hijo, el autor menciona que éste deberá aceptar ser objeto de deseo de ambos padres tanto como objeto interno como sujeto de la exterioridad. Debe ocupar el lugar asignado por sus padres y por el entorno pudiendo imponer su propia marca en cuanto al cómo cumplir con estas funciones. El hijo deberá aceptar que su cuerpo sea narcisizado por los padres, siendo irrestricto el acceso a su madre para ir dando paso a la restricción a medida que va creciendo, lugar de la fantasía sin prohibiciones, pero limitado en la presencia. Deberá ser el portavoz de los ideales familiares y de la cultura.

Cabe mencionar aquí el concepto de contrato narcisista de Piera Aulagnier (1975) mediante el cual la autora indica que es un factor que interviene en el modo en el que la pareja inviste, catectiza al hijo. La huella que ha impregnado a esta pareja el medio social, impregna la relación que la pareja mantiene con el niño. Aulagnier afirma que el grupo proyectará sobre el lugar que el niño ocupará, la ilusión de que transmita idénticamente el modelo sociocultural. Por su parte, el niño en tanto nuevo integrante del grupo, se compromete a repetir el discurso del grupo.

El sujeto ve en el conjunto al soporte ofrecido a una parte de su libido narcisista; por ello, hace de su voz el elemento que se añade al coro que, en y para el conjunto, comenta el origen de la pieza y enuncia el objeto al que apunta. A cambio de ello, el grupo reconoce que sólo puede existir gracias a lo que la voz repite...El contrato narcisista se instaure 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. (págs. 163 y164)

Blanda et al (2012) citan a K aes (1996) quien sostiene que el grupo precede al sujeto, sin posibilidad de elecci3n.

Somos puestos en el mundo por m as de un otro, por m as de un sexo y nuestra prehistoria hace de cada uno de nosotros el sujeto de un conjunto intersubjetivo cuyos sujetos nos tienen y nos sostienen como los servidores y herederos de sus sueños de deseos irrealizados, de sus represiones y de sus renunciamientos, en sus discursos, fantasías e historias. En esta prehistoria es donde se constituye lo originario, el comienzo del sujeto antes de su advenimiento, all  arraiga la subjetividad. De este modo, el grupo que nos precede nos asigna lugares, nos presenta objetos, nos ofrece medios de protecci3n de ataque, nos traza vías de cumplimiento, al mismo tiempo que nos señala límites y enuncia prohibiciones. El conjunto de personas que recibe al bebé, lo nombra, lo ha soñado, lo inviste, lo ubica y le habla, es por ello que de esta manera el sujeto del grupo deviene en sujeto hablante y sujeto hablado, no solo por efecto de la lengua, sino por el efecto del deseo de los que se hacen también portadores del deseo, de la prohibici3n y de las representaciones del conjunto. (pág. 99)

La condici3n humana depende del vínculo con otros, esto singulariza en cada sujeto la vida, la que se despegar  de la condici3n biol3gica que homogeniza, llamada la vida desnuda según Berenstein. (op. cit. pág. 115)

El aparato psíquico es el enlace entre la vida biol3gica y el sujeto del vínculo. Importa aquí el lugar del cuerpo del niño en tanto sujeto del vínculo, atendiendo a las peculiaridades de los niños estudiados y el lugar que ocupan en la familia.

La subjetividad se produce en el encuentro con otros, sobre todo con aquellos en quienes se reconoce una pertenencia común, familiar. El cuerpo es condici3n necesaria, diría Berenstein pero no suficiente, ya que sin cuerpo no habría subjetividad. El cuerpo y el vínculo son soportes del psiquismo, de allí la importancia de profundizar en los efectos de uno sobre el otro.

Otra perspectiva es la que plantea Sara Amores (2000, pág. 20) al referirse que el niño forma parte de un ecosistema familiar y sociocultural en un "activo y recíproco proceso de intercambio", acentuando que el sistema ecol3gico humano, como lo llama, trasmite la informaci3n siendo esto fuente de complejidad y de creaci3n a la vez.

La incidencia y el papel de lo externo (al propio psiquismo) siempre ha sido fuente de controversias en Psicoanálisis. Sigmund Freud en su extensa obra se ocupó de estudiar y describir el psiquismo habiendo dejado instalados algunos conceptos que podrían llamarse “modelos intersubjetivos” (Moguillansky y Nussbaum, 2013): Totem y Tabú de 1913 (1913 a); Psicología de las Masas de 1921 y El Malestar en la Cultura de 1929. Estos escritos de estirpe antropológica son reconocidos como los fundamentos de las concepciones que fueron desarrollándose en torno a la relación entre psiquismo y cultura o, mejor dicho, las instituciones que la integran. En el primero de ellos, el pacto entre hermanos que instituye la interdicción del incesto, se transformará en Ley Universal que organiza la estructura psíquica de los individuos y la regulación de los vínculos. En Psicología de las Masas, Freud afirma: “Cada individuo es miembro de muchas masas, tiene múltiples ligazones de identificación y ha edificado su ideal del yo según los más diversos modelos. Cada individuo participa, así, del alma de muchas masas...” (pág. 122) describiendo de este modo el lugar del individuo en el grupo, para explicar cómo funciona el psiquismo: “...resigna su ideal del yo y lo permuta por el ideal de la masa corporizado en el conductor” en interacción y en relación al grupo al que pertenece. Finalmente, en El Malestar en la Cultura sus reflexiones apuntan a describir las restricciones que la cultura impone a las exigencias pulsionales del individuo; para relacionar ello con el origen de la enfermedad (sufrimiento podría decirse hoy en día). La renuncia a lo pulsional hará posible el amor y el desarrollo de la civilización, al decir de Moguillansky y Nussbaum. (pág. 46). En un texto menor de 1913 denominado “El interés por el psicoanálisis”, Freud ya había reconocido la relación entre las instituciones sociales y las neurosis:

El conocimiento de las neurosis que los individuos contraen ha prestado buenos servicios para entender las grandes instituciones sociales, pues las neurosis mismas se revelan como unos intentos de solucionar por vía individual los problemas de la compensación de los deseos, problemas que deben ser resueltos socialmente por las instituciones. (1913 b, pág. 189)

En relación al tema que estudia esta tesis, la vinculación entre el malestar, la enfermedad y el sufrimiento en las instituciones, la cultura y las exigencias son insoslayables. Por ello es importante ampliar la comprensión de los fenómenos

que se medican en la infancia porque no son generados en el niño, sino en sus circunstancias. El impacto que dichos fenómenos pueden tener en el grupo próximo del niño-que va desde la exclusión del horario escolar como la segregación que puede sufrir el protagonista por parte de sus pares- parece tener explicación en parte por lo expuesto por Freud:

...el carácter asocial de las neurosis en general, todas las cuales aspiran a esforzar al individuo fuera de la sociedad y sustituirle el asilo en el claustro, de épocas anteriores, por el aislamiento de la enfermedad. El intenso sentimiento de culpabilidad que gobierna a tantas neurosis se le revela como la modificación social de la angustia neurótica. Por otro lado, el psicoanálisis descubre en su más amplia escala la participación que las constelaciones y los requerimientos sociales tienen en la causación de la neurosis. Las fuerzas que originan la limitación y la represión de lo pulsional por obra del yo surgen, en lo esencial, de la docilidad hacia las exigencias de la cultura. (Freud, 2013b, págs. 190 y 191)

De manera genial, Freud dirige un mensaje a los educadores, a quienes advierte que cuando se familiaricen con los resultados del Psicoanálisis, “hallarán más fácil reconciliarse con ciertas fases del desarrollo infantil”, lo que puede ser comprendido hoy en día como una ampliación de la mirada sobre los denominados problemas atencionales o dificultades del aprendizaje. Continúa luego en un texto de indiscutible vigencia:

El Psicoanálisis tiene a menudo oportunidad de averiguar cuánto contribuye a producir enfermedades nerviosas la severidad inoportuna e ininteligente de la educación, o bien a expensas de cuántas pérdidas en la capacidad de producir y de gozar se obtiene la normalidad exigida...Nuestras mejores virtudes se han desarrollado como unas formaciones reactivas y sublimaciones sobre el terreno de las peores disposiciones (constitucionales). La educación debería poner un cuidado extremo en no cegar estas preciosas fuentes de fuerza y limitarse a promover los procesos por los cuales esas energías pueden guiarse hacia el buen camino. (Ibídem pág. 192)

Otro concepto freudiano de gran importancia es el de series complementarias (Freud, 1916), que surge ante la pregunta sobre si las

neurosis son enfermedades exógenas o endógenas. La constitución (sexual) y las causas externas se conjugan con los factores predisponentes y fijaciones libidinales para causar la enfermedad (el síntoma). Lo externo y lo interno al sujeto sumado a los avatares de las condiciones de la vida (incluyendo el azar) inciden sobre la producción de sufrimiento a nivel subjetivo. En tal sentido, hoy podría entenderse este concepto, de acuerdo a M. C. Rojas (2008) como:

El factor actual, introducido por Freud, se fue reduciendo en el postfreudismo a factor desencadenante, sin el valor constructivo que adquiere con la concepción hoy vigente de un psiquismo abierto. De tal modo, las primeras experiencias infantiles van perdiendo el valor de explicación única y final: operan, en todo caso, en constante movimiento recursivo con la producción actual. En relación con la herencia y la disposición genética, señalaré la posibilidad de que sean tomadas en cuenta, en tanto no separables de las concepciones psicoanalíticas sobre la corporalidad. (pág. 39)

Esta autora propone una visión compleja y abierta en cuanto a la formación del psiquismo y de la enfermedad que no descarta ninguna de las vertientes en juego para el tema de la investigación: la historia, la biología, la formación del inconsciente y los vínculos.

La perspectiva vincular psicoanalítica, ha postulado la noción de tres espacios psíquicos definida como “lógicas o sistemas de inscripciones representacionales que implican dinámicas diferentes y que tienen vigencia desde el comienzo de la vida como un triple registro” (Krakov y Pachuk, 1998 pág 446). El espacio intrasubjetivo refiere a la unidireccionalidad que parte del Yo hacia el exterior, cuyos componentes son la pulsión, el deseo, las fantasías y las relaciones objetales. El espacio intersubjetivo se caracteriza por ser bidireccional en tanto proviene de la relación con los otros. Para funcionar se hace necesaria la regulación mediante pactos y acuerdos inconscientes ya descriptos. El espacio transubjetivo ha sido definido por la Dra. Puget (1987, citada por Krakov y Pachuk, pág 448) como:

Las representaciones del mundo externo real (social y físico) que el Yo adquiere desde lo originario directamente, así como por la mediatización del Super Yo de los objetos parentales. El sujeto es tanto sujeto del mundo como de la estructura familiar.



Esta triple inscripción en el aparato psíquico de los espacios intra, inter y trans subjetivo es algo que sucede en forma permanente desde los orígenes. En los primeros tiempos este proceso es mediatizado por las figuras de referencia para luego ir dando paso a la propia experiencia con el mundo interno, en el vínculo y con su entorno. La cultura trasmite sus valores, lo prescripto y lo prohibido a través de los discursos vigentes, tradicionales, religiosos, ideológicos y cada familia procesará estos mandatos en torno a la sexualidad y la violencia mediante pactos y acuerdos que regulan las modalidades vinculares. Siempre habrá una cuota de azar, de no previsto y no semantizado que se impondrá a modo de contenido que busca ser significado.

En cuanto a las funciones parentales, retomando a Passos (págs. 1009 y sigs) no están garantizadas por el lazo biológico, sino que adoptar psíquicamente al niño implica investirlo como hijo e incluirlo en una cadena generacional, lo que constituye el principal fundamento para la configuración de las relaciones parentales<sup>17</sup>. El control pulsional del niño inmaduro dependerá de la presencia de otro significativo que pueda sostener sus excesos pulsionales del niño para poder generar la propia contención. La autora llama a esto, los primeros ejercicios de la ley parental, que permitirá al niño crear sus límites y madurar la posición subjetiva con la cual será un nuevo eslabón de la cadena de varios otros. La ley en tanto adquiera sentido simbólico, regularán los intercambios del niño con el mundo sin necesidad de la presencia real de los padres. Cuando se compromete esa función simbólica, se dificulta la internalización de la ley de convivencia y los límites necesarios de reconocimiento de sí y del otro, condición para su inserción en la intersubjetividad. Lebrun (2008, citado por Passos) indica que ciertas fallas en las referencias simbólicas son características de la época, lo que repercute en la maduración del niño; las debilidades en las referencias primarias junto a la falta de legitimación de la autoridad generan empobrecimiento simbólico. Esta ausencia produce un vacío incapaz de sostener la angustia original. Por su parte Birman (2007, citado por Passos) afirma que tanto el empobrecimiento de los procesos de simbolización como la fragilidad de los investimentos narcisistas primarios, generan perturbaciones en las que el pasaje al acto domina la regulación psíquica, promoviendo descargas sobre el cuerpo y el

---

17 Traducción de la tesista.

acting. Dichas perturbaciones casi siempre están marcadas por una precariedad en los límites de las relaciones intra e intersubjetivas, indicando así los efectos de un prolongado desamparo original, generando defensas bajo la forma de violencia contra sí mismo o contra otro. El pasaje al acto, sostiene Passos, parece estar directamente asociado a la precariedad de la autoridad parental que a su vez se vincula a la fragilidad de las referencias simbólicas (pág. 1014)

El niño queda a merced de sus propios impulsos, dando cuenta así del intenso sufrimiento relacionado con ese desamparo original, dificultando la vida de relación y la inserción en los espacios naturales para la infancia. Los niños inquietos, hiperactivos parecen no poder contener la fuerza de la pulsión, buscando una descarga mediante la acción que muchas veces no reconoce límites del propio cuerpo ni del cuerpo del otro.

Profundizando aún más en el papel de la familia en la constitución subjetiva del infans, Moguillansky y Nussbaum (2013) señalan que cada individuo está predeterminado (quizás sería mejor plantear precedido para evitar concepciones deterministas) por vínculos familiares y sociales que preexisten a su llegada. La pertenencia al vínculo es anterior a la propia identidad, en tanto como ya se expresó, se pertenece al linaje familiar antes de tener conciencia de ser con nombre y apellido. Estos autores afirman:

Somos usuarios y deudores de una herencia anónima, herederos de un tesoro de saberes, de normas que la humanidad ha ido construyendo desde tiempos inmemoriales, un tesoro del que nos apropiamos para ser parte de la humanidad y que la apropiación de esos saberes y normas instituyen nuestro pensar. (pág. 29)

Entonces cada sujeto para afiliarse al sistema que lo cuida, lo nombra, lo invierte, debe recorrer un camino trabajoso a fin de responder a las expectativas del grupo. En primer lugar, de sus padres y, en segundo lugar, de la institución que lo acoge para civilizarlo: la escuela.

### **3.1 Las nociones de ajenidad, presencia y acontecimiento para comprender el vínculo parento-filial.**

La manifestación de algún tipo de dificultad en el niño, afecta al decir de Rojas (2008) los recursos psíquicos de la familia, recursos que son necesarios para apoyar y abordar las estrategias terapéuticas. Este hijo requiere de investiduras narcisísticas que exigen a su vez, de un trabajo psíquico mayor por los sentimientos ambivalentes que se agudizan ante la presencia de un niño cuyo cuerpo es incontrolable o bien que sólo genera críticas por parte del entorno. Las expectativas se ven frustradas cuando se acompaña de fracaso a nivel de los aprendizajes (no sólo curriculares sino también sociales) poniendo a prueba el contrato narcisista. Sumado a las dificultades que porta el niño, aparecen las generadas por falta de investidura narcisista que subvierten los intercambios que a nivel libidinal se esperan para el vínculo parento-filial. Dónde se genera “lo enfermo” puede no llegar a conocerse en tanto la mutua afectación en el vínculo produce condiciones para que la situación se transforme en un imán donde van a parar las justificaciones de todos los males que los aquejan. Así, la posible depresión materna o el aislamiento familiar o bien la separación de los padres pasan por las dificultades que atraviesan en torno a las “fallas” del niño, invisibilizando (desmintiendo) otras razones del sufrimiento familiar.

Los padres son quienes bajo la expectativa del grupo social, deben criar bien a sus hijos, haciendo de ellos ciudadanos dignos, responsables, ilustrados<sup>18</sup>. Cuando ello es vivido como fracaso tempranamente acontece que o bien se cuestionan la capacidad para ser padres o bien se proyectan sobre el niño todas las responsabilidades de semejante fracaso. Ser padres culposos o ser padres que se desentienden de sus actos son alternativas que no contribuyen al crecimiento saludable del hijo. En ambas circunstancias el niño queda en soledad con lo que le pasa, sin padres que puedan sostenerlo por vivencias de fracaso o por ser él mismo un fracaso que no amerita contención. Se pone en juego el llamado narcisismo parental, por el cual se espera que el niño responda a las expectativas desde antes del nacimiento. Se lo espera, se lo imagina, se lo fantasea a partir de proyecciones y atribuciones ancladas en la

---

18 Una frase ícono del ideario artiguista es “Sean los orientales tan ilustrados como valientes”.

propia experiencia de los futuros padres, cargadas de deseos narcisistas infantiles. Desde las cualidades físicas hasta las expectativas de logros futuros se imaginan a la hora de recibir al hijo. Cuanto mayor sea la distancia entre el niño imaginario y el real, mayor será el trabajo de agenciamiento psíquico que ambos padres deberán hacer para incluirlo en la cadena familiar. Cuanto menor sea esta distancia, la completud narcisista se impondrá como fantasía autorrealizada, la que deberá ir abandonándose a medida que el niño crece y va mostrando sus propias elecciones, diferenciadas de la de sus padres. En la mayoría de los casos-afortunadamente- ocurre un equilibrio que se va logrando a medida que nuevas experiencias son incorporadas y semantizadas en el vínculo parento-filial. Se puede esperar el tiempo de la maduración, el tiempo de los aprendizajes, el tiempo de las decisiones dilatando así la satisfacción narcisista inmediata de que el hijo sea como los padres lo anhelaron.

Cuando un niño debuta como hijo mostrando la cara más débil, cuestiona a los padres. Surgen preguntas autorreferidas sobre por qué a ellos, o sobre qué hicieron mal, ubicando el problema en un lugar de difícil metabolización. El niño se vuelve extranjero en tanto no es lo esperado, es otro del imaginado y puede llegar a provocar rechazo en el propio seno familiar. Las investiduras son escasas o bien se aprecian verdaderas desinvestaduras cuando por ejemplo se señala que el niño no tiene nada bueno que destacar.

Este narcisismo parental herido suele ser un verdadero obstáculo para el vínculo. Reintegrar el hijo al lugar del hijo deseado no es tarea fácil y exige un trabajo minucioso e intenso sobre los deseos de los padres y la aceptación de la realidad.

En una lectura vincular de la situación, se encuentra frecuentemente que estos niños se manifiestan contrarios a las atribuciones identitarias establecidas como forma de sostener la lucha por la propia identidad. Rehúsan el lugar dado buscando ocupar el lugar de hijo a su manera, diferenciado del que tuvieron sus padres en sus propias familias de origen y al que tienen sus hermanos mayores. Esto enfrenta a la familia a reconocer en sus miembros la singularidad de la pertenencia a la misma, que acepta un origen común pero que no fuerza un futuro idéntico para cada uno de sus integrantes. Alojar lo diferente es un trabajo permanente que exige renunciaciones, pérdida de ideales y aceptación de la ajenidad.

El término ajenidad es utilizado en la teoría vincular como aquel registro del otro que no se logra inscribir como propio, pero que igualmente se intentará creer que es posible. Lo ajeno dificulta el vínculo y es a la vez, lo que mueve a vincularse, paradójicamente. Berenstein (2004) sostiene que lo ajeno es “la herida que el otro aporta al sujeto” teniendo dos destinos posibles: rehusar la ajenidad o la posibilidad de establecer un lugar donde “antes hubo herida”. “Si en el primer caso el dolor es por la no coincidencia con la representación, en el segundo la novedad tiene lugar por el trabajo con la presentación del otro” (pág. 35). Otro concepto importante es el de presencia, que se opone al de representación. De igual modo lo que el autor llama juicio de existencia, coincide en la realidad y se opone al juicio de atribución. La presencia de otro supone un tope para la representación de ese otro, en tanto ya no es objeto interno, sino que reviste una exterioridad que se impone. Esta presencia supone una presentación, para lo cual el sujeto dirá Berenstein, encuentra dos caminos a saber: la incorpora como representación que requiere de la ausencia de ese otro pasando a formar parte de la trama fantasmática del Yo; o bien tendrá que iniciar una serie de acciones ya que no puede representarla por no tener antecedentes. Se crea en esa situación. “Entre la percepción del otro y el otro hay un camino plagado de interpretaciones y lo que sorprenderá al sujeto es la presencia y lo no posible de interpretar”. (pág. 54) Para ejemplificar, el autor toma el modelo de la madre y el bebé. Esta última lo inviste desde sus representaciones y desde el lugar de cuidado del niño, lo que hará de acuerdo a las identificaciones con su propia madre y a las epocales. La presentación del bebé ubicado en un lugar de otro lo posiciona como ajeno y su madre tratará de “hacerlo coincidir con su representación, que ésta lo envuelva en su totalidad, y el bebé le mostrará que no es posible, lo cual lo hace inaccesible en parte”. (pág. 53)

Para Puget (2015) el vínculo tiene una cualidad esencial llamada alteridad de cada uno, que se va a imponer al otro. “El encuentro tiene siempre algo inédito e impensable previamente, algo pasa que no estuvo antes...imposible prever lo que va a suceder...” (pág 21) Encuentro inaugural e inaugurante con ese otro que se crea y se produce a cada paso sin aprendizajes previos.

La noción de presentación está unida a la de acontecimiento, que Berenstein siguiendo a Badiou y Lewkowicz llama a aquello que no cabe en la

representación y que cuando se le hace lugar, cambia la significación de lo que estaba.

Se caracteriza como acontecimiento la emergencia de un hecho nuevo del cual se puede decir que no tiene lugar ni representación previa, que se da en un campo donde es posible que ocurra y a la vez no es posible aprehenderlo hasta después de producido. Aquello que modifica no es un desarrollo de lo que está predispuesto, de una latencia o de algo que está en potencia...Nuevo se refiere a una no inscripción previa. (Berenstein 2004, pág. 105)

El advenimiento de un hijo podrá ser o no un acontecimiento según como modifique los vínculos establecidos. Lo contrario es la repetición y la ilusión de algo más de lo mismo (p.ej. todos los hijos fueron criados igual) que impide el alojamiento de la novedad, quizás porque viene a interrumpir un supuesto orden establecido. Del mismo modo puede suceder con la enfermedad (ya que de diagnóstico y tratamiento farmacológico se trata esta tesis), hacerle lugar a lo que ello significa provee un escenario trabajable, semantizable. Mientras que la desmentida o la negación impiden el acercamiento a la temática como algo a pensar sino como un dado incuestionable.

#### **4 Las técnicas de exploración de la personalidad.**

Para la investigación que aquí se informa, fueron utilizados tests proyectivos, uno de tipo gráfico: Familia Kinética Actual y otro de tipo temático: Test de Pata Negra.

Vale la pena introducir el tema a partir de las palabras de Jaime Bernstein, citado por García Arzeno (1993):

Esa temprana preferencia por el examen psicológico a través del comportamiento gráfico implica una precoz percepción de su valor comunicativo, de su eficiencia para recoger informaciones más veraces, menos trampeadas que las que se obtienen por la vía engañosa del lenguaje. (pág. 125)

Los psicólogos clínicos saben que el nivel más profundo de la personalidad puede ser estudiado desde la expresión gráfica que para nada resulta más simple, sino que, por el contrario, es complejo y requiere de mucha experticia y

formación. No obstante, sigue siendo la vía privilegiada en el encuentro clínico con los niños y goza de innumerables ventajas a la hora de promover la comunicación y el acceso a los estratos más profundos. El lenguaje gráfico, dice García Arzeno, es cercano al inconsciente y al Yo corporal, registro al que se acude como modelo experiencial a la hora de representar-se en una hoja. Esa característica lo hace más confiable que el lenguaje verbal puesto que está sometido al control consciente del sujeto. (págs. 127 y 128). Son tests que no presentan ninguna contraindicación y son bien aceptados por los niños en tanto es una tarea familiar para ellos. Bernstein ([1969] 1997) en el prólogo del libro de Hammer (Ibídem) Tests proyectivos gráficos, afirma que el clínico sabe que ese lenguaje es confiable, más ingenuo y espontáneo a la vez que complejo y difícil. A fin de sistematizar toda la información contenida en el gesto y la producción gráfica, el clínico debe considerar una serie de pautas formales para su interpretación teniendo en cuenta según Caride y Rozzi (1982) diferentes planos: gestáltico, gráfico, de las estructuras formales y de contenido. Ese análisis formal del gráfico da cuenta de las características de la organización y del funcionamiento del aparato psíquico. Estos datos serán cotejados con los obtenidos intra e intertests para trabajar sobre las recurrencias y convergencias (Celener 2002 pág.50) Las recurrencias serán agrupadas en base a la similitud de los significados, dice Celener, mientras que las convergencias refieren a la diversidad y la posible oposición de los datos. Este proceso es por el cual se realizan las inferencias que conformarán las hipótesis de segundo nivel. El material debe ser tenido en cuenta en su totalidad, nunca un solo rasgo va a generar interpretaciones contundentes. A su vez, si bien los tests proyectivos gráficos se analizan desde el marco teórico psicoanalítico, el clínico utilizará una o dos referencias de autores de acuerdo a su orientación y formación.

Una vez más se debe tener en cuenta que las teorías acerca del enfermar y de la salud son tributarias de la concepción de subjetividad que se tenga. Siguiendo con las afirmaciones de Celener, en el proceso de interpretación por el cual se transforman los observables en conceptualizaciones metapsicológicas, el clínico trabaja con tres niveles de inferencia: el nivel observacional (conducta del entrevistado, manifestaciones transferenciales y contratransferenciales y las respuestas a las técnicas). Al seleccionar-recortar el material, se define desde qué teoría se lo está pensando, se toman algunos

datos directos bajo la presunción de que pueden remitir a significados que aporten conocimientos. (pág. 53) El segundo nivel de inferencia, es el de la interpretación de la empiria, basado en la construcción de hipótesis a partir de los datos empíricos. Aquí van sumándose datos que configuran las recurrencias que permiten realizar “generalizaciones que dan validez a las inferencias”. (pág. 54). El tercer nivel de inferencia es el de las especulaciones teóricas metapsicológicas, mediante el cual se relacionan hipótesis interpretativas surgidas del segundo nivel con la metapsicología dice la autora. Las afirmaciones aquí aluden a entidades teóricas. A modo de organización de la enorme información que las técnicas proyectivas proveen, se trabaja en base a algunos niveles de análisis en los gráficos siguiendo a Caride y Rozzi. Para las técnicas temáticas o narrativas, cada autor propone una sistematización de los datos para organizar la cantidad de información que proveen y en relación a lo que el test se propone investigar, sustentado por la teoría que lo origina.

#### **4.1 Test de la Familia Kinética Actual según Renata Frank** ([1985] 2000)

La autora realiza una revisión acerca del test de la familia del cual deriva la variante kinética, el que fue transmitido de forma oral remitiendo sus orígenes conocidos a 1931 (Appel, Minkowska y Porot como algunos de los autores referidos). En 1961, Corman publicó la nueva versión destinada a la tarea clínica “para descubrir un conflicto grave entre el niño y algún miembro de su familia, habrá que llevar a que éste nos revele sus sentimientos más íntimos y la forma en que, en el inconsciente, vive sus relaciones con esa persona” (citado por Frank, pág. 18). Otros investigadores de América del Norte continuaron investigando la técnica para dar paso en 1972 con Burns y Kaufman a la versión kinética de la familia. Estos autores sostienen que el niño “se expresa con mayor facilidad a través de la acción que de la palabra” (pág 23), hecho a favor de las técnicas gráficas por sobre las verbales. La versión actual de la familia kinética enfrenta al sujeto en situación de pensarse en el presente como miembro de su familia. Las fantasías y sentimientos vinculados a lo que acontece en el presente se pondrán en juego para ser proyectados mediante el gráfico. La consigna “Dibuja a tu familia haciendo algo” que podrá agregar o no el “incluyéndote a ti” generalmente es bien aceptada por los niños.



Lo resistencial aparece cuando algún integrante es excluido por proyección de la violencia hacia ese familiar o bien siendo él mismo el ausente como expresión máxima de exclusión. Si bien representarse por fuera de la familia implica un nivel de sufrimiento importante, vinculado a no ser aceptado, etc; también podría representar una expresión de deseo en tanto busca un lugar diferenciado, singular por fuera del conflicto. Se busca que el niño se incluya, aun cuando diga que está en otro lugar. El fallo total en este test no es esperado si bien puede producirse cuando la angustia es intensa en relación a la representación de lo familiar, y está en directa relación con el grado de sufrimiento proveniente del entorno próximo y/o de algunos de sus vínculos.

Frank (pág. 37) señala que la experiencia ha demostrado los siguientes supuestos teóricos: “a) el test permite obtener material significativo respecto de la dinámica y estructura de personalidad del sujeto y b) provee datos sobre las relaciones vinculares fantaseadas de éste con su grupo familiar”. Más adelante en el capítulo III se describirán los criterios de interpretación.

Esta técnica suele aplicarse junto a la Familia Kinética Prospectiva para conocer las fantasías en relación al cambio fantaseado (temido o esperado), pudiendo proyectarse en una familia imaginaria a futuro. Suele ser interesante para evaluar las expectativas en torno al conflicto actual. Otra bondad de esta técnica gráfica, es que puede utilizarse como técnica de consenso, para explorar las representaciones vinculares de todo el grupo familiar.

#### **4.2 Test de Pata Negra de Corman (1959-1961)<sup>19</sup>**

Trabajado por el autor en el Centro Médico Psicológico de Nantes en Francia, este test se lo califica como uno de los “Test de Cuadros”, conocidas en el medio rioplatense como “Técnicas Temáticas Verbales para Niños” según Schwartz y Caride (2001, pág 17)<sup>20</sup>. Tiene su antecedente inmediato en el test “Las aventuras de Blacky” de Blum creado en 1946 y de circulación por Estados Unidos. Ambos tests exploran el psiquismo infantil: tendencias, conflictos y defensas predominantes. La riqueza de las láminas y de lo que promueve con sus representaciones, promueve la proyección del mundo interno, favorecido en este caso por ser un único protagonista al que le van sucediendo cosas en un

---

19 Según Schwartz y Caride, 2001. Universidad Nacional de La Plata

20 Ver láminas en anexos

ámbito familiar o fuera de él. El protagonista, un chanchito con una pata negra a diferencia del resto del grupo (familia), se ve enfrentado a situaciones de conflicto edípico, fraterno, social (representado por hombres u otros animales) que deberá ir resolviendo. La libertad con la que cuenta el niño para elegir las láminas y expresarse sobre ellas desde lo menos a lo más consciente le confiere una riqueza específica para explorar la vincularidad. Cómo el niño se vivencia a sí mismo identificado o no con el protagonista y cómo vive a los otros significativos (padre, madre, hermanos) es lo que se va a ir develando a lo largo del test.

Cuenta para ello con una serie de fases predominantemente de respuesta verbal y mínimamente gráfica al final. Las diferentes etapas de aplicación son descritas más adelante en el capítulo metodológico. Importa aquí destacar que en cuanto a la posición del protagonista en relación a los padres, Corman propone interpretarlo como conflicto edípico y la posición en relación a los pares-hermanos o a veces nominados como amigos- son interpretados como inherentes al conflicto fraterno. Esto resulta interesante en tanto el autor le da un estatuto significativo a lo fraterno como conflicto estructurante del psiquismo.

Para esta tesis, teniendo en cuenta que los niños estudiados suelen tener conflictos con sus pares, la propuesta del Test de Pata Negra es de inigualable valor para conocer las representaciones del niño en el otro grupo de referencia que es el de los pares-compañeros de clase.



## Capítulo III

### Desarrollo de la investigación

...queda sin embargo "*La Ciencia*" sin tener eficacia, ante una serie de hechos y problemas *singulares*, relativos a situaciones y vicisitudes humanas-como el *deseo*, la motivación, los ideales, el desafío de los límites, el miedo a lo desconocido, la apuesta, la identificación, la proyección, la superación, etc.-, heterogénea serie de datos que sin embargo podrían ser incluidos en un *campo* común, el de la subjetividad, difícilmente reductible a los componentes biológicos del ser humano...

Pulice, Zelis y Manson<sup>21</sup>

---

21 "Investigar la subjetividad", 2007, pág. 34

## **1- El problema y las preguntas de investigación:**

De acuerdo a lo planteado en el capítulo I, se destaca la situación en la cual los niños en Uruguay que están siendo tratados a partir de diagnósticos psiquiátricos por dificultades en la atención y/o por hiperactividad, tienen como terapéutica prínceps la farmacológica. Esto se vinculó a los modos actuales de requerimientos en lo social y educacional para la permanencia del niño en los espacios propios (la escuela, el hogar) a fin de cumplir con las exigencias y expectativas de padres y educadores. El niño crece, se desarrolla, enferma y cura en la familia, por la familia y a pesar de la familia parafraseando a la Dra. Eva Giberti (2005)

En tal contexto, surge la cuestión acerca de la incidencia y la representación del niño en tratamiento para la familia y cómo esto repercute en el propio niño: tanto el hecho de tener que tomar medicación para poder estar (y ser aceptado) en la escuela como el hecho vinculado a la imagen que sus padres, cuidadores y hermanos-pares-compañeros, le devuelven. El niño se identificará entre otras posibilidades, con la imagen que le espejan los otros significativos y cuanto más crece, mayor peso adquiere lo que los otros piensan de él. Interesa además ver si está o no dañada su propia imagen en vínculo, esto es, dentro del grupo primario de pertenencia.

Surge como pregunta:

**¿Cómo impacta el diagnóstico y el tratamiento farmacológico por dificultades en la atención y/o por hiperactividad en niños escolares, en los vínculos intrafamiliares?**

Para responder la misma, se intentará indagar además:

¿Qué características tienen los vínculos parento-filiales y fraternos en las familias de los niños estudiados y cómo se perciben luego de iniciado el tratamiento farmacológico? ¿Cómo se percibe el niño a sí mismo en esta

situación? ¿Cómo es el lugar atribuido al niño que presenta estas características en la familia?

A partir de allí surge una hipótesis de trabajo principal y otras secundarias en relación a los cambios que se podrían identificar tanto en los niños como en los padres:

1) El diagnóstico y tratamiento farmacológico de niños con dificultades en la atención y/o hiperactividad genera en los padres vivencias y sentimientos ambivalentes asociados al alivio y la culpa.

1.a) La imagen que el niño tiene de sí mismo en la familia está en relación a cómo percibe él y su entorno la dificultad que tiene.

1.b) Las vivencias ambivalentes respecto del diagnóstico y del tratamiento determinan el lugar que el niño ocupa en la familia.

Es importante definir qué se entiende por impacto. Según la RAE la acepción de impacto tiene varias posibilidades a saber:

1. m. Choque de un proyectil o de otro objeto contra algo o alguien.

2. m. Huella o señal que deja un impacto.

3. m. Efecto de una fuerza aplicada bruscamente.

4. m. Golpe emocional producido por un acontecimiento o una noticia desconcertantes.

5. m. Efecto producido en la opinión pública por un acontecimiento, una disposición de la autoridad, una noticia, una catástrofe, etc.

Para este contexto, la idea de huella o golpe emocional producidos por una noticia-para el caso, el diagnóstico- o por un acontecimiento –que es el tratamiento farmacológico en tanto novedad en la vida del niño y la familia; son acepciones que se ajustan a la orientación de la presente tesis.

## 2- **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar el impacto del diagnóstico y del tratamiento farmacológico por dificultades en la atención y/o por hiperactividad a nivel de los vínculos intrafamiliares en niños entre 7 y 10 años.

### **Objetivos específicos:**

- I) Describir los cambios observados en las conductas de los niños diagnosticados con dificultades en la atención y/o hiperactividad a partir de su diagnóstico, dentro del ámbito familiar.
- II) Identificar si dichos cambios se relacionan con el tratamiento farmacológico indicado.
- III) Identificar los cambios en la vida cotidiana de la familia a partir del diagnóstico y tratamiento.
- IV) Describir cómo es la representación del niño respecto a sí mismo y respecto a cómo se representa en la familia

### **3- Metodología:**

La presente investigación está pensada, diseñada e interpretada desde el marco de la investigación cualitativa.

Dicho posicionamiento, aplicado además a una investigación de tipo clínica, exige de múltiples miradas y métodos para abordar el objeto de conocimiento.

En toda mirada se filtra la influencia de los lentes del lenguaje, el género, la clase social, la raza y la etnia. No existen, pues, observaciones objetivas, sino sólo observaciones situadas socialmente en (y entre) los mundos del sujeto observador y el observado. Los sujetos, los individuos, raramente tienen la capacidad de dar una explicación completa de sus acciones o intenciones; todo lo que pueden ofrecer son reconstrucciones y relatos respecto de lo que hicieron y por qué. Ningún método es capaz de captar todas las sutiles variaciones de la experiencia humana corriente. Por consiguiente, los investigadores cualitativos despliegan una amplia gama de métodos interpretativos interconectados, buscando siempre nuevos modos de hacer entendibles los mundos de experiencia estudiados. (Denzin y Lincoln, 2012, págs.82 y 83)

La investigación cualitativa se orienta a explorar lo novedoso y a desarrollar teorías fundamentadas en datos empíricos, por lo tanto, no buscará generalizar universales según Brasesco (2016)

Mason (2006, citado por Vasilachis, 2006) refiere que la solidez de la investigación cualitativa “yace en el conocimiento que proporciona acerca de la dinámica de los procesos sociales, del cambio y del contexto social y en su habilidad para contestar, en estos dominios, a las preguntas ¿Cómo? y ¿Por qué?” (pág. 2). Más adelante la autora dirá que esta investigación es “pragmática, interpretativa y está asentada en la experiencia de las personas”. Se privilegia la profundidad en el estudio de los fenómenos por sobre la extensión, tratando de captar la singularidad de la experiencia.

### **3.1 Diseño de la investigación**

El diseño de investigación alude a un plan de acción (Yin, 1994) que conecta las preguntas que dan inicio a la pesquisa con las respuestas que surjan a partir del proceso de colección, análisis e interpretación de los datos obtenidos.

Para la presente investigación, se optó por un diseño de estudio de caso único, definido por Midgley (2006, citado por Brasco, 2016) como el que “apunta al estudio particular de una instancia o evento (en un individuo, grupo, comunidad o una entera sociedad) con el propósito de obtener un entendimiento profundo que dé cuenta del estado actual de las cosas”. Como se acaba de mencionar, los estudios de caso contemplan el análisis de un grupo como unidad en sí misma, por ello se encuadra este estudio como un estudio de caso múltiple o de caso colectivo según Stake (2013) ya que como dice el autor, es “un estudio instrumental extendido a varios casos” (pág. 161). Este tipo de estudios apuntan a “refinar la teoría”, con perspectiva compleja para no concluir con este nuevo conocimiento sino para abrir y continuar con la investigación al tiempo que ayudan a establecer “los límites de la generalizabilidad”. Continúa Stake: “El estudio de caso también puede ser una fuerza disciplinada para establecer la política pública y reflexionar sobre la experiencia humana” (pág. 188) Y es precisamente allí donde se pretende apuntar con la presente tesis, a producir conocimiento sobre un fenómeno extendido en la sociedad nacional y de alto impacto que, luego de pasados varios años de iniciado el SNIS, es necesario revisar. Siguiendo a Yin (1994) un estudio de caso:” investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto



de vida real, sobre todo cuando los límites entre el fenómeno y contexto no son claramente evidentes” (pág.9), lo que se ajusta al fenómeno que se pretende comprender como expresión de una problemática actual extraída de la praxis clínica. El autor lo define como una estrategia de investigación comprensiva que parte de preguntas que confían en las múltiples fuentes de evidencia, utilizando la triangulación para el abordaje de los datos. Smith (citado por Stake, 2005) propone considerar el caso como un sistema acotado porque a su vez es complejo, es decir, en funcionamiento, en un devenir permanente. La investigación en este sentido se entiende como la captura instantánea de una situación sobre la que se profundiza y amplía el campo de comprensión. Afirma Stake en tal sentido, que el objetivo es la particularización y no la generalización del fenómeno abordado; considerado para esta tesis como el más adecuado para la investigación en clínica. Erickson (1986, citado por Stake, 2005) considera que la investigación cualitativa en tanto estudio de campo debe perseguir las interpretaciones de las personas más que la de los investigadores.

En la presente tesis, se trabajó con casos obtenidos de la clínica psicológica pero no se abordarán como casos clínicos sino como estudio de caso único, sometiéndolos a una rigurosa metodología cualitativa.

Se pretende comprender fenómenos, mediante su descripción sin buscar hacer inferencias generalizadoras.

El conocimiento profundo de los fenómenos a estudiar está basado en una serie de pasos sustentados en una estrategia de recolección de datos que incluye variadas herramientas. A efectos de fortalecer los datos obtenidos, se realizó una triangulación metodológica en tanto se utilizaron tres instrumentos de recolección de datos para una mayor aproximación cualitativa al fenómeno que se pretende conocer, más la observación participante. Ello provee, además, al decir de Arias Valencia (2000), de creatividad, flexibilidad y profundidad en la recolección y análisis de los datos. Asimismo se busca reducir la mala interpretación utilizando múltiples percepciones a fin de aclarar el significado a la vez que verificar la repetición de una observación (Stake, 2013). Si bien cada caso es singular e irrepetible, su expresión a través de instrumentos avalados oportunamente permite la comprensión del fenómeno en sus diversas formas de presentación, destacando lo diverso, lo singular identificando las variadas formas de presentación de la realidad. (pág. 176)

En cuanto al diseño para la evaluación e interpretación de datos, se hace acuerdo con Denzin y Lincoln (2013) quienes sostienen que, aunque los diseños sean definidos de antemano, deben guardar “una flexibilidad incorporada” a fin de incluir lo nuevo y no previsto que pueda surgir de la empiria. (pág. 35)

Se recurre a la teoría fundamentada en los datos empíricos para analizar los datos, la que según Charmaz (citado por Denzin y Lincoln op.cit): “consiste en lineamientos inductivos sistemáticos para recolectar y analizar materiales empíricos a fin de construir marcos teóricos de rango medio que expliquen los materiales empíricos recolectados”. (pág. 44)

Por otra parte, se toman los lineamientos de López Alonso (2006) quien afirma que “el análisis cualitativo genera y construye sentido” (pág. 39), proceso mediante el cual se buscará a través de la palabra de los protagonistas, nuevos sentidos a una realidad que los atraviesa mediante el trabajo interpretativo de los datos recogidos con instrumentos idóneos para este tipo de diseño. Se busca conocer y construir “nuevas dimensiones de significados implícitos e indirectos que no están dados en forma explícita ni directa en la conducta observable ni en las comunes representaciones individuales y sociales” a fin de tener una mayor comprensión y profundizar los fenómenos estudiados (pág. 40)

Se propone un tipo de estudio exploratorio e interpretativo a fin de dar un nuevo significado al fenómeno estudiado. Según López Alonso, en la presente propuesta se estaría frente a una situación problema denominada “situación abierta de hipótesis ad-hoc”. Se trata de acrecentar el modelo teórico mediante la ampliación del contexto de observación a fin de ampliar el de su explicación (situación 3) (pág. 53)

### **3.2 - Instrumentos de recolección de datos:**

Se aplicaron los instrumentos en un promedio de tres encuentros en el marco de la consulta psicológica demandada, en 7 casos la procedencia fue de la Mutualista Universal y en 3 casos la demanda llegó al Centro de Investigación Clínica de la Facultad de Psicología, todos en la ciudad de Montevideo.

**3.2.1 Entrevista**, para la cual se diseñó un guion en profundidad (Valles, 2000) a fin de aplicarlo a la muestra de padres. La entrevista en profundidad es una de las técnicas de recolección de datos prínceps para la investigación cualitativa. Patton (1990, citado por Valles, 2000) la caracteriza por el guion en la que se basa, el que incluye los temas a tratar en el encuentro, asimismo señala que el entrevistador tiene libertad para organizar y realizar las preguntas, a diferencia de un cuestionario o entrevista cerrada. (pág. 180). Al igual que la entrevista focalizada de Merton y Kendall (1946, citado por Valles, 2000. Pág. 184-185) este tipo de entrevista se dirige a la “obtención de fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los entrevistados ante algún suceso. Trata a los entrevistados como sujetos cuya respuesta al suceso es el material a estudio, más que como informantes del suceso mismo”. En el caso de la presente investigación, la palabra de los padres y madres entrevistados orientó sobre la posición subjetiva de los mismos respecto a la situación de diagnóstico y farmacológica del niño/a y su impacto a nivel familiar. Por lo tanto, ameritó un posicionamiento flexible, abierto a lo nuevo que pudo ir surgiendo durante la entrevista sin perder de vista el objetivo de la misma. Es una técnica económica y eficaz para acceder a la información, la que no podría aparecer sin la mediación del entrevistador. Valles (pág. 197) señala el carácter de intimidad que tiene la misma y la facilidad para obtener información no superficial. Como desventajas para este tipo de entrevista, se señala el factor temporal (por su extensión) y las cuestiones vinculadas al rapport y/o la incidencia de posicionamientos subjetivos del entrevistador, como en todo encuentro donde se pone en juego la transferencia. Para el presente caso, se debe tener en cuenta que las entrevistas se realizaron en el marco de consultas psicológicas por lo que los fenómenos transfero/contratransferenciales pudieron haber incidido. En acuerdo con Vasilachis (2006, pág. 3), se afirma que la subjetividad del investigador forma parte del proceso mismo.

El Guion de Entrevista estuvo compuesto por los siguientes ejes de Indagación:

1. Características observadas en el niño por parte de sus padres o cuidadores a cargo.
2. Sentimientos surgidos a partir del diagnóstico.

3. Relevancia del tratamiento (farmacológico y/o psicológico) en la vida familiar.
4. Expectativas de cambio

Ver Anexo N° 3

A fin de abordar la complejidad del problema, se utilizaron otras técnicas de recolección de datos para la muestra de niños y niñas: Técnicas Proyectivas, seleccionándose como técnica gráfica el Test de la Familia Kinética Actual (versión Renata Frank [1985] 2000) y como técnica narrativa el Test de Pata Negra de Corman ([1961] 2001)

**3.2.2 Test de la Familia Kinética Actual** o Test Kinético de la Familia, versión Actual es propuesto por Renata Frank (1985) tomando como punto de partida la versión kinética del Test de Familia (original de Corman), propuesto por Burns y Kaufman en los años 1970. En esta oportunidad la autora propone el dibujo de la familia del entrevistado en movimiento, aludiendo en la consigna a la familia actual, lo cual no implica siempre que se dibuje a la familia tal como existe en la actualidad, sino que significativamente podrá representarla en etapas anteriores. Es un test gráfico que presenta las ventajas al igual que cualquier gráfico en la clínica infantil dado que suele ser una actividad fácilmente aceptada. Si bien el test que implica la representación de lo familiar en general, puede movilizar ansiedades intensas que pueden llegar a provocar un fallo si se lo asocia a situaciones conflictivas o traumáticas vinculadas a la familia, continúa siendo una técnica de inigualable fortaleza a la hora de conocer las representaciones asociadas a las vivencias del niño respecto a su familia, ya sea real o fantaseada.

Al ser un test proyectivo gráfico, su uso es universal y no es interferido por cuestiones académicas o cognitivas. Al compartir patrones culturales similares incluyendo la Lengua, se toman las referencias de autores provenientes del Río de la Plata para el análisis de los gráficos (Celener, Caride de Mizes, Frank, Alvarez, Veccia).

R. Frank propone la consigna: “Dibuje a su familia haciendo algo. Puede dibujarla como usted quiera, pero recuerde que le pido que estén haciendo algo” ([1985] 2000. Pág. 34), al concluir se le pide que escriba o diga quién es

cada uno y qué está haciendo. Para el caso de niños, se utilizó la misma consigna resumida: Dibuja a tu familia haciendo algo. En el caso de que el niño no se graficara, se le preguntó si faltaba alguien y se solicitó que lo dibujara, haciendo hincapié en su propia representación gráfica dentro del núcleo familiar. Se les pidió luego que contaran quién es cada uno (nombre, rol y edad) y qué estaban haciendo, ampliando el reactivo verbal si alguna referencia resultaba significativa.

Esta consigna permite ver más claramente la representación de lo familiar tal como el niño lo vivencia en el presente, además de que el movimiento le imprime una dinámica que rompe con los estereotipos que frecuentemente pueden ser utilizados como defensa (p.ej. ubicarlos por sexo o por edad o acciones clichés). Para el análisis se atiende especialmente al tipo de tarea que realizan, al espacio donde se desarrolla la actividad, el rol de cada uno de los integrantes y la representación del niño en relación a los otros familiares. Frank (p. 37) indica que en la experiencia recogida junto a la Lic. García Arzeno, el test provee información sobre los vínculos dentro del grupo familiar.

Como criterios de interpretación se propone el análisis de:

1. Conducta general del sujeto en relación a la tarea y al entrevistador.
2. Características formales del grafismo.
3. Primera figura dibujada y secuencia general.
4. Personajes incluidos. Adiciones y omisiones.
5. Configuración espacial y ámbitos.
6. Tratamiento diferencial de las figuras: aspectos comparativos, kinesia, zonas significativas y áreas de conflicto.
7. Acciones asignadas y roles inferidos.
8. Objetos y escenarios. (pág. 38)

Estos criterios fueron tenidos en cuenta en la interpretación general de cada gráfico, seleccionando algunos ítems para las categorías definidas que se detallan más adelante. Asimismo, para el análisis de los aspectos formales y gráficos se utilizaron los criterios descritos por Caride y Rozzi (1982): nivel gestáltico, nivel gráfico, nivel de las estructuras formales y nivel de contenido

para la interpretación de las técnicas proyectivas gráficas, algunos tomados para las categorías apriorísticas también.

**3.2.3 El Test de Pata Negra de Louis Corman** data de los años 1959-1961 y propone la realización de una historia y selección de láminas en las que un cerdito transita por diversas situaciones que representan acontecimientos fundamentales y cotidianos en la vida infantil. Consta de diecinueve láminas (ver anexo 2) en las que el protagonista está junto a su familia o a solas con su madre o con su padre o con hermanos o en solitario, las que en conjunto presentan situaciones de rivalidad edípica, escena primaria, rivalidad fraterna, temáticas de exclusión, castigo, castración, soledad y desamparo<sup>22</sup>. Se invita a la proyección sobre las láminas, a través de varias etapas en la aplicación del test, que se caracteriza por una mayor interacción con el entrevistador y la libertad que se le otorga al niño para el uso de las láminas. Se promueve la regresión y la proyección sobre los personajes, fácilmente captados como una familia de cerdos: padre, madre y tres hermanos, uno de ellos con una marca: la pata negra. Las sucesivas etapas en la administración promueven una profunda identificación con el protagonista en cada una de las situaciones, invitando al niño a asociar (producciones no conscientes) pero también a opinar (producción consciente) sobre los personajes y sus avatares.

La administración consta de las siguientes etapas:

1. Frontispicio o lámina de presentación
2. Elección de láminas para la historia
3. Método de preferencias-identificaciones
4. Preferencias afectivas.
5. Presentación de la lámina del Hada
6. Graficación

Para la investigación se aplicó el test en forma completa, tomándose las producciones en las etapas 2, 3, 4 y 5 a fin de establecer las categorías de análisis. Al igual que en el gráfico de Familia Kinética Actual, toda información complementaria fue incluida en el análisis de datos. Para la interpretación del

---

<sup>22</sup> En el ítem de las categorías se explicitará para cada lámina seleccionada, la temática que promueve.

Test de Pata Negra, se siguió la propuesta de la Dra. Liliana Schwartz<sup>23</sup> quien determina categorías de Aceptado (A) y No Aceptado (NA) para el uso que el niño haga de las láminas en cada etapa, a fin de sistematizar la información. De esta forma las láminas utilizadas para la Historia son A y las desechadas son NA; las del método de preferencias ubicadas en el grupo de las que le gustaron son A y las del grupo que no le gustaron son NA, y aquellas láminas en que el niño se identifica con Pata Negra son A y para las que se identifica con otro personaje o ninguno es NA. De esta forma se puede establecer una grilla mediante la cual se visualiza el tratamiento que el niño ha hecho de cada lámina, pudiendo interpretar el test en función de los conflictos con los que el niño se identifica y reconoce como propios (defensas adaptativas) y aquellos frente a los cuales el niño presenta mecanismos de rechazo sin poder utilizar defensas eficaces frente a la situación problema.

**3.2.4 Observación participante.** Se considera que la observación in situ llevada a cabo en tanto los materiales fueron obtenidos durante consultas clínicas a cargo de la autora de la presente tesis, es una fuente de datos que bien puede considerarse como un instrumento más. Requiere según Noreña et al (2012) de un procedimiento ético riguroso debido a los efectos derivados de la intervención. Ello fue contemplado en el capítulo sobre Implicación (ver capítulo V). De dicha observación se obtuvieron datos que serán incluidos en el análisis del material, como ser las características de la relación establecida, presencia de ansiedad, angustia, modalidad de interacción y estilo de trabajo.

La variedad de instrumentos utilizados permitió obtener información de diversas fuentes a fin de trabajar con datos cuya observación permitió establecer la concurrencia de datos. La triangulación mediante diversos instrumentos permite complejizar el objeto de estudio que de por sí es complejo (los vínculos), enriqueciendo la interpretación de los fenómenos clínicos estudiados.

### **3.3 - Características de las muestras:**

---

23 Trasmisión oral.

- 1) Niños y niñas entre 7.0 y 10.11 años que consultan por dificultades en la atención y/o hiperactividad, en tratamiento farmacológico indicado por psiquiatra infantil o neuropediatra, en servicios de salud de la ciudad de Montevideo.  
Se excluyen niños con diagnósticos previos de retardo intelectual y de Trastorno del Espectro Autista.
- 2) Padres y/o madres de los niños descritos en el numeral previo, que concurren a la consulta y se ocupan del tratamiento.  
Se trabajó con diez casos, siendo siete varones y tres niñas cuyas edades oscilaban entre los 7 años 2 meses y 10 años 11 meses.

### **3.4 – Descripción del trabajo de campo**

De las consultas recibidas, se seleccionaron 10 casos de niños consultantes acompañados por uno o ambos padres, portando una demanda a instancias de médico psiquiatra o neuropediatra tratante. El objeto de la derivación fue la realización de un psicodiagnóstico o evaluación (denominados indistintamente) dadas las dificultades que presentaban en el área conductual y/o del aprendizaje. Todos habían iniciado tratamiento farmacológico por indicación de psiquiatra infantil o neuropediatra al menos dos meses antes de la consulta.

Se procedió realizando en primer lugar una entrevista conjunta de madre, padre o padres con el niño, en segunda y tercer entrevista se aplicaron los tests previstos para responder a la derivación, entre los que se incluyeron Familia Kinética Actual y Test de Pata Negra<sup>24</sup> para la presente investigación. Por último, se aplicó la entrevista en profundidad con el adulto referente y se solicitaron los consentimientos y asentimientos correspondientes.

### **3.5– Descripción de los niños integrantes de la muestra:**

Se optó por mantener un nombre ficticio para cada niño a fin de sostener la importancia de no perder de vista la singularidad de cada situación, tanto del niño como de la familia.

#### **3.5.1 KARL**

Edad: 10 años 11 meses

---

<sup>24</sup> La autora de la presente tesis incluye habitualmente dichas técnicas en el trabajo clínico con niños, sea cual fuere la demanda.



Familia: Vive con su madre (31, sin trabajo) y hermanos de 12 y 6 años. Padre privado de libertad.

Escolaridad: Cursa 3ro. y concurre a club de niños. Recursó 1er año. Escuela pública de horario simple.

Derivación: Procedente de salud pública, se le recomienda evaluación por parte de psiquiatra tratante, no trajo pase. Se lo atendió en servicio de extensión de la Facultad de Psicología.

Antecedentes de la consulta: Está en tratamiento con psiquiatra desde dos años previos, se le indicó Goval por la inquietud. Fue diagnosticado de plumbemia a los cinco años lo que se asoció al rezago escolar. Es descrito por la madre como compañero, cariñoso, pero con cambios de humor; presenta pesadillas y enuresis primaria nocturna. Se maneja a nivel relacional con impulsividad y es dependiente afectivamente. Tiene evaluaciones previas.

Aprendizaje: Presenta importantes dificultades, no ha logrado la adquisición de lo esperado. Pasaje de año por extra edad.

Observaciones: La madre se muestra preocupada por las conductas impulsivas, el niño requiere de su presencia para poder controlarse sobre todo en el relacionamiento con pares, es dependiente afectivamente, con escasa autonomía. Rendimiento intelectual por debajo de lo esperado.

Actitud en la consulta: Es un niño serio, callado que responde escuetamente a demanda. Se lo observó somnoliento apoyando su cuerpo en la mesa de trabajo, suele ocurrirle lo mismo en la escuela por las mañanas. Concurre sólo la madre a las consultas.

### 3.5.2 SEBASTIAN

Edad: 7años 2 meses

Familia: Vive con su madre (40, cuidadora), su padre (38, metalúrgico). Su hermana mayor de 20 años vive en pareja con hijo recién nacido.

Escolaridad: Cursa 1er año en escuela pública de horario simple.

Derivación: Procedente de la mutualista, derivado por pediatra tratante para evaluación cognitiva y emocional. No hay otros datos.

Antecedentes de la consulta: La maestra lo deriva a consulta por distracción y no adquisición de la lectoescritura, se distrae y se angustia. Concurrió a

psiquiatra y se le indicó Ritalina dos meses antes de la evaluación. Está en tratamiento fonoaudiológico y es la primera evaluación psicológica.

Aprendizaje: No ha adquirido lo esperado al curso, presenta dificultades en la conducta según la maestra.

Observaciones: Niño que presenta conducta impulsiva en la escuela, en la casa se lo describe totalmente opuesto. Se observa a ambos padres ansiosos durante la consulta y se encuentran sorprendidos por los juicios de la maestra.

Actitud en la consulta: Concorre con entusiasmo, se mantiene serio al inicio, participa en forma ansiosa, pero bajo contención logra controlarse. No siempre se comprende su lenguaje. Es rápido en las ejecuciones y presenta buena comprensión de consignas. Concorre sólo la madre a las consultas

### 3.5.3 MARCELO

Edad: 7 años 7 meses

Familia: Vive con su madre (37, trabajadora doméstica), su padre (39, obrero), y tres hermanos de 19,12 y 3 años.

Escolaridad: Cursa 2do. año en escuela pública de tiempo completo.

Derivación: Enviado por comité de recepción de la mutualista para evaluación cognitiva y emocional. La psiquiatra indica: "Cursando 2do año, buen rendimiento, alteraciones de conducta con inquietud, distractibilidad, conductas oposicionistas y desafiantes. Dificultades vinculares principalmente con la figura paterna."

Antecedentes de la consulta: Concorre a psiquiatra desde tres meses antes de la evaluación, se le indicó Goval gotas las que se fueron incrementando. Se lo describe como un niño hiperactivo, con comportamiento desajustado en clase, golpea, deambula, es desafiante. Oscila entre ser irrespetuoso y cariñoso.

Aprendizaje: El informe de la maestra refiere bajo rendimiento debido a la inquietud y falta de concentración, trabaja en forma intermitente demostrando coherencia con buenos aportes sobre todo oralmente. Casi no trabaja en forma escrita. Mejora el trabajo con atención individualizada.

Observaciones: El padre reconoce que no puede ponerle límites, el niño se define como integrante de una "bandita de niños que se portan mal en la escuela". Es la primera evaluación psicológica.

Actitud en la consulta: Es niño de talla pequeña con lenguaje rico, espontáneo y comunicativo que trabaja en forma rápida, concentrada y se esfuerza durante las pruebas. Se entrevistó a ambos padres en conjunto.

#### 3.5.4 FRANCISCO

Edad: 7 años 2 meses

Familia: Vive con su madre (30, empleada pública), esposo de la madre (42, changas) y dos medio hermanos de 3 años y 18 meses respectivamente. No conoce a su padre.

Escolaridad: Recursa 1er año en escuela pública de horario simple.

Derivación: Procedente de sistema privado de salud sin derivación, concurre a instancias de la madre preocupada por las conductas del niño al servicio de extensión de la Facultad de Psicología ya que no puede pagar en la mutualista.

Antecedentes de la consulta: Diagnosticado por Trastorno de Déficit Atencional un año antes, se le indicó Ritalina y al cabo de dos meses la madre lo suspende. También se lo derivó a psicomotricista y pedagogo, pero no se realizaron las consultas. Durante la evaluación se lo deriva a psiquiatra y se le indica Quetiapina. Es la primera evaluación psicológica.

Aprendizaje: Comprometido por la interferencia en el pensamiento y la ansiedad que le impiden centrarse en la tarea.

Observaciones: La madre y abuela presentan importante preocupación por el espectro sintomático del niño a la vez que se observa gran resistencia para continuar con lo que se le ha indicado en la mutualista. Presenta conductas impulsivas de riesgo, enuresis primaria, humor triste y llanto inmotivado.

Actitud en la consulta: Inicialmente se muestra ansioso, verborrágico, con reticencia a mostrarse, discurso confuso relacionado a la muerte y temas místicos que motivan una derivación urgente a psiquiatra. En los sucesivos encuentros comienza a estar más estable, mejora su cooperación. Se entrevistó a la madre y a la abuela.

#### 3.5.5 VICTOR

Edad: 10 años

Familia: Vive en forma alternada con: su madre (29, ama de casa, cursa embarazo avanzado) que está en pareja, con su hermana de 12 años y medio

hermanos de 5 y 3 años; y otros días en la semana con su padre (36, guardia de seguridad) que vive en casa de abuela paterna.

Escolaridad: Cursa 3er año, recursó 2do, concurre a escuela pública de horario simple.

Derivación: Por psiquiatra tratante de la mutualista para evaluación cognitiva y emocional. La psiquiatra indica: "TDAH"

Antecedentes de la consulta: Está siendo atendido por psiquiatra y neuropediatra desde un año previo, se le indicó Ritalina y luego se agrega Risperix. Concurre a tratamientos psicomotriz, fonoaudiológico y pedagógico. Presentó dificultades en la conducta, con fallas en el control de impulsos, no acepta límites, insulta y es opositorista agudizando dichas conductas en la casa materna. Concurre a la escuela en el barrio del padre y es quien lo lleva a los tratamientos. Es la primera evaluación psicológica que se realiza.

Aprendizaje: Si bien ha evolucionado favorablemente, continúa con adaptación curricular.

Observaciones: La madre está angustiada por comportamientos desbordados del niño en el hogar que interfiere en la relación de pareja y con los hermanos. El padre manifiesta tener mayor control de las conductas del niño.

Actitud en la consulta: Presenta una actitud regresiva, su lenguaje es limitado manteniendo aún alteraciones articulatorias. Trabaja con entusiasmo, no percibe sus errores, se mantiene atento y responde en forma respetuosa. Se entrevistó a ambos padres en diferentes entrevistas.

### 3.5.6 SOLEDAD

Edad: 8 años 8 meses

Familia: Vive con su madre (31, auxiliar de servicio), su padre (28, operario) y hermano de 17 meses con patología pulmonar congénita.

Escolaridad: Cursa 2do año en escuela pública de horario simple. Recursó 1º.

Derivación: La psiquiatra tratante en la mutualista solicita psicodiagnóstico.

Antecedentes de la consulta: El bajo rendimiento escolar, así como las dificultades en el relacionamiento con pares promovieron la derivación a psiquiatra, quien le indica Quetiapina y evaluación psicológica.

Aprendizaje: Presenta buena comprensión, pero su inquietud le impide terminar los trabajos en el cuaderno.

Observaciones: Se observaron sus dificultades en lo social desde el jardín, con el nacimiento de su hermano se agudizaron las conductas demandantes, se la define como hiperactiva. Está pendiente de la salud de su hermano, presenta humor oscilante entre triste y agresiva.

Actitud en la consulta: Es una niña grande de aspecto triste y serio que se entusiasma con las propuestas. Buena capacidad para la narrativa, buen lenguaje. Se entrevistó a ambos padres.

### 3.5.7 DIANA

Edad: 7 años 5 meses

Familia: Vive con su madre (40, maestra preescolar), su padre (40, tareas de mantenimiento), hermano de 2 años y hermana de 10 años.

Escolaridad: Cursa 2do. año en escuela pública de horario simple.

Derivación: El neuropediatra de la mutualista solicita la evaluación cognitiva por trastorno atencional y dificultades de aprendizaje.

Antecedentes de la consulta: Debido a debilidad en la lectoescritura y en razonamiento inicia tratamiento psicomotriz, a partir de consulta con neuropediatra quien indica además Ritalina. Es la primera evaluación psicológica.

Aprendizaje: Presenta procesos lentos respecto a lo esperado sobre todo en área de lengua y en matemáticas, según su maestra.

Observaciones: Niña que ha crecido en ambiente estimulado, con antecedentes de padre con dislexia que se asocia a su dificultad. Es sociable, sensible y tiende a sentirse culpable por el fracaso escolar.

Actitud en la consulta: Espontánea, conversadora con clara intencionalidad comunicativa. Responde con facilidad, presenta capacidad para corregirse. Se entrevistó a la madre, el padre no concurrió a la consulta.

### 3.5.8 LAURA

Edad: 8 años 5 meses

Familia: Vive con su madre (27, no trabaja), compañero de la madre (57, trabajo s/d) y medio hermanos de 7 y de 2 y medio años, en casa de bisabuela materna (74).

Escolaridad: Recursa 2do año en escuela pública de horario simple.

Derivación: Derivada por psiquiatra quien la trata por inquietud y agresividad a nivel privado, consulta en servicio de extensión de la Facultad de Psicología.

Antecedentes de la consulta: A raíz de la repetición la madre solicita evaluación pedagógica, la que se realiza en escuela especial, no se provee el informe.

Aprendizaje: Es una niña dispersa que busca llamar la atención en clase con objetos que lleva desde la casa. Actualmente la madre entiende que la nota obtenida en el primer carnet no refleja los avances que ha tenido. Es agredida por niños con dificultades en la conducta significativa.

Observaciones: Familia disfuncional, múltiples mudanzas relacionadas con establecimiento de nuevas parejas por parte de la madre, actualmente la convivencia con bisabuela es conflictiva. Dependen económicamente de los mayores de la familia materna. Se le indicó medicación, la madre se la retira al cabo de un año, actualmente se le cambia y recientemente deja de dársela por desconfianza hacia la droga. Niña que es vista como problemática en el núcleo familiar.

Actitud en la consulta: Es espontánea, confrontativa con su madre, manifiesta angustia y llora. A solas trabaja con entusiasmo.

### 3.5.9 GUSTAVO

Edad: 8 años 6 meses

Familia: Vive en casa de abuelos maternos con su madre (27, no trabaja, concurre a liceo nocturno), con hermana de 10 años y medio hermanos de 4 y 2 años; convive además el compañero de la madre (27, técnico) desde los tres meses de vida del niño. Ve al padre (32, desocupado) esporádicamente.

Escolaridad: Cursa 2do año en escuela pública de tiempo simple, recursó 1ro.

Derivación: El neuropediatra de la mutualista solicita psicodiagnóstico para “valorar CI y aspectos emocionales”.

Antecedentes de la consulta: En 2016 comenzó con psiquiatra infantil por impulsividad y trastornos del sueño, se le indicó Ritalina, la madre se la interrumpe. A partir del informe de la maestra se deriva a neuropediatra, quien solicita la evaluación.

Aprendizaje: Pasó a 2do con buena nota. No se refieren dificultades específicas en la actualidad.

Observaciones: Niño que se lo describe como agresivo en el hogar, sobre todo después que nació el hermano de 4 años. El padre estuvo preso dos años, luego se revincula con el niño de forma irregular. Presenta enuresis secundaria y persisten dificultades en el sueño. La madre se muestra desbordada y deprimida.

Actitud en la consulta: No responde en forma oral, sino por gestos, a medida que avanzan los encuentros se muestra más espontáneo, pero en ocasiones llega a ser reticente.

### 3.5.10 ISMAEL

Edad: 9 años

Familia: Vive con su madre (40, no trabaja) y hermano (22, policía)

Escolaridad: Cursa 4to año en escuela pública de horario simple.

Derivación: La madre solicita consulta luego de haber interrumpido psicoterapia en hospital público. Atendido por psiquiatra infantil sin control actual a nivel de salud pública.

Antecedentes de la consulta: Se inician consultas con psiquiatra en el interior cuando vivía con su abuela, al trasladarse a la capital a vivir con su madre mantiene tratamiento farmacológico y psicoterapia en hospital público. Se interrumpen por vacaciones de verano y no se retoman los tratamientos. Pocas semanas antes de la primera entrevista había reiniciado con Goval por cuenta de su madre.

Aprendizaje: La maestra informa que es un niño pasivo en clase que suele distraerse conversando. Fabula. No se informa sobre dificultades específicas, sino las que se generan por la distracción.

Observaciones: Vivió con su abuela materna en el interior desde los 5 meses a los 5 años que la madre lo reclama, luego pasa otro período con la abuela por no poder organizar horarios hasta que finalmente hace dos años que permanece en la capital con su madre y hermano mayor. En su vida se sucedieron varias mudanzas de ciudad y cambios de escuelas. Hay cuatro medio hermanos mayores de diferentes uniones de su madre; el padre no lo ha reconocido, no lo conoce. Presenta dificultades para la aceptación de límites, miente, es rebelde según descripción de su madre. Por sobrepeso el niño y su madre han sido objeto de burlas.

Actitud en la consulta: Es un niño espontáneo, trabaja con entusiasmo con buena comunicación y disposición. Habla fácilmente de las dificultades que tiene.

A continuación, se presenta en forma sistematizada las características de la población de niños y de padres estudiados a fin de visualizarlas para su mejor tratamiento y comprensión:

Niño/a	Edad madre	Edad padre	Especialidad médica tratante	Evaluaciones psicológicas previas	Otras Evaluaciones/ tratamientos	Servicio de salud
Karl	31	s/d	psiquiatra	si	no	público
Sebastián	40	38	psiquiatra	no	si (Fonoaudiólogo)	mutual
Marcelo	37	39	psiquiatra	no	no	mutual
Francisco	30	s/d	psiquiatra	no	no (fue derivado y no concurrió)	mutual y público
Víctor	29	36	psiquiatra	no	si (Psicomotriz y Ppedagógico)	mutual
Soledad	31	28	psiquiatra	no	no	mutual
Diana	40	40	neuropediatra	no	no	mutual
Laura	27	s/d	psiquiatra	no	si (Pedagógica)	privado
Gustavo	27	27 (Padastro)	neuropediatra	no	no	mutual



Ismael	40	37 (no lo conoce)	psiquiatra	si	Si (psicoterapia)	público
--------	----	-------------------------	------------	----	----------------------	---------

Todos los niños de la muestra viven con al menos un integrante de su familia de origen, en familias estables de variada situación económica, dependientes del trabajo de los adultos y beneficios sociales. La edad de ambos padres oscila entre los 27 y 40 años, habiendo una sola madre que tuvo embarazo adolescente (anterior a los 18 años). De los padres se destaca que todos tienen trabajo, salvo en tres casos que no conocen al progenitor, pero viven con padrastros con trabajo zafra, en otro caso, el padre está privado de libertad; en otro caso la figura parental está desplazada al hermano mayor con trabajo estable y en otro vive en situación de calle con consumo problemático de sustancias. Todas las madres menos tres que no trabajan actualmente, desempeñan actividades relacionadas con el cuidado de otros, tareas domésticas o de limpieza vinculadas a servicios de salud. En un único caso la madre es administrativa en un ente público y en otro caso es maestra preescolar.

Mayormente los niños provienen del sistema mutual; dos proviene del sistema público y otro del sistema mutual pero que consulta con psicólogo a nivel público por dificultades en el pago de las órdenes. En el caso consignado como sistema privado, proviene de una organización que provee policlínicas de consulta privada pero la niña pertenece al sistema mutual el que no utiliza por las demoras con los especialistas y por razones económicas.

La medicación la retiran en la institución donde se atiende con el médico especialista, que en la mayoría son psiquiatras pediátricos y en dos casos, neuropediatras.

En cinco casos se indicó Ritalina, siendo en tres casos la única medicación; mientras que en los dos restantes se combinó con neuroléptico y con antipsicótico respectivamente. En otros cuatro casos se indicó antipsicóticos, en dos casos exclusivamente y en otros dos combinados con un estabilizador del humor y con un neuroléptico respectivamente. En otro caso se indicó un neuroléptico.<sup>25</sup>

---

25 Ver tabla en siguiente página

Todos los niños tienen al menos un síntoma vinculado con las dificultades en la adquisición de los aprendizajes descritos como: desatención, fracaso, bajo rendimiento, dispersión, aprendizaje lento, repitencia. Ello aparece combinado con sintomatología de la esfera del humor como tristeza y angustia; y en la esfera conductual con hiperactividad o inquietud vinculada o no con impulsividad. En ningún caso la derivación es por dificultades en los aprendizajes únicamente o por dificultades en la conducta en forma exclusiva, sino que todos presentaron situaciones combinadas.

En cuanto a los antecedentes de consultas previas a nivel psicológico en un único caso se reporta evaluación anterior, que coincide con tratamientos psicomotriz y psicopedagógico actuales. En otro caso no hay evaluaciones psicológicas previas, pero está en tratamiento fonoaudiológico y en un caso fue derivado a varios especialistas, lo que no pudo cumplirse por razones económicas. Otro caso refiere evaluación pedagógica previa y hay un único caso con psicoterapia previa e interrumpida. Las situaciones clínicas restantes no tienen evaluaciones psicológicas previas a pesar de tener una historia escolar con al menos llamados de atención y conductas preocupantes para los padres que a la larga, motivaron la consulta con médicos.

Sistematización por niño de datos de familia, medicación y síntomas:

Niño/a	sexo	edad	Año escolar	Tipo de Familia	Medicación	sintomatología
Karl	M	10a11m	3°.	monoparental	Goval, Trileptal	Hiperactividad, Fracaso escolar, impulsividad
Sebastián	M	7a2m	1°.	nuclear	Ritalina	Angustia, desatención
Marcelo	M	7a7m	2do	nuclear	Goval	Hiperactividad, bajo rendimiento
Francisco	M	7a2m	Recurs a 1°	reconstituida	Ritalina, Quetiapina	Hiperactividad, trastorno del pensamiento, fracaso escolar
Víctor	M	10	3°	reconstituida	Ritalina y Risperix	Impulsividad, falta de concentración
Soledad	F	8a8m	2°	nuclear	Quetiapina	Dispersión, tristeza
Diana	F	7a5m	2°	nuclear	Ritalina	Aprendizaje lento, inquietud
Laura	F	8a4m	Recurs a 2do	reconstituida y ampliada	Risperix/Quetiapina	Hiperactividad Dificultades en el aprendizaje
Gustavo	M	8a6m	2do	reconstituida	Ritalina	Inquietud,

				y ampliada		agresividad, dif. escolares
Ismael	M	9a	4to	nuclear	Goval	Hiperactividad, dispersión, pasividad frente a los aprendizajes

Para caracterizar los tipos de familia se toman las subcategorías: nuclear (padres y hermanos biológicos), monoparental (el padre o la madre a cargo del/los hijo/s), extendida (uno de los padres más cónyuge u otros sin lazo biológico), ensamblada (uno de los padres y hermanos biológicos más familia del cónyuge), reconstituida (uno de los padres biológicos más cónyuge con medio hermanos), ampliada (familia nuclear más familia de origen de alguno de los padres), monoparental (uno de los padres con o sin hermanos), otros familiares (crianza a cargo de otros familiares directos que no son los padres), tutores (crianza a cargo de personas sin lazo biológico), institucionalizado (vive en una institución con cuidadores), otros.

En cuanto a la medicación recibida por los niños, se consigna: Goval (Risperidona) es un antipsicótico atípico; Trileptal (Oxcarbazepina) es un antiepiléptico y estabilizador del humor; Ritalina (Metilfenidato) es un psicoestimulante utilizado para el déficit atencional; Quetiapina es un neuroléptico del grupo de los antipsicóticos atípicos; Risperix (Risperidona) es un antipsicótico.

### 3.6 - Categorías de análisis

Para el análisis de datos se utilizó una categorización mixta, en la que se incluyeron categorías apriorísticas surgidas de la vertiente teórica que orienta el presente estudio y categorías emergentes provenientes del análisis del material obtenido. A partir de los datos surgidos en dichas categorías se procedió mediante procedimiento inferencial-elaborando construcciones mediante la clasificación de las respuestas obtenidas en diferentes instrumentos- a establecer unidades de análisis. Dicho análisis surge de la triangulación tanto metodológica como teórica (Cisterna, 2005).

Para la muestra de padres, las categorías se definieron en función de los objetivos específicos:

- a) características percibidas del niño,

- b) sentimientos respecto al diagnóstico,
- c) discurso sobre el tratamiento farmacológico,
- d) expectativas de cambio.

En cada una de las categorías se definieron subcategorías, tomando como indicadores el propio discurso. (Ver grilla 1 pág. 123)

En relación a la primera categoría: **características percibidas del niño**, se tomó como subcategorías los niveles: conductual, afectivo y del aprendizaje. En la segunda categoría de **sentimientos respecto al diagnóstico** se tomaron los positivos y negativos. Para la tercera categoría acerca del **discurso sobre el tratamiento farmacológico** se sub categorizó en: aceptación con adherencia al tratamiento, no aceptación con adherencia y no aceptación. Por último, para las **expectativas de cambio** se volvió a tomar el nivel conductual, el afectivo, el del aprendizaje y se agregó el pronóstico.

Dados los temas concurrentes, se definieron categorías emergentes no previstas apriorísticamente, surgidas a partir del discurso de los padres:

- a) información recibida respecto al tratamiento,
- b) percepción en relación a lo extra familiar,
- c) teorías sobre el origen de la dificultad en el niño.

Para la muestra de los niños se definieron dos categorías:

- a) vivencia de sí mismo
- b) percepción del lugar de sí en la familia.

Para cada una se definieron subcategorías de acuerdo al análisis específico en cada instrumento y se tomaron indicadores para el gráfico Familia Kinética Actual y para el Test de Pata Negra. (Ver grillas 2 y 3 págs. 124 y 125)

Por **vivencia de sí mismo**, se entiende a las representaciones del niño en torno a su imagen y esquema corporal, a su posición en el mundo y en relación a otros, reconociéndose como una unidad a lo largo del tiempo y en diferentes ámbitos. Según Alvarez (2015) la imagen corporal “es inconsciente y está ligada al sujeto deseante y a los intercambios con el otro” (pág. 22). La pobreza o riqueza simbólica representada en los gráficos, dependerá de las experiencias subjetivantes. El cuerpo es pensado como el sostén de las experiencias

narcisizantes y a la vez en interacción con el espacio y los otros donde se generan representaciones simbólicas acerca de sí y del entorno, continúa la autora. Las fallas en la imagen corporal (gestalten atacadas, precario equilibrio, desintegración de la figura) indican un sostén narcisista precario. El cuerpo, protagonista en estos niños estudiados, se transfiere al plano gráfico y se lo invita a representarlo en relación a otros apelando a una síntesis de las experiencias primarias y actuales en torno a su esquema corporal.

Para la Familia Kinética Actual se tomaron indicadores referido a las estructuras formales del gráfico siguiendo a Caride y Rozzi (op.citada) en tanto es una manera de organizar la representación de sí en el espacio y de organizar el mundo. El **emplazamiento** alude al modelo de inserción en el mundo, la representación del espacio vital y su relación con el propio esquema corporal, allí se proyectan experiencias sensorio motoras que permiten el acercamiento y el alejamiento del mundo, sus objetos y los otros, basado en la discriminación Yo-no Yo (pág. 39 y sigs.) La distancia entre los distintos elementos en el gráfico refiere a factores emocionales, indicando así la cualidad del vínculo afectivo. La representación de sí y del cuerpo de los otros indica y señala el tipo de relacionamiento con esos otros en interacción.

El **tamaño** de la/s figura/s indica la fortaleza o debilidad del Yo, además de sentimientos de autoestima o desvalorización. Las figuras de gran tamaño indican tendencia a la actuación, fantasías omnipotentes y/o mecanismos compensatorios en relación a la percepción del sí mismo y del mundo. El tamaño pequeño indica inseguridad e inadaptación respecto al ambiente y retracción del Yo.

La **simetría** es la base del propio cuerpo y se vincula a la percepción del movimiento en relación a una imagen armoniosa y a la ley de la buena forma. Cuando se dibuja la figura con alteraciones en la simetría indica una autopercepción diferente a los otros, en general relacionado con sentimientos de inseguridad e inadecuación emocional (pág. 44). Asimismo, la asimetría aparece en relación con la torpeza motriz e inmadurez en el desarrollo. Las desproporciones se vinculan con el control de impulsos.

La **secuencia** en el dibujo intra figura e inter figuras, revela en el primer caso el grado de organización yoica, el estilo de trabajo y la capacidad de

planificación. Para la secuencia inter figuras, será más significativa la figura graficada en primer lugar mientras que la última (o incluso la ausente) es la representación de lo excluido, lo menos valorado. Es esperable que las figuras guarden una secuencia céfalo-caudal siendo la cabeza el elemento central para representar la identidad y el rol social, la guía y referencia de la integración del resto del cuerpo. De esta forma la presencia, características, el rostro y rasgos en la cabeza se vuelven altamente significativos en torno a la representación de sí y a cómo percibe que es visto por los demás.

Otros indicadores tomados aluden a los **mecanismos de defensa** que aparecen en el gráfico, destacándose la regresión que indica la vuelta tónica, formal y libidinal a estadios anteriores; la identificación proyectiva como mecanismos base, de acción respecto a los objetos externos y su introyección que alude a la capacidad de diferenciación Yo-no Yo; la disociación para el manejo de las pulsiones (libidinal y tanática); y la proyección para el manejo de lo no tolerado de sí mismo. Todos fueron analizados en términos de mecanismos que promueven la adaptación o desajuste a las exigencias pulsionales (provenientes del Ello) y del entorno (vinculadas al Superyo).

La **percepción del lugar que el niño tiene en la familia**, alude a cómo se representa en relación a los otros significativos del entorno inmediato, su relación con las figuras parentales y en la fratría, cómo se ve y cómo percibe que lo ven en interacción. La representación de lo familiar sintetiza las experiencias y fantasías (proyección deseante) en relación a los roles, lugares y funciones vivenciadas en el grupo de pertenencia. En el gráfico de Familia Kinética Actual, esta categoría se subdividió en: a) la representación de sí dentro del grupo (integración o no de la figura); b) su inclusión o exclusión en la escena familiar; c) protección o desprotección en relación al emplazamiento o lugar en relación a los otros; d) características del vínculo a través de la representación gráfica a partir de las acciones, las verbalizaciones y el tamaño relativo; e) la presencia de temáticas de culpa y castigo en relación a la acción representada.

Para el Test de Pata Negra, en relación a la **vivencia de sí mismo** se organizaron subcategorías a saber:

a) la identidad atribuida observada en la edad y sexo adjudicado al protagonista;

- b) la valorización/desvalorización del protagonista a través de las respuestas dadas en la fase de Preferencias Afectivas y el rol proyectado en la Historia;
- c) la estigmatización en tanto es un tema recurrente en el test dado por la característica del protagonista al tener la pata negra a diferencia de sus pares, que puede ser percibido como un rasgo distintivo positivo o bien como rasgo-estigma en tanto es diferente a los demás;
- d) las expectativas futuras respecto a sí mismo observadas a través de las respuestas a la pregunta de ¿qué será cuando sea mayor? y los deseos pedidos en la fase del Hada.

En cuanto a la **percepción del lugar en la familia**, se tomaron como subcategorías:

- a) El conflicto predominante visto a través de la temática general de la Historia y las respuestas a las siguientes láminas: Carro, porque se vincula con fantasías de robo, exclusión y castigo; Partida porque promueve fantasías tanto de alejamiento y exclusión como de búsqueda de autonomía y crecimiento; Duda porque muestra la interacción familiar en torno a los lugares donde el protagonista debe decidir entre la regresión-tomar teta de la madre- o crecer-comer solo junto al padre; Porquerías, porque promueve fantasías en torno a rivalidad edípica y expresión de sentimientos ambivalentes respecto a una de las figuras parentales; Hoyo, porque es una lámina que presenta la situación del protagonista en una escena de exclusión, a solas, promoviendo fantasías de abandono y desamparo.
- b) La temática de inclusión/exclusión respecto al grupo familiar, para la que se tomaron como indicadores las verbalizaciones en la Historia, las respuestas en Preferencias Afectivas y las respuestas en láminas: Carro, Hoyo (ya descritas) y en Oca porque representa una escena de castigo que el autor vincula a la castración.
- c) La temática de culpa/castigo para la que se tomaron los mismos indicadores que para la subcategoría b.

**Grilla 1**

<b>Categoría</b>	<b>Sub categoría</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Indicador</b>	<b>Discurso</b>
<b>Características percibidas del niño</b>	<b>Nivel conductual</b>	<b>E N T R E V I S T A</b>	<b>Manejo de límites</b>	
			<b>Estilo comunicacional</b>	
	<b>Nivel afectivo</b>		<b>Conductas de riesgo</b>	
	<b>Nivel aprendizaje</b>		<b>Afecto predominante</b>	
<b>Sentimientos respecto al diagnóstico</b>	<b>Positivos</b>		<b>Adquisición de lo esperado. Áreas de dificultad</b>	
	<b>Negativos</b>		<b>Verbalizaciones de alivio, aprobación, expectativas +</b>	
	<b>Otros</b>		<b>Verbalizaciones de Temor, rechazo, preocupación</b>	
<b>Discursos sobre el tratamiento</b>	<b>Aceptación con adherencia</b>			
	<b>No aceptación con adherencia</b>		<b>Valoración positiva de los efectos</b>	
			<b>Verbalizaciones ambivalentes</b>	



farmacológico	No aceptación		Justificaciones sobre el no dar la medicación	
	Otros			
Cambios percibidos a partir del tratamiento	Nivel conductual		Manejo de límites Estilo comunicacional Conductas de riesgo	
	Nivel afectivo		Afecto predominante	
	Nivel aprendizaje		Adquisiciones. Areas de dificultad que persisten	
	Pronóstico		Expectativas respecto al tratamiento	

## Grilla 2

Categoría	Sub categoría	Instrumento	Indicadores	Observables
Vivencia de Sí mismo	Integración/desintegración de la imagen de sí	F A M I L I A  K I N E T I C	Conservación de la Gestalt- Omisiones	
	Valorización/Desvalorización de sí mismo		Tamaño Emplazamiento Secuencia Simetría	
	Identidad atribuida		Edad Sexo Presencia de rostro	
	Mecanismos de defensa		Presencia y uso de Los siguientes mec. de defensa: regresión, compensación, Identificación Proyectiva, Disociación o proyección	
	Otros		Características gráficas, formales o de contenido significativas. Reactivo verbal	
Percepción	Integrado, aceptado		Presencia del niño/a en la familia graficada,	

<b>del lugar en la familia</b>		<b>A C T U A L</b>	<b>acción conjunta</b>	
	<b>Inclusión/Exclusión/indiferencia</b>		<b>Ausencia del niño/a en la Familia graficada, fuera de la escena principal, Emplazamiento y tamaño relativo</b>	
	<b>Protección/desprotección</b>		<b>Emplazamiento, cercanía o lejanía de figuras parentales</b>	
	<b>Características del vínculo proyectado</b>		<b>Reactivo Verbal, acciones Conjuntas, secuencia, tamaño y emplazamiento</b>	
	<b>Temática de culpa o castigo</b>		<b>Expresión directa de Acciones agresivas, exclusión o penitencias</b>	
	<b>Otros</b>		<b>Características gráficas, formales o de contenido significativas.</b>	

### Grilla 3

<b>Categoría</b>	<b>Sub categoría</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Indicador</b>	<b>Observables</b>
<b>Vivencia de sí mismo</b>	<b>Identidad atribuida a Pata negra</b>	<b>P A T A  N E G R A</b>	<b>Tipo de animal, edad, Sexo y rol en la flia.</b>	
	<b>Valorización/desvalorización</b>		<b>Respuestas en fase de Preferencias Afectivas y rol de PN en la Historia</b>	
	<b>Estigmatización</b>		<b>Verbalizaciones en torno a su pata negra. Verbalizaciones de rechazo</b>	
	<b>Expectativas futuras</b>		<b>Respuesta a la pregunta: ¿qué será cuando sea mayor? Deseos pedidos al Hada</b>	
<b>Percepción del lugar en la familia</b>	<b>Conflicto predominante (edípico, fraterno, otro)</b>		<b>Temática de la historia. Respuestas en láminas: Carro (4), Partida (6), Duda (7), Porquerías (7), Hoyo (16)</b>	
	<b>Inclusión/Exclusión</b>		<b>Verbalizaciones en la Historia, respuestas en Preferencias Afectivas, Respuestas en láminas: Carro (4), Oca (8) y Hoyo (16)</b>	
	<b>Culpa/castigo</b>		<b>Verbalizaciones en la Historia, respuestas en Preferencias Afectivas,</b>	

			Respuestas en láminas: Carro (4), Oca (8) y Hoyo (16)	
	Otros		Verbalizaciones significativas	

#### 4- Análisis de datos

El análisis de datos requiere según Morse (2003) de un proceso de “conjetura y verificación, de corrección y modificación, de sugerencia y defensa” (pág. 32) en un devenir que el autor llama creativo a fin de organizar los datos. Se busca alcanzar un nivel razonable de comprensión, continúa Morse, para llegar a la síntesis que hace posible la emergencia de una nueva teorización. A través de la síntesis de los datos comienza precisamente el trabajo de análisis. “Teorizar es desarrollar y manipular constantemente esquemas teóricos maleables hasta desarrollar “el mejor”. Ello implica para el autor mencionado, un proceso de construcción de explicaciones alternativas cotejándolas con los datos hasta obtener una mejor y más simple explicación de los hechos a estudiar (pág 40). Siguiendo a Strauss y Corbin (2002) se pretende que la teoría emerja de los datos, atendiendo a que la realidad esté representada en la teoría derivada del estudio de dichos datos. La teoría fundamentada, la que se deriva de datos obtenidos de forma sistemática y analizados mediante el proceso de investigación “se basa en los datos, es más posible que generen conocimientos, aumenten la comprensión y proporcionen una guía significativa para la acción” (pág. 14). El análisis devendrá de la interacción entre los investigadores y los datos, siguiendo a estos autores, en un proceso que incluye la creatividad.

A fin de organizar todos los datos extraídos a través de los diferentes instrumentos de indagación, se tomará como criterio la singularidad de cada

situación, o sea el niño y su familia para agrupar las observaciones según los objetivos específicos planteados.

4.1 Objetivo específico I: **Describir los cambios observados en las conductas de los niños diagnosticados con dificultades en la atención y/o hiperactividad a partir de su diagnóstico, dentro del ámbito familiar.**

Para su prosecución se tomó el discurso parental (de padre, de madre o de ambos) en la instancia de entrevista. A tales efectos se tuvo en cuenta las categorías: características percibidas del niño; sentimientos respecto al diagnóstico y la de cambios percibidos a partir del tratamiento. Cada una de ellas subcategorizada en manifestaciones en la conducta, en lo afectivo y en el aprendizaje. Se incluyó además para la última categoría (cambios percibidos a partir del tratamiento) una subcategoría denominada “Pronóstico” para conocer acerca de las expectativas sobre el tratamiento en la vida futura del niño.

**4.1.1 KARL**

La madre del niño lo describe a nivel de la conducta como demasiado inquieto, oscilando su conducta con momentos de mayor expresión de afecto. La característica que se destaca es que no mira con quién pelea, lo que la madre llama “ir de frente”, esto es que no puede prever ni medir consecuencias respecto de sus actos. Se reconoce en esta actitud un riesgo importante para la integridad física del niño, ya que además no aprende de la experiencia, sino que “se da contra las paredes” reiterando conductas que lo exponen y dañan. A nivel del aprendizaje el niño se niega a entrar a clase, se frustra y sólo le interesa jugar. Podría argumentarse que esta oposición a trabajar en clase se debe también a las dificultades significativas a nivel específico (sin diagnosticar) que presenta el niño y que no ha experimentado satisfacción en el aprender. Respecto a los sentimientos que acompañan a la madre en esta situación, se observa la búsqueda de estrategias que aún no le han dado resultado, acompañadas de vivencias de soledad respecto al problema, esperando que “con apoyo pienso que va a aprender”. No puede hablar de lo que siente cuando se le indaga directamente. En cuanto a los cambios refiere que cuando toma la medicación está quieto pero que se la van a cambiar “porque no le hace

nada”. No ha notado muchos cambios en su hijo, no queda claro en relación a qué, afirma que lo ve un “poquito más tranquilo”. Los adverbios de cantidad indican que no se ajusta a lo esperado ni para ella ni para el médico ni para la institución que finalmente acepta que el niño no entre a clase cuando se niega a hacerlo. Se destaca que la madre expresa haber aprendido a manejarse con el niño, y que sus expectativas respecto a los efectos del tratamiento se vinculan con el hecho de que no va a estar siempre para acompañarlo y no quiere que tome medicación toda la vida. Asocia la situación de su hijo con las características impulsivas del padre- quien se encuentra privado de libertad.

#### **4.1.2 SEBASTIAN**

En cuanto a las características del niño la madre lo describe como inquieto, aun cuando se le pone límite (penitencias) continúa jugando solo. Es un niño que puede hablar de cómo se siente refiriendo tristeza o alegría según la situación. Los sentimientos en los padres respecto al diagnóstico y al tratamiento son positivos entendiendo que si le hace bien están de acuerdo. En cuanto a los cambios se señaló que el más notable es la falta de apetito y la aparición de alguna conducta más agresiva. Se produjeron cambios positivos a nivel del aprendizaje expresado por la maestra, en cuanto a prestar atención y copiar textos. No obstante, en relación a las expectativas sobre el tratamiento la madre manifiesta su deseo de que sean “los primeros años nada más”, comentando que pensaba darle la medicación sólo por este año escolar.

#### **4.1.3 MARCELO**

En este caso la entrevista se realizó con ambos padres. Lo describen como un niño que se frustra y abandona la tarea, no se esfuerza. Tienen visiones diferentes en cuanto a poner límites, siendo la madre quien parece tener mayor éxito en controlar las conductas del niño. Reconocen que lo ven más tranquilo, pero han notado aumento de conductas violentas a nivel verbal y de peleas fraternas. El estar más tranquilo refiere a un aumento del dormir cuando llega de la escuela, pide más comida, lo asocian con ansiedad. Es un niño descrito como cariñoso, que demuestra sus afectos abiertamente. En cuanto a los

sentimientos que surgieron frente al diagnóstico el padre refiere no estar convencido por pensar que “no aporta nada” al niño, temiendo que ello genere adicción. No tolera verlo tirado en el sillón sin poder levantarlo cuando llega de la escuela. A nivel del aprendizaje expresan mayor tranquilidad en clase, aunque se preguntan si está aprendiendo realmente. La maestra les informó que está más atento y calmado. Sus expectativas refieren a la conducta del niño en la escuela, dando cuenta de una presión externa al entorno familiar, ya que todos los días eran citados por el mal comportamiento del niño. Temen además que se lo expulse de una escuela de tiempo completo ya que fueron advertidos que de no haber cambio no iba a poder seguir yendo. Reconocen que estar más tranquilo “le va a aportar a la atención”, que va a estar más conectado con el curso. Definen el cambio de este modo: “hasta octubre no ocupaba un lugar en la clase, andaba como una mariposa”. Finalmente, el padre asocia con su historia como niño, siente que era igual o peor, afirmando que con el tiempo se va a calmar.

#### **4.1.4 FRANCISCO**

La madre del niño define las conductas como problemas de límites, gritos y el no poder quedarse quieto. Le llama la atención que el niño mantiene conversaciones con temas poco compartibles, no se lo puede seguir en su razonamiento. Desde el punto de vista afectivo es un niño que se angustia, se frustra y llora, describiendo además conductas relacionadas con la ansiedad. A nivel del aprendizaje no puede concentrarse, manifiesta aburrimiento y mantiene conductas opositoras; ello no le ha permitido aprender más que algunos números y letras. En el discurso se observa ambivalencia respecto al diagnóstico: se impartió la Ritalina durante pocos meses porque el niño se negaba a tomarla y al no ver cambios se suspendió, a la vez que tampoco se toleraba su conducta. Cabe recordar que durante la evaluación fue medicado nuevamente y refiere verlo igual, aunque esta vez dice adherir al tratamiento, si bien también pensó en no medicarlo. Esta permanente ambivalencia respecto al diagnóstico y al tratamiento incide en la imagen del hijo que la madre tiene y del lugar del niño en la familia como portador del síntoma familiar. Es importante observar de qué manera los hijos que manifiestan alguna conducta o sintomatología singular, en cierto modo, estarían denunciando el

disfuncionamiento del grupo familiar. No se perciben cambios a nivel afectivo ni del aprendizaje. En cuanto a las expectativas, la madre sostiene-utilizando el plural- que en el futuro podrá estar sin medicación ya que piensan que es un estado pasajero.

#### **4.1.5 VICTOR**

En esta situación, se entrevistó a ambos padres por separado quienes sostuvieron que no ha habido cambios a nivel de la conducta manteniendo dificultades para respetar límites, demanda constante de atención, agresividad con hermanos, pero en forma diferenciada según el niño se encuentre en casa de su madre o en la de su padre. En cuanto a la relación con pares se consigna un cambio positivo en la escuela ya que solía morder a sus compañeros. Se reconoce que los avances fueron mayormente en el área del aprendizaje observándose que el niño está más motivado, lo que se atribuye a los tratamientos de larga data; la madre acota que la maestra continúa informando que está distraído y disperso. La afectividad mantiene las mismas características predominando los celos fraternos, el enojo, el encierro y ausencia de comunicación; actitudes que oscilan con momentos de alegría. Si bien en la casa (materna, sobre todo) lo ven igual, afirman que si falta la medicación el niño está “desacatado” y en la escuela llora y grita si va sin tomar los remedios. Al recibir el diagnóstico se encontraban desorientados frente a la percepción de las conductas “que no era normal” para un niño de su edad. El padre se opuso inicialmente acusando a la madre: “sos loca”, pero luego se fue haciendo cargo de los tratamientos del niño.

Respecto a las expectativas futuras, la madre se manifiesta optimista, en su imaginario a los 14, 15 años “voy a notar los cambios” relacionándolo con la edad en la que la doctora le dijo que iba a tener que suspender la Ritalina. Justifica su expectativa en todos los tratamientos que está realizando, los que darán beneficios en el futuro.

#### **4.1.6 SOLEDAD**

En esta oportunidad se entrevistó a ambos padres, quienes definieron su conducta como muy inquieta, oscilante respecto a la aceptación de límites. La describen como una niña que puede hablar de cómo se siente, adjudicando a la

inmadurez las manifestaciones de celos y rivalidad con el hermano (que es un niño con patología crónica que necesita mucha atención); predomina un afecto triste que se manifiesta en llanto frecuente. A nivel del aprendizaje los cambios son variables con dificultades para terminar la tarea y otros momentos de mejor rendimiento asociado a que “anda tranquila”.

Específicamente en relación a los cambios observados, los padres relatan que le viene sueño repentinamente, la definen como “distinta” asociado al estar más tranquila, que se alternan con momentos de mucha hiperactividad y ansiedad. Concluyen que no ven “mucho” cambio: “no es algo que haya cambiado totalmente desde que toma...” dando cuenta así de que sus expectativas de cambio eran mayores. Manifiestan la esperanza de que vaya a mejorar “con esto” (la medicación) y que aún le falta madurar, nuevamente, “mucho” y que le está costando. Esperan que en un tiempo pueda dejar la medicación y que pase a concentrarse mejor y que sepa responder porque “no siempre voy a estar yo o el padre”, indicando así una preocupación por el futuro a mediano plazo pensando en la adolescencia: “después de la escuela va a venir el liceo y no quiero que cometa errores, porque ella no tiene decisión propia”.

#### **4.1.7 DIANA**

Su madre la describe como una niña que está siempre en movimiento, que se distrae. Desde el punto de vista afectivo se muestra contenta, sin dificultad para aceptar límites ni frustraciones, sino que se esfuerza y continúa adelante. Suele ser demandante y se siente culpable cuando algo no sale como espera. A nivel del aprendizaje es responsable, siendo su mayor dificultad la lentitud para realizar las tareas. La madre ha captado cuál es el momento de mayor rendimiento para hacer deberes en relación al efecto de la medicación. En la casa no se notan cambios según la madre, en la escuela comenzó a retener más y a prestar más atención. En relación a las expectativas, el discurso de la madre indica que la niña fue vista como “retrasada desde el vamos” para referirse a que fue adquiriendo las pautas de desarrollo más lentamente respecto a lo esperado, ha sido una niña mimada y vista como emocionalmente frágil por lo que se le ha exigido menos. Desea para su hija que logre el ciclo escolar y que no se sienta frustrada.



#### **4.1.8 LAURA**

Su mamá la describe como una niña problemática, hiperactiva con dificultades para hacer caso. Si bien no presenta conductas de riesgo para sí, afirma que pone “todo en peligro” cuando no está bajo vigilancia: levanta a su hermano, usa cosas personales de su madre, toca lo que no se le permite. Desde el punto de vista afectivo se muestra angustiada, se enoja con manifestaciones agresivas, llora cuando se frustra. En cuanto al aprendizaje está repitiendo 2do año por no poder concentrarse y estar inquieta en clase. No se le detectaron causas pedagógicas específicas que expliquen el rezago, cuando se frustra llora o agrede a los pares. En relación al diagnóstico la informante no refiere sentimientos, sino que afirma que ha suspendido la medicación porque presenta dudas acerca de lo que dice el prospecto. Es el segundo tratamiento iniciado y se hace referencia a efectos secundarios como somnolencia con el primero reconociendo que estaba más “tranquila” y con el tratamiento actual refiere efectos más duraderos, reconociendo además que la niña está más relajada y estable afectivamente. Se ha notado un avance en los cuadernos, a pesar de que no se refleja en su carnet. No obstante, ha suspendido el primer tratamiento y el segundo también, en este último caso aludiendo a la falta de dinero y a la desconfianza por haber leído que no se recomienda en menores de 18 años. Como expectativa se alude al poder dejar la medicación y trabajar los conflictos “del pasado” a nivel psicológico demandando psicoterapia.

#### **4.1.9 GUSTAVO**

En la entrevista la madre lo describe como un niño que pasa el día pegando, sin cumplir con las penitencias, responde con palabrotas. El cambio se ha visto luego del nacimiento del medio hermano mayor (4 años) pero lo adjudica además a que su padre ha dejado de verlo con la rutina que tenían hasta hace pocos meses. La madre refiere que estaban todos los días juntos jugando con el padre y que de golpe se interrumpe la relación. Esto le provoca angustia a la madre quien está en pareja desde los tres meses de vida del niño. Manifiesta estar cansada de hablarle todo el tiempo y siente temores ante el futuro. Se lo describe como un niño cerrado que gusta de jugar a las maestras con su

hermana mayor. Su afecto predominante es la frustración, que descarga mediante golpes con los más pequeños y adultos de la casa. Cuando se consultó por la repetición del primer año se le indicó Ritalina para la escuela en la primera entrevista con la psiquiatra. En cuanto a los cambios percibidos relata: “Al mes se quedaba muy concentrado mirando todo, muy metido en lo que miraba, no prestaba atención a lo que yo le decía. Pasó de un extremo al otro, era súper activo. Muy fuerte...era para la concentración, pero no hacía otra cosa”. El cambio de conducta fue interpretado por la madre como un exceso de concentración en un único interés pasivo: sentarse y mirar la televisión, habiendo perdido el interés por el juego con su hermana, lo que disfrutaba ampliamente. Si bien ya no peleaba, le angustiaba la falta de interés. En la escuela el cambio fue evaluado como positivo en tanto la conducta estaba bien y prestaba más atención. En cuanto a las expectativas, la madre afirma: ” Quisiera que fuese más tranquilo, que haga más caso, pero no medicándolo. La medicación no es el camino”. Pero no tiene las herramientas aún para controlar la conducta del niño: “Hablarle no sirve mucho, hablándole no entiende así que no sé...”

#### **4.1.10 ISMAEL**

Las características del niño que destaca la madre refieren a la ausencia de límites originada en la crianza por parte de su abuela materna. Lo describe como que al pasar a vivir juntos el niño se presentaba rebelde, mentiroso, manifestando extrañar a su abuela. Reconoce la autoridad en el hermano mayor (es policía). Se mantienen conductas de ansiedad: “No sabe esperar”. Asimismo, se describen episodios de sustracción a compañeros como otra conducta impulsiva. En cuanto a la afectividad por un lado se menciona su hermetismo con intencionalidad de ocultar lo que le sucede incluso cuando es hostigado en la escuela. Se destaca sentimiento de vergüenza respecto a la apariencia de su madre (obesidad); por otro lado, se destaca una actitud indiferente ante un rezongo, señalando que es un niño que no llora y “le resbala” tanto en la casa como en la escuela. Referido al proceso de aprendizaje es un niño que ha sufrido reiteradas discontinuidades en el proceso de escolarización debido a cambios de domicilio, incluso de departamento en el país. La maestra lo define como “tranquilo, participa, trabaja bien, omite algunas

letras". El diagnóstico de hiperactividad se hizo mientras vivía con la abuela, la madre refiere que está de acuerdo con el mismo y que necesita medicación, pero se manifiesta opuesta en tanto fue su madre: "Para mí era una locura...mi madre siempre...porque debido a como a ella le parece". Si bien relata que no le informaron sobre el diagnóstico, continuó el tratamiento hasta el verano pasado en que se olvida de enviárselas para las vacaciones y decide interrumpir el tratamiento. De esta forma se actúa la ambivalencia respecto al tratamiento farmacológico lo que queda adherido al vínculo conflictivo con la abuela. Los cambios detectados refieren a la esfera escolar, expresado por la maestra: "Se aprecian cambios en la concentración y participación oral, más activo y comprometido". La madre relata que las gotas lo aplacan, el niño dice de sí mismo que está menos nervioso. En cuanto a las expectativas no hay mayor argumentación, sino que queda puesto en el niño en tanto la madre expresa: "espero que cambie, tiene que cambiar porque es por el bien de él". En cuanto al origen de las dificultades de su hijo la hipótesis es que se relaciona con el estilo de crianza por parte de la abuela materna. Si bien en algún momento refiere a que "es un niño que ha tenido muchas complicaciones desde que nació...las complicaciones las he tenido yo y él ha sido arrastrado a diversas situaciones que ha estado con la abuela y conmigo" la expectativa se asienta en la respuesta del niño al cambio de crianza, apoyándose sobre todo en la presencia del hermano mayor como autoridad en el hogar. La demanda es de tratamiento que incluya retomar la psicoterapia.

### Síntesis

Los niños de la muestra han sido descriptos previo al diagnóstico y al tratamiento farmacológico como inquietos y con dificultades en la aceptación de límites; indicando además cómo ello ha incidido en la adquisición de los aprendizajes en forma negativa.

A partir de iniciado el tratamiento con medicación (ninguno tiene otro tipo de abordaje psicoterapéutico actual), lo que se describe para el **nivel conductual** es:

- aumento de la agresividad y conductas violentas,
- aumento de la ansiedad que se manifiesta en mayor apetito,

- falta de apetito,
- sueño repentino o sueño fuera de horarios habituales,
- alternancia de conductas hiperactivas (así llamadas por los informantes) con momentos de tranquilidad,
- distracción, desconexión,
- mayor tranquilidad,
- desinterés,
- sin cambios significativos para los padres.

A **nivel de la afectividad** se describen cambios tales como:

- alternancia de estados afectivos positivos (alegría, buen humor) y negativos (enojo, rabia, frustración),
- angustia y llanto,
- tristeza sin causa aparente,
- ser más cariñoso/a, alegre,
- demandante,
- encerrado en sí mismo,
- afectividad inmadura (querer que lo atiendan en forma permanente, llamar la atención).

A **nivel del aprendizaje** se describen cambios a saber:

- mayor capacidad de concentración, mayor retención y atención,
- mayor motivación,
- mejor rendimiento vinculado a mayor estabilidad emocional,
- persistencia de aburrimiento, desinterés, frustración y abandono de tareas,
- oposicionismo vinculado a dificultades en la conducta,
- fracaso mantenido,
- frases de las docentes: “continúa distraído y disperso”, “presta más atención y copia textos” “se frustra y llora”,
- no se ajusta a lo esperado para los padres,
- desconfianza sobre el logro de un mejor aprendizaje, aunque esté más tranquilo.

Se observa que en algunos casos los cambios son insuficientes para los padres entrevistados, destacándose en el discurso el uso frecuente de adverbios de cantidad “mucho, poco, tanto, totalmente” lo que indica la insuficiencia en relación a lo esperado. La ambivalencia respecto a los cambios dependientes de la medicación es frecuente, que se expresa mediante un discurso que no acepta medicarlo al niño pero que se lo proporciona entendiendo que es favorable en algún sentido. Esto se diferencia de la contradicción en tanto se expresa desacuerdo con el tratamiento y se lo imparte con alternancia bajo la excusa de olvido, falta de receta, suspensión al no percibir cambios significativos o bien aludiendo a razones económicas. Otros padres manifiestan estar de acuerdo con el tratamiento en tanto perciben que le hace bien al hijo mientras que otros fundamentan su adherencia al tratamiento en el temor a la expulsión de la escuela. En algún caso se ha llegado a interrumpir la medicación por no estar de acuerdo con los cambios observados en el hijo/a.

En relación a las expectativas los padres entrevistados han manifestado su deseo de que sea una indicación sólo para los primeros años y no querer medicarlo “toda la vida”. En otros discursos se aprecia la hipótesis de que es un estado pasajero, junto a la idea de maduración con el devenir del tiempo, apostando al sostén durante el ciclo escolar. Aquí entran también argumentos en relación al beneficio por acumulación de tratamientos. En relación a los temores futuros se argumenta en contra de mantener la medicación por riesgo a la adicción tanto física como a la dependencia emocional hacia los padres de por vida aludiendo a que no van a estar toda la vida para acompañarlo/a. En un solo caso se manifiesta el deseo de cambiar la medicación por tratamiento psicológico y en otro se afirma no estar de acuerdo con la medicación, pero no saber cómo tratar al niño. Cuando ha habido experiencia de psicoterapia (una sola situación) se solicita retomarla junto al tratamiento farmacológico.

Cabe aclarar que no se pretendió hacer consideraciones diagnósticas respecto a la situación de cada niño, no obstante, se observa en los relatos de las figuras parentales, historias complejas con situaciones angustiantes de desamparo social o afectivo, así como la presencia de indicadores de dificultades específicas en el aprendizaje sin diagnosticar. La satisfacción en el aprender, esperable en niños comprendidos en esta edad, se encuentra poco

presente en estos relatos. Ante los cambios percibidos, predomina el impacto que provoca un hijo cambiado, vivido como ajeno que no puede ser ligado a la representación que del niño se tenía hasta el momento. Surge como relevante el efecto que para algunos tuvo la medicación, descrito como indiferencia y desconexión, que remite a la desinversión del entorno (tanto objetos como vínculos) lo que se vuelve intolerable para la familia.

#### 4.2 Objetivo específico II: **Identificar si dichos cambios se relacionan con el tratamiento farmacológico indicado.**

A fin de cumplir con este objetivo, se tomó dentro de las categorías para la entrevista con padres, la categoría del discurso sobre el tratamiento farmacológico y los cambios percibidos a partir del tratamiento<sup>26</sup>.

##### 4.2.1 KARL

La madre del niño refiere que no queda otra opción que medicarlo por su comportamiento, lo que sirve a la fundamentación acerca de la adherencia al tratamiento, si bien muestra ambivalencia al afirmar que no está de acuerdo, pero no puede hacer otra cosa. Asimismo, acota que la escuela le ha condicionado la permanencia en la institución so pena de suspenderlo si concurre sin la dosis diaria. Se describen los cambios en el área conductual-estar quieto- a la vez que se afirma que le cambiarán la medicación porque “no le hace nada, no he notado muchos cambios”. El niño informa<sup>27</sup> que en la mañana suele dormirse (en la escuela) luego de tomar la medicación. Por lo tanto, hay cambios pero no son suficientes ni para la madre ni para la institución.

##### 4.2.2 SEBASTIAN

En esta situación, la madre afirma: “La que me dio de 20 mgs. (Ritalina) no se la doy, es una cápsula entera...de tarde está en casa y no la necesita”, destacándose que apela al sentido común bajo la premisa de que sólo se necesita para permanecer en la escuela. Esta sub categoría denominada “No

---

26 Al decir tratamiento se refiere exclusivamente farmacológico ya que estos niños estudiados no tienen psicoterapia.

27 Se observará que en algunos ítems se alude al discurso de los niños tomando como referencia alguna expresión espontánea respecto a los efectos de la medicación. No fue indagada específicamente pero se incluyen aquí algunas observaciones por considerarlas de gran valor subjetivo.

aceptación con adherencia” muestra cómo los padres pueden llegar a aceptar medicar al hijo por la presión externa, aunque no estén de acuerdo. Los cambios observados en sentido negativo: falta de apetito y conducta agresiva en el hogar contrastan con mejoras en el aprendizaje a partir de la devolución de la maestra. La madre concluye: “Pensaba dársela este año nada más, estos meses. Si dijeron que era déficit atencional es para siempre, ¿no?. Buscaría algo homeopático que no fuera medicina sintética”. Lo que parece ser un diagnóstico de por vida es la justificación para buscar otras alternativas y no considerar la medicación como única alternativa. Resulta interesante que, si bien en esta situación se está dispuesto a que el niño mantenga la maestra particular, la madre afirma que hay una discrepancia “lo que pasa es que la expectativa de la maestra (en la escuela) era que él ya supiera leer cuando empezara” ya que en el mes de julio de su primer año escolar se lo empieza a medicar cuando los niños cuentan con dos años para adquirir la lectoescritura. Queda expresado así la incidencia de la institución escolar para el mantenimiento de la farmacoterapia aún contra el sentido común y la voluntad de los padres.

#### **4.2.3 MARCELO**

En relación al tratamiento farmacológico, ambos padres afirman que no están convencidos de mantenerlo ya que duerme más de lo que les parece adecuado. Sostienen que no obstante le dan la medicación: “Porque la doctora mandó y la maestra vio cambios. Es una forma de estar tranquilos que la cosa funciona”, dando cuenta así de reconocimiento de los efectos favorables si bien mantienen ambivalencia ya que suelen suspenderla por decisión unilateral. De esta forma queda en evidencia que medicar al niño es una solución de compromiso, el padre afirma: “Si es por mí que no la tome. Cuando era chico me ponían al lado de una planta y yo era lo mismo”, aludiendo a que fue medicado también, continúa: “no me gusta verlo tranquilo, me gusta que juegue, se acuesta de repente, cuesta levantarlo”. Mientras que la madre afirma: “Queríamos que le fuera bien en la escuela, estaban atentos a que todos los días la tomara. Únicamente que esté tranquilo en la escuela para que no me

llamen todos los días la maestra”. El padre se sincera: “Va a una escuela de 8 hs y el miedo de la madre es que lo cambien porque llamó la maestra que, si él no cambiaba la manera de ser, no iba a poder seguir yendo”. Queda explícito entonces la contradicción que enfrentan los padres entre el propio criterio y la experiencia versus los riesgos que les traería no controlar al niño mediante la medicación. Reconocen que está más tranquilo, pero es interesante su fina percepción de que estar quieto no significa mayor conexión: “Supuestamente en la escuela está tranquilo. No sé si aprende mejor, la maestra dice que en la clase está más atento, más tranquilo, más calmado”, discriminando el atender con el aprender. El niño se muestra enojado porque entiende que esta medida es restrictiva con su conducta: “¡Son unas ratas las maestras y la inspectora, si no te dejan hacer nada!”

#### **4.2.4 FRANCISCO**

En esta situación, la madre manifiesta resistencia a la medicación, la ha suspendido antes y en el momento de la consulta se le vuelve a indicar (en este caso antipsicótico), frente a lo cual fundamenta que ha leído que la droga “es para personas con esquizofrenia que están fuera de la realidad”. Interrogada sobre los motivos de la primera suspensión de la medicación (Ritalina) alude a que el niño no la quería tragar y como no le hacía efecto la interrumpe. Y en cuanto a la indicación actual manifestó que llegó a pensar en no dársela a pesar de su intensa queja por la conducta del niño y el malestar que ello provoca en la dinámica familiar. Esto coincide con gran ambivalencia en torno a reconocer la mejoría obtenida, observándose una importante dificultad para que se produzca un cambio en la comprensión de la situación de sufrimiento del niño.

Este fue uno de los casos más comprometidos desde el punto de vista del pronóstico, proveniente de una situación que no representaba un riesgo desde el punto de vista del contexto y las condiciones familiares.

#### **4.2.5 VICTOR**

Para el caso de este niño el discurso es positivo en tanto se reconoce que la medicación “lo sacó adelante, le hizo bien hasta en la escuela” agregando que algo en las expectativas se frustró: “en casa es horrible”. Si bien persisten las dificultades a nivel intrafamiliar, la madre no se cuestiona acerca de la



medicación, pero es quien manifiesta sentir vergüenza frente a los otros padres. Se describen cambios entre tener y no tener la medicación día a día aunque también se reconoce que otros factores podrían incidir dado el comportamiento desigual del niño según esté en casa del padre o de la madre, ya que en su propia casa la presencia de los hermanos menores (incluyendo un recién nacido) desestabilizan al niño quien manifiesta intensos celos. Se priorizan los beneficios para adherir al tratamiento.

#### **4.2.6 SOLEDAD**

En este caso se observa que se acepta la recomendación a la vez que se mantiene un discurso negativo dando cuenta de ambivalencia frente a la medicación. “Yo mucho no estaba de acuerdo, pero trataba que estuviera más tranquila y se concentre. Pensaba que la medicación era algo mal, uno cría a sus hijos y no para que estén medicados, estaba más o menos hasta que me di cuenta que tiene mucha hiperactividad y no queda tranquila” afirma la madre. Esto se manifiesta además en los olvidos por parte de ambos padres de la medicación, desplazando la responsabilidad del padre hacia la madre y de la madre hacia la niña: “A veces me olvido y trato de que ella se acuerde, le pregunto cuando vuelvo de trabajar...hoy se olvidó ella y yo también. Se la corta con la cuchilla”; el padre agrega: “que aprenda a independizarse”. Lo mismo sucede en cuanto a la percepción de los cambios operados: “De repente le viene sueño, está distinta, un poco más tranquila a veces, en momentos de mucha hiperactividad no sabe lo que va a hacer. Mucho no veo cambio, no es algo que haya cambiado totalmente desde que toma. Hay momentos que está triste”. Se destaca la expectativa de “totalmente” que da cuenta de una cota alta respecto a los cambios esperados.

#### **4.2.7 DIANA**

En la situación de esta niña se destaca una total aceptación del tratamiento reconociendo cambios positivos, tanto a nivel discursivo como en las acciones concretas para sostener el tratamiento. La modificación de la conducta se observó a nivel curricular ya que en el hogar no presenta dificultades. La madre percibe una niña frágil y lenta, lo que no coincide con la realidad, por lo cual reacciona con estrategias continentales de las ansiedades de su hija y acordes a

las necesidades de la niña para responder a las demandas de la escuela. Cabe preguntarse sobre el papel fundamental de la actitud de la madre en los logros de la niña.

#### **4.2.8 LAURA**

Se observa la presencia de ambivalencia respecto a la adherencia al tratamiento, expresando que no quería darle la medicina, pero tuvo que aceptarla porque no había otra solución. En este caso, la niña tuvo un primer tratamiento por un año el que interrumpe la madre e inicia otro al año siguiente en el cual se le cambia la sustancia pero que imparte durante menos de dos meses e interrumpe al momento de la consulta por falta de dinero y temor al daño. Se expresan fantasías tales como “se le entra a apagar las neuronas”, o temor a la reacción propia si la niña no se calma “voy a terminar internada o voy a reaccionar en forma violenta” destacándose aquí un mecanismo proyectivo sobre la niña. Se trae el temor de daño debido a las advertencias en el prospecto. Estas expresiones de ambivalencia y contradicción en la argumentación acerca del tratamiento farmacológico, llaman la atención en tanto se afirman cambios significativos en la conducta y en el rendimiento de la niña, llegando incluso a afirmar que está más calmada y tranquila y que se reclamará a la maestra la baja nota que no concuerda con la productividad en el cuaderno. En esta situación, interrogada la niña, afirma sentirse mejor “en todo”.

#### **4.2.9 GUSTAVO**

En cuanto al tratamiento farmacológico no hubo valoración positiva al respecto, sino que por el contrario ante la observación de cambios drásticos en la conducta la madre decide interrumpirlo: “Dejé de darle antes de que terminara cuando lo empecé a ver así”. Ante esta situación la madre queda en soledad:” La medicación no es el camino, hablarle no sirve mucho, hablándole no entiende así que no sé...” pero no se recurre a una consulta médica.

#### **4.2.10 ISMAEL**

Se manifiesta una valoración positiva actualmente en tanto se ve el beneficio en la escuela. Al inicio del tratamiento la madre refiere no haber estado de acuerdo; la ambivalencia se observa cuando afirma que: “Se la corté por las

vacaciones y como no las llevó, hasta no hablar con la doctora de vuelta no quería volver a dárselas” a la vez que comenta sobre su deseo de cambiar de psiquiatra. No hay referencia a cambios conductuales en el hogar, sólo se afirma que la medicación lo ayuda a concentrarse “apacándolo”. El informe de la maestra es contundente en cuanto al beneficio.

## Síntesis

Para el segundo objetivo, se observa que en el discurso parental predominan criterios en relación a la indicación farmacológica que se relacionan con aspectos negativos (efectos secundarios, dependencia, escasos cambios en relación a lo esperado) junto a la vivencia de escasos beneficios obtenidos. En un solo caso (Diana) hay coincidencia entre lo esperado, lo percibido y los resultados. En los demás coinciden argumentos en contra de la medicación con variado nivel de reconocimiento de cambios favorables en el niño, destacándose los cambios inesperados vinculados con conductas de ansiedad, sueño y agresividad.

La adherencia al tratamiento es variable para cada niño y para la muestra en general en tanto la misma ambivalencia y en algunos casos, la contradicción al respecto, lleva a olvidos, falta de previsión y desplazamiento de la responsabilidad de dosificarla hacia el propio niño por parte de los padres quienes deberían ser los responsables de controlar el medicamento. Ello pone en riesgo los resultados obtenidos dadas las interrupciones en los tratamientos.

La presión manifiesta por parte de la institución escolar (que va desde la preocupación hasta la amenaza) ejerce una incidencia tal, que los padres se encuentran en una encrucijada en la cual no están de acuerdo con medicar al hijo pero se la dan igualmente. En este sentido también se alude al mandato médico, aunque en menor frecuencia, pudiendo cuestionar la indicación sobre todo por falta de información recibida.

Los cambios se perciben en relación a la droga, pero no son experimentados como suficientes.

Los padres responden a manera de una solución de compromiso que recoge las ambivalencias al respecto. Cuando un cambio en la conducta es percibido indudablemente como negativo, se interrumpe.

Se entiende que el discurso sobre el cambio en el hijo señalado (sancionado) se vincula al lugar del niño en la familia, ya que es el miembro que parece hacerse cargo de la “locura” familiar, en quien se depositan las razones del malestar general. Ello aumenta la vivencia de que no es suficiente lo obtenido a cambio de la medicación en tanto la situación del niño queda transversalizada por las proyecciones y depositaciones de aspectos de la vida familiar. Cuando el niño mejora, la vivencia es de insuficiencia ya que no mejora la situación familiar, obviamente porque no depende de él solamente. La escasa autocrítica y ausencia de insight en los padres entrevistados produce discursos donde el niño es el problema y no la dinámica familiar, en general.

Asimismo, se observa una manipulación de los medicamentos por parte de los padres, sin consulta médica de rutina.

#### **4.3 Objetivo específico III: Identificar los cambios en la vida cotidiana de la familia a partir del diagnóstico y tratamiento.**

Para responder al presente objetivo se tomó el discurso en general de los padres entrevistados dado que en diferentes momentos de la conversación se aludió al tema.

##### **4.3.1 KARL**

La madre expresa respecto a la escuela: “Me dijeron que tratara de darle bien los medicamentos sino lo iban a suspender, por ahora...” y más adelante comenta:” Me preguntaron si le iban a cambiar la medicación porque él la toma de mañana y de tarde. Le doy de mañana antes de entrar a las 8 y después a las 8 de la noche”. Se observa aquí el peso que siente la madre respecto a la mirada constante de la institución escolar, quien no sólo trasmite la atención sobre el hecho de que el niño esté medicado sino también sobre los cambios que estiman necesarios o temen que se produzcan al respecto. La madre concurre mensualmente a retirar la medicación a salud pública, cada cuatro meses le renuevan la pauta, afirma. Se le indicó consulta con cardiólogo: “No sé qué puso porque no entiendo la letra”, refiere respecto al motivo de la derivación, esto se vincularía con un posible cambio de medicación. No hay referencia a cambios concretos en la rutina a excepción de estar pendiente de

retirar la medicación y los controles. Se destaca el peso del control institucional sobre la madre, única referente del niño.

#### **4.3.2 SEBASTIAN**

En esta situación la madre expresa que es quien se hace cargo del tratamiento y decidió no darle la dosis de mayor concentración: “Porque en la tarde está en casa y no la necesita. En casa, me pongo a hacer las cuentas con él o a leer un libro y él se queda quieto...en la escuela se dispersa, no sé si hay tantos niños o quiere pasar jugando todo el día”. Se observa aquí que la madre utiliza su criterio de acuerdo a lo observado en el hogar. Respecto a si comparte con el padre del niño esta responsabilidad afirma: “Él sabe que es de mañana (que toma la medicación) pero soy yo la que me encargo de eso. Lo levanto, lo arreglo, le doy la medicación y lo entrego en la camioneta”. Descripto así, el darle la medicación se integra a las rutinas fácilmente, para este caso en que la madre está presente en el hogar. A partir del diagnóstico en la familia surgió la idea de que va a tener que concurrir a maestra particular “para que está más atento”. Hay una especial mirada a las actividades curriculares del niño y un acompañamiento diario asociado a evitar el aumento de la dosis de medicamento.

#### **4.3.3 MARCELO**

Los padres del niño refieren un cambio en la rutina vinculada con la ingesta del medicamento: “Cuando viene a casa toma de vuelta la medicación y después se duerme una siesta bastante larga” que genera malestar e intolerancia a los cambios: “Pide comida, eso es un tema también de la medicación, quiere pasar comiendo se ve que tiene una ansiedad...” El padre afirma: “El primer día que tomó...me sentí triste, me cayó mal verlo de esa manera, era como ese vaso, está ahí y es como esa cosa que está ahí...” dando cuenta de la angustia frente a los cambios observados en el niño. Si bien esto no ha modificado la cotidianeidad de la familia, la vivencia es que ese no es el hijo que tenían antes: “Se acuesta de repente, el horario de la casa es hasta las doce o la una, pero él a eso de las diez se tira en el sillón y se duerme hasta el otro día”. Genera además efectos: “Nosotros se lo suspendimos, la otra

vez por decisión mía lo suspendí” relata el padre. “...Por eso habíamos suspendido la dosis de la tarde, es para que esté atento en la escuela, en casa no lo quiero tranquilo”. Es intensa la angustia en el relato, no quieren un hijo cambiado y vivencian con malestar la ausencia del niño en el momento de encuentro en la familia. Además, refieren la presión de la familia de origen de ambos padres en contra de la medicación: “Mi padre me dijo que no se la diera directamente...mi madre sí, que se la diera...mi suegra que se la diera pero que no le dijéramos” comenta el padre que es quien lleva la voz emergente.

Cuentan que se les ha recomendado que estuvieran atentos a “que todos los días tomara y le preguntáramos a la maestra cómo había estado ese día”.

La preocupación está en mantener al niño en la escuela de horario completo ya que han recibido quejas con la sentencia “si él no cambiaba la manera de ser en la escuela no iba a poder seguir yendo porque lo iban a cambiar a una de cuatro horas”, lo que sería difícil para esta familia donde ambos padres trabajan varias horas fuera del hogar, aumentando la presión también.

Ambos padres se ocupan de la medicación: “el que esté se la da porque trabajamos mucho nosotros”. Aquí el cuidado está puesto sobre el no cambio en la rutina familiar, manteniendo al niño en la escuela de tiempo completo, que de expulsarlo implicaría la pérdida de horas de trabajo para los padres.

#### **4.3.4 FRANCISCO**

En esta situación, el niño es medicado nuevamente en el transcurso de la evaluación, ya se había suspendido un tratamiento anterior. Ambos padres le dan la medicación indistintamente y se observa cierta imprevisión en tanto la madre afirma que si se termina el niño pasa sin medicación. No se reconocen cambios en el niño ni en la rutina a la vez que afirman que está más comunicativo. Se observa extrema reticencia durante la entrevista a hablar de la nueva medicación. Se interpreta en el sentido de una gran dificultad para asumir aspectos vinculados a la disfunción familiar que afecta la estabilidad emocional del niño.

#### **4.3.5 VICTOR**

La percepción del niño y los cambios en general es opuesta entre ambos padres. Al inicio tampoco estaban de acuerdo con medicarlo, desacuerdos quizás arraigados en la separación de la pareja tempranamente en la vida del niño. Actualmente ambos padres comparten el cuidado y los tratamientos. La madre se ocupa de proveer la medicación: “Cuando traigo los remedios le doy. Si faltan está desacatado, la maestra me dice que está distraído, disperso, llora, grita”. Aquí aparece nuevamente la figura de la maestra-representante institucional- que observa y comenta cotidianamente sobre la situación derivada de la medicación o no. La madre ha manifestado vergüenza frente a otros padres y relata: “Estoy muy encima, tengo temor que se lastime. Tratamos de llevar todo como una familia...cada vez que nos dicen eso, no puedo estar pegándole todo el tiempo, lo rezongo, estoy muy encima.” Los niños con dificultades en el control de los impulsos requieren de una mirada constante que implica conductas de cuidado y represión. Aquí se aprecia que el temor es tanto por el daño que el niño puede llegar a infligirse como el daño hacia los demás. Nuevamente se observa el peso de la mirada institucional, así como de los otros del entorno social.

#### **4.3.6 SOLEDAD**

La madre es quien se ocupa de la medicación, pero en el relato surge lo siguiente: “A veces me olvido y trato de que ella se acuerde, le pregunto cuando vengo de trabajar, me dice que sí. Hoy nomás se olvidó ella y yo también porque tengo tanta cosa en la cabeza...” La niña corta la medicación con cuchilla, si se le dificulta le pide al padre. El padre acota: “Que aprenda a independizarse porque hacerle todo nosotros...antes que naciera el hermano estábamos los dos para ella y hacíamos todo. Ahora queremos repartir un poco la cosa”. Se observa que ocuparse de la medicación (provisión y recordar la toma) ha pasado a ser una preocupación más que los padres viven como una carga que se agrega a la rutina. La niña queda entonces haciéndose cargo de esta función parental (cuidado de su salud) con la argumentación de que pueda crecer mientras afirman: “Creemos que le falta madurar mucho, es una niña que recién tiene 8 años y vemos que le está costando bastante” (Padre)

Esta contradicción se vincula a la no aceptación de las dificultades en la niña que se refleja en la conducta del olvido y desplazamiento de la responsabilidad en ella.

#### **4.3.7 DIANA**

La madre es quien controla la medicación, la niña está pendiente de la compra cuando se termina. Hay una plena aceptación del tratamiento y percepción positiva de los cambios operados en la escuela. La atenta observación de la madre indica que: “Cuando hago los deberes con ella en la mañana nos cuesta mucho más concentrarnos y tener una actitud de estudio que al hacerlos cuando enseguida viene de la escuela. Ella toma al mediodía con el almuerzo y el efecto le dura después que viene de la escuela”. Ello implicó un cambio en la rutina del hacer los deberes, pero además se destaca en el discurso materno una apreciación en cuanto a que la familia “tiene que propiciar el espacio tranquilo para que ella pueda hacer los deberes. A veces al ser tres niños en distintas edades...como que eso cuesta un poco. Tratamos de hacerlo, dándole actividades a los demás y estando yo con ella”. Aparece aquí un esfuerzo puesto en la tarea escolar sustentado por un ambiente familiar que acompañe a la niña en el logro del aprendizaje. Se destaca que el padre no puede participar porque presenta dislexia: “para el papá es complicado”, recayendo el trabajo sobre la madre.

#### **4.3.8 LAURA**

Para esta situación se destaca que la dificultad mayor en la continuidad del tratamiento está ubicada en lo económico ya que han optado por consultar en un servicio privado. Madre: “Hace una semana que no está tomando porque me quedé sin medicación y como no estaba con dinero para retirar no pude todavía retirarlo”. En este caso la niña es depositaria de la disfunción familiar y si bien se reconocen los beneficios del tratamiento, la madre lo interrumpe por la desconfianza: “no me informó (la psiquiatra) que no es apto para menores de 18”. Las dificultades ubicadas a nivel del relacionamiento con pares en la escuela, exige a la madre concurrir asiduamente porque no tiene la misma percepción cuando juega con amigos en la casa: “Ahora la maestra me puso de vuelta que no se relaciona bien con el grupo. Ella es buena para jugar, no tiene



problemas, es buena, no es mala que va y les pega. Se siente como acosada, asustada”. La exigencia está desplazada a la necesidad de estar pendiente de lo que sucede en la escuela, además de lo que se expresa como carga económica.

#### **4.3.9 GUSTAVO**

En este caso en particular la rutina se ve alterada por la impulsividad del niño, pero al incluirse la medicación el cambio fue tan abrupto que no pudo tolerarse interrumpiendo la misma. Ante la duda la madre no vuelve al médico, sino que cambia a otro especialista. Otros actores familiares coadyuvaron en la toma de decisión de la madre: “Lo conversé con mi madre y mi pareja. Mi madre me dijo que no se la diera más porque no le hacía nada”. Aquí es interesante plantearse respecto al resultado el cual no era el esperado ya que el niño quedaba pasivo y sin agredir más. Pero no conforma el resultado ni siquiera cuando la maestra refiere que está mejor en clase. La tensión entre la expectativa y el cambio se instala en lo cotidiano para la familia.

#### **4.3.10 ISMAEL**

En cuanto a los cambios experimentados por el niño y su familia en la vida cotidiana a partir del diagnóstico, no parecen estar referidos exclusivamente al mismo, sino que el disfuncionamiento familiar era de tal magnitud que una vez que la situación familiar se estabiliza (el niño pasa a vivir en forma permanente con su madre y hermano mayor) se empiezan a apreciar los cambios. Se destaca que el hecho de permanecer con la madre luego del horario escolar (incluyendo el club de niños) ha aliviado al niño dado que ya no debe permanecer solo entre la salida del hermano del trabajo y la llegada de la madre, soledad que lo afectaba. Estos cambios en la rutina fueron decididos por la familia como una condición necesaria para mejorar la conducta de Ismael. Se desconoce si tal decisión fue trabajada con los terapeutas que tuvo el niño.

### **Síntesis**

Para el tercer objetivo específico planteado se destaca en el discurso de los padres entrevistados, que la cotidianidad de la familia no se percibe alterada a

partir del diagnóstico y tratamiento farmacológico. De todas formas, se asocian algunas situaciones de presión provenientes del entorno escolar cuando la institución está pendiente del ingreso del niño con medicación, sin ella o con cambios; otra fuente de presión para los padres resultó ser la mirada del entorno (padres de otros niños) o de otros familiares (abuelos) vivida como estigmatizante. Asimismo, el malestar proviene del esfuerzo económico que implica proveer puntualmente la medicación. Todas ellas podrían resumirse con las palabras de una madre que habla de “una preocupación más”.

Se destaca además que algunos cambios en la conducta de los niños a partir del tratamiento, son vividos como extraños y que imponen un ajuste en la convivencia: niños que duermen más o antes de lo previsto en la rutina, otros que exigen mayor cuidado en las tareas escolares exigiendo un ambiente familiar que acompañe la concentración o el contrato de una persona que lo haga. A veces este esfuerzo es para mantener la indicación en una dosis baja evitando aumentar la medicina. Alojar lo novedoso implica un trabajo psíquico intenso para el niño y para la familia también.

#### **4.4 Categorías emergentes a partir del discurso de los padres.**

En el análisis de los discursos de los adultos entrevistados, se detectaron temas concurrentes que aparecían asociados a las preguntas acerca de las características de los niños, los cambios detectados y los sentimientos que tuvieron respecto al diagnóstico.

Estos temas fueron:

- a) información recibida por parte del médico tratante,
- b) sentimientos respecto a la opinión de otros,
- c) teorías sobre el origen de la dificultad en el niño.

Para la primera categoría se describe que la medicación fue dada a partir del informe de la maestra en la primera consulta (Sebastián) hecha en la mutualista con psiquiatra. En ese caso se pudo preguntar y le informaron que no era residual. En otra situación los informantes no recuerdan si se les asesoró sobre el diagnóstico o la medicación, pero atribuyen a la carta de la maestra la razón que justificó la medicación. En el devenir de la entrevista, la madre expresa que va a preguntar acerca de tomarla en las vacaciones (se le indicó Goval) ya que

como se asoció a las dificultades en la escuela, no percibe razón para darla durante la semana de ausencia de clases (Marcelo).

En otro caso la madre expresa que nunca se informó de qué se trataba la medicación, revelando que luego de dos años la psiquiatra le explicó qué era lo que tomaba. (Víctor)

Se encontró además que una madre expresó: “Leyó el informe (de la maestra) y me mandó la medicación y no me dijo nada más. Dijo que era para bajarle los decibeles, que no fuera tan hiperactiva”. Manifiesta el deseo de preguntarle más sobre el tema de la medicación preocupada por cuánto tiempo tendrá que tomarlo. (Soledad). Para el caso de Laura, la madre se muestra desconfiada ya que el prospecto indica que no es aconsejable para menores de 18 años, siendo una de las razones por las que interrumpe la dosis hasta poder hablar con la psiquiatra.

Estos comentarios indican la posición pasiva de los padres y madres respecto a la posición del médico, desplazando en quien sabe del tema la responsabilidad de la indicación, no obstante, no se les atribuye de igual modo la confianza ya que persiste ambivalencia y desconfianza. Los técnicos suelen informar escasamente sobre la indicación cuidándose de no alertar sobre efectos secundarios-que como ya se ha descrito son diversos- y de no arriesgar acerca del período en que se mantendrá la medicación. Esto parece ser razonable en tanto no es posible saber de antemano cómo va a reaccionar el metabolismo del niño-paciente ni cuál va a ser el efecto beneficioso que se logrará. De todas formas, los padres presentan dificultades para empoderarse de un lugar que por derecho les corresponde: tener la información para decidir, y sobre todo para tomar la decisión acerca de si ese será el único tratamiento o habrá otras alternativas. Queda expreso que la resistencia se vincula al temor a la adicción o bien a la dependencia de un fármaco para poder funcionar como se espera. Algunos padres no pueden formular cabalmente sus dudas o temores, pero se expresa mediante la desconfianza y la ambivalencia que llega a actuarse en el olvido o la suspensión de la dosis.

En cuanto a la segunda categoría emergente, referida a los sentimientos respecto a la opinión de los otros del entorno, se ha encontrado algunas referencias que van en la línea de esperar que sus hijos logren “en tiempo y

forma lo que espera la sociedad” (Diana), dando cuenta del temor a la exclusión si no se obtiene éxito-en este caso para el aprendizaje- en los tiempos curriculares que la escuela determina. La mirada de la institución escolar ejerce una presión importante sobre el inicio y la continuidad del tratamiento. Otros padres expresan que han optado por manejar confidencialmente el hecho de que la niña esté medicada, compartiendo solo la información con una tía materna quien tiene un niño con “el mismo caso” (Soledad) pretendiendo de esta manera, acotar una mirada crítica que podría ser tanto hacia ellos como hacia la niña. Para el caso de otro niño, la madre refiere que sólo saben la madrina y la abuela acerca de la medicación (Francisco). En esta misma línea, otra madre expresa que siente vergüenza de hablarlo con otros padres, su fantasía es que le digan “que es medio loco y no lo dejen jugar con otros niños” (Víctor). Se aprecia aquí cómo el fenómeno de estigmatización se hace presente en los padres de estos niños que temen por la exclusión social. Otro observable respecto al manejo de la opinión de los otros es el caso de un niño donde los padres expresan que toda la familia sabe, pero que el abuelo paterno dijo que no le diera la medicación, recordando que cuando lo tomaba el padre sufría de efectos secundarios. De igual modo, las abuelas del niño recomendaron que le administraran la medicación sin que el niño supiera para que los hermanos no le dijeran “tomás cosas de locos” (Mauricio). En otra situación, la madre confía en las críticas que sus amigas le han hecho respecto al daño que hace la medicación y decide interrumpirla (Laura). Se expresan así, las diversas estrategias que las familias utilizan para no afectar la imagen del niño ante la mirada de los otros ni la suya propia. Estas observaciones muestran una vez más cómo el niño queda ubicado en el lugar de lo enfermo o de la locura o de lo vergonzante para la familia.

En cuanto a la tercera categoría emergente que incluye las teorías acerca del origen de la dificultad del hijo/a, se ha encontrado una diversidad que se relaciona principalmente con:

- a) Aspectos vinculados a una fragilidad y retardo innato. “Fue chiquita, menudita, emocionalmente más frágil. Siempre fue retrasada desde el vamos” (Diana)
- b) Ideas asociadas a lo hereditario en general: “Puede ser hereditario, tiene tíos que han tenido esos problemas, pensamos que sí y a la vez no...no

podemos afirmar algo que no sabemos” (Soledad). “Mi familia tiene descendencia (sic) con problemas de aprendizaje, mis hermanos con problemas de educación, pienso que es un problema de ahí, yo pasé más tranquila con el embarazo de él” (Víctor).

- c) Ideas asociadas a factores externos constatables. Adjudican las dificultades en general a la plombemia que “dificulta los nervios” (Karl)
- d) Ideas asociadas a una etapa de la infancia. Un padre afirma: “Yo lo veo como cosa de niños que con el tiempo se va a calmar, yo era igual...peor” (Marcelo). Otra madre expresa que su hija mayor también era dispersa y nunca la mandaron a psicólogo, “la pediatra decía que iba a ir madurando con el tiempo” (Sebastián)
- e) Ideas asociadas a los periplos familiares con escaso insight. Una madre afirma “Pienso que es porque nos hemos mudado mucho. Estábamos viviendo bien y el problema lo teníamos con ella” (Laura), dando cuenta así de cierta percepción de la incidencia de las condiciones familiares sobre la inestabilidad de la niña, pero rápidamente proyectando estas alteraciones del orden familiar en la propia niña.

Se observa aquí que los padres ensayan diversas teorías explicativas para tratar de entender lo que sucede con sus hijos, llamando la atención la escasa presencia de discursos relacionados con la situación contextual de cada niño. O bien es un elemento hereditario o constitucional contra el que no se puede hacer nada al igual que para el caso del factor externo como la plombemia o bien es una situación pasajera vinculada al proceso de maduración del infans. Cuando se acercan a alguna razón vinculada a la situación familiar se observa escasa o nula asunción de responsabilidad respecto a la situación- habida cuenta de que son los adultos quienes toman las decisiones familiares- desplazando en el niño la causa de dicha inestabilidad. Si bien el diagnóstico y el tratamiento adquieren relevancia en el sufrimiento de la familia relacionado con las conductas del niño, no se aprecian asociaciones relacionadas con la situación familiar particular de cada niño (historia familiar y personal, situaciones de crisis, acontecimientos traumáticos, conflictos actuales), lo que indicaría un registro subjetivo del padecimiento.

#### 4.5 Objetivo específico IV: **Describir cómo es la representación del niño respecto a sí mismo y respecto a cómo se representa en la familia.**

Para llevar a cabo este objetivo se trabajó con las producciones de los niños y niñas en el test gráfico de Familia Kinética Actual y en el temático Pata Negra, definidos previamente. Se determinaron dos categorías: Vivencia de sí mismo y Percepción del lugar en la familia y se analizaron mediante subcategorías tomando en cuenta indicadores específicos para cada técnica. (Ver grillas 2 y 3) A efectos de sistematizar la información recogida se analizará caso a caso; primeramente la vivencia de sí para cada test, sintetizando aquellos elementos concurrentes. En segundo lugar, se analizará la percepción del lugar en la familia para cada test, sintetizando también los aspectos que coinciden.

Se privilegiará en esta modalidad discursiva (tanto gráfica como narrativa) todo lo que emerja que se pueda considerar significativo para una mayor profundidad en la descripción del objetivo, privilegiando la singularidad de cada niño/a entrevistado/a.

##### 4.5.1 Vivencia de sí mismo

Como ya fue expuesto, el concepto alude a las representaciones del niño en torno a su imagen y esquema corporal, a su posición en el mundo y en relación a otros, reconociéndose como una unidad a lo largo del tiempo y en diferentes ámbitos. El cuerpo es pensado como el sostén de las experiencias narcisizantes y a la vez en interacción con el espacio por lo que se tendrá en cuenta la representación del propio niño. Las fallas en la imagen corporal (gestalten atacadas, precario equilibrio, desintegración de la figura) indican un sostén narcisista precario. El cuerpo, protagonista en estos niños estudiados, se transfiere al plano gráfico y se lo invita a representarlo en relación a otros, apelando a una síntesis de las experiencias primarias y actuales en torno a su esquema corporal.

Para cada niño o niña, se presentará en primer lugar una síntesis de lo observable en el gráfico y en el temático, luego se expondrá el dibujo de FKA y su reactivo verbal junto a la descripción de la secuencia de ejecución y otras verbalizaciones asociadas y por último se expondrá la historia realizada en el tests de Pata Negra y la síntesis de todas las etapas de la Historia y el Método

de Preferencias-Identificaciones, en la grilla bajo la categoría A y NA para cada lámina con comentarios en la columna de observaciones. De esta forma se atenderá a la singularidad de cada situación para luego realizar una síntesis de los elementos que se presentan comunes a todos.

#### **4.5.1.1 KARL**

En el Test de FKA, Karl presenta pobre integración de las figuras logrando hacer monigotes incompletos, lo que da cuenta de una precaria constitución de la identidad. Esto junto a la gestalt atacada que altera la buena forma, indica cómo se percibe a sí mismo en relación al entorno que también es representado pobremente, sin interacción entre los miembros (ausencia de brazos). Si se observan los indicadores de valoración/desvalorización de su propia imagen, se encuentra que su representación está emplazada junto la figura que denomina como a su madre, siendo la que lo representa a Karl la figura menos lograda en comparación con el resto. Se destaca el rostro incompleto, signo de fragilidad yoica, vivencia de incompletud, relacionado con fallas en la narcisización. El uso de mecanismos como la regresión y la identificación proyectiva masiva dan cuenta de un funcionamiento psíquico frágil con escasos mecanismos que permitan el control de los impulsos y una adaptación a las exigencias del Ello y del Superyo acorde a lo esperado. La identidad atribuida a los personajes sólo se conoce verbalmente, ya que los integrantes de la familia no presentan diferenciaciones ni por edad ni por sexo, siendo un conjunto indiscriminado que indica falencias en la necesaria asimetría que sostenga las funciones parentales.

En el test de Pata Negra logra ubicar al protagonista como varón. Es valorizado en tanto es el más feliz, pero lo desvaloriza a la vez indicando que es el menos bueno. Es un niño que no logra hacer una historia sino que realiza descripciones de las láminas, lo que indica la dificultad en la simbolización, coincidente con el pensamiento concreto que se observó durante la prueba. Finalmente se logra un mínimo relato donde el protagonista termina eliminado por el ganso (lámina Oca), desenlace no esperado que da cuenta de la falta de recursos que sostengan al Yo frente a lo impulsivo. No puede hablar de la característica de su pata negra, lo que se vincula con la estigmatización que representa la marca de origen o también asociada a las dificultades actuales.

Esto se ve reforzado cuando expresa que uno de sus deseos es quitarse la mancha. No se hace cargo de los impulsos agresivos. No hay proyección hacia el futuro.

Gráfico de FKA

Primer figura: hermano chico, 2da figura: hermano grande, 3er figura: yo y 4ta. figura: mi madre.

Reactivo Verbal; “Están cocinando...guiso y arroz. A veces la ayudamos”.



Test de Pata Negra. Presenta alguna dificultad para definir quién es el protagonista, de los padres dice: “Marido y mujer”.

Historia:

Camada: “La chancha tuvo cría. ¿Qué está pasando? Le están metiendo agua y pasto...y tres chanchitos están mirando...” ¿Qué piensan? “No sé”.

Carro: “Están mirando cómo se llevan a los chanchitos arriba de un carro de caballo”. ¿Para dónde? “Para otro lugar no sé a dónde”

Beso: “Se hicieron hermanos estos” ¿Por qué te parece que son hermanos? “Porque están los dos abrazados, y hay un chanchito mirando”.

Sueño madre: “Hay un chanchito grande tirando no sé qué a un chanchito... ¿Qué le tira? “No sé. Duerme”. ¿Se va a despertar? “Si”. ¿Quién es el grande? “La mamá”.



Cabra: “Un chanchito está tomando la teta de ésta...” ¿Qué animal es? “No sé”.  
¿Por qué hace eso? “No sé, capaz que toma teta de la cabra” ¿Qué hace la cabra? “Queda parada mirándolo”.

Duda: “Hay una chancha tomando teta de la madre...un chanchito mirando como toma agua” ¿Qué hace PN? “Mira” ¿Qué va a hacer? “Va a tomar agua”

Oca: “Hay un ganso mordiéndole la cola al chancho. Capaz que se lo quiere comer y hay otro mirando”. ¿Qué piensa el chanchito? “Como el ganso se lo come”. ¿Qué va a pasar? “Se lo va a comer”

#### Grilla Karl

LAMINAS	HISTORIA	PREFERENCIAS	IDENTIFICACIONES	OBSERVACIONES <sup>28</sup>
Comedero	NA	NA	NA	No se identifica con personajes. “Rompe todo”
Besos	A	A	NA	No percibe a la pareja
Pelea	NA	A	NA	Es el que se va
Carro	A	NA	NA	No se identifica con personajes
Cabra	A	NA	NA	No se identifica con personajes
Partida	NA	A	A	Busca comida
Duda	A	A	NA	No se identifica con personajes
Oca	A	A	NA	El que mira
Porquerías	NA	NA	NA	No se identifica con personajes. Tira barro al padre
Noche	NA	NA	NA	No se identifica con personajes
Camada	A	A	NA	No se identifica con personajes
Sueño Madre	A	A	A	
Sueño Padre	NA	NA	A	
Mamada I	NA	NA	A	
Mamada II	NA	A	A	
Hoyo	NA	NA	NA	No se identifica con personajes
Árbol	NA	NA	A	

#### 4.5.1.2 SEBASTIAN

<sup>28</sup> En esta columna se consignan elementos significativos surgidos del discurso y aclaraciones sobre la identificación del niño ante la pregunta: ¿quién serías tú?

Respecto a la vivencia de sí mismo, en FKA se observan figuras de tipo monigotes vestidos, con pobre integración si bien están diferenciadas claramente por sexo y rol. La Gestalt está pobremente conservada dando cuenta de una cierta integración del Yo y de sus funciones<sup>29</sup>. El emplazamiento de quien lo representa es inferior, pero compensa esta vivencia de desvalorización por un tamaño aumentado en relación a las otras figuras. Representa feliz a la familia, y si bien se dibuja en último lugar, es el hijo que está dentro de la casa. Este encerramiento junto a sus padres indica el mecanismo de aislamiento, dejando fuera a su hermana y al bebé. La identidad atribuida es homocrónica.

Presenta entonces una vivencia de sí integrada con mecanismos compensatorios sustentados en la disociación y el aislamiento a manera de control.

En PN el protagonista es visto como un varón de menor edad, en un rol pasivo con presencia de angustias de tipo persecutorias donde por momentos se pierde la diferenciación en el relato entre el sueño y la realidad, como forma de manejar el temor a la exclusión y al castigo. Se percibe como el más feliz del grupo, mecanismo maníaco que coincide con la negación respecto a la mancha en la pata en tanto es una mancha de pintura, aunque no se la puede sacar. Oscila entre la vivencia de algo permanente y el deseo de una dificultad transitoria. En cuanto a la proyección futura Sebastián afirma que desea hacer lo quiera, dando cuenta del rechazo a lo normativo. En el test evita las situaciones de expresión de la impulsividad y pone distancia en las láminas que promueven temáticas de exclusión y castigo.

Gráfico FKA:

Pregunta si puede dibujar su casa, al finalizar incluye a la 1er figura arriba (Mamá), 2da figura fuera de la casa con cochecito; 3er figura en el piso inferior a la 1ª (Papá). Por último la 4ta figura: "Soy yo jugando con mi auto a control remoto.". Son una familia feliz

---

29 Debe tenerse en cuenta que en el Test de Familia la calidad formal suele ser menor respecto a otras producciones gráficas.



Test de Pata Negra. Correcta percepción de los personajes.

Historia:

Pelea: Tres cerditos que tenían una mamá y un papá...”

Árbol: “Y lo ayudaban a alcanzar su comida de manzana el papá.”

Besos: “El cerdito los vio y se estaban casando mamá y papá. El bebé los estaba viendo”.

Duda: “El papá estaba tomando agua y el bebé también. El bebé tomando la teta de su madre y el cerdito PN iba a tomar agua con el papá”.

Sueño Padre: “Se durmió, estaba pensando en su padre me parece”. ¿Cómo es el sueño? “Sueño lindo”.

Hoyo: “Se durmió”. ¿Qué pasa aquí? “No lo sé”.

Carro: “Por la mañana el cerdo estaba soñando que PN y a los otros los iban a llevar a una camioneta. Para mí es un sueño feo porque está el hombre llevando a los animales para otro lado”. ¿A dónde los lleva? “Para una granja, es un sueño”.

Partida: “Otra vez PN se quedó caminando y se olvidó de la camioneta que no lo llevaron y fue hasta la granja”.

Oca: “Y un ganso lo atrapó de la cola y otro cerdo vino que escuchó otro ruido y lo vio” ¿Por qué lo atrapó de la cola? “No sé”.

#### Grilla Sebastián

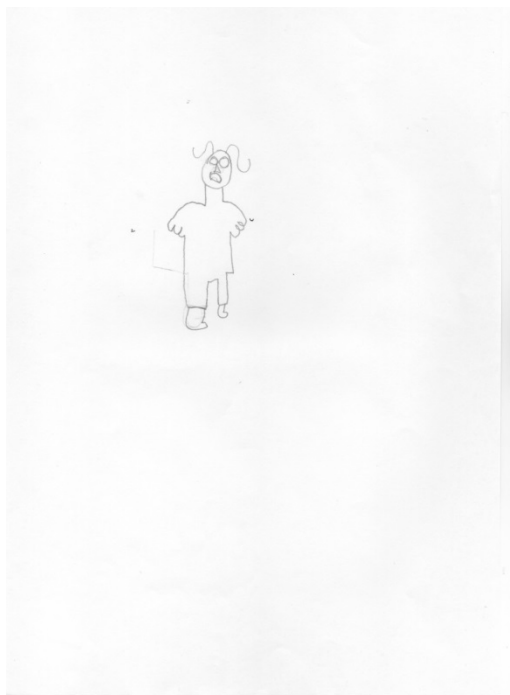
LAMINAS	HISTORIA	PREFERENCIAS	IDENTIFICACIONES	OBSERVACIONES
Comedero	NA	A	NA	Es el padre
Besos	A	A	NA	Es el padre
Pelea	A	A	NA	El que se va corriendo
Carro	A	NA	NA	Es el padre
Cabra	NA	A	A	
Partida	A	NA	A	Está muy lejos de la granja
Duda	A	A	NA	El que está con el Pd.
Oca	A	NA	NA	Es el ganso
Porquerías	NA	A	NA	Es el limpio
Noche	NA	A	A	Vigilando a sus padres
Camada	NA	NA	A	
Sueño Madre	NA	A	A	
Sueño Padre	A	A	NA	Es el padre
Mamada I	NA	A	A	
Mamada II	NA	A	A	
Hoyo	A	NA	A	
Árbol	A	A	NA	

#### 4.5.1.3 MARCELO

En este caso, el niño se niega a graficar a su familia, siendo una de las formas de expresión mayor de conflictividad respecto a la vivencia de lo familiar. No poder representar a su entorno inmediato y a sí mismo en situación de vínculo intrafamiliar es tomado como un fallo provocado por la alta movilización que producen las fantasías asociadas a la familia. De todas formas y a los efectos de poder considerar algún aspecto de la vivencia de sí, se toman indicadores gráficos respecto al dibujo de la figura humana. Las características que sobresalen dan cuenta de fallas en la integración de la figura con gestalt atacada (desproporción, asimetría, ausencias de brazos y manos) y ojos vacíos que indican las dificultades para interactuar y para mostrarse. El mecanismo predominante en DFH es el de identificación proyectiva que no puede ser

utilizado como mecanismo adaptativo. Ante la consigna de FKA el niño responde: “Ah! Pero yo no sé”, evitando mostrarse a través de un dibujo que le ha dado mucho trabajo hacer en las consignas anteriores (DFH y SPA<sup>30</sup>). Llama la atención que en el test de Pata Negra no se muestra opositorista por lo que las apreciaciones respecto a FKA se confirman. Aquí se identifica con el personaje que es un varón menor en la fratría, adjudicándole atributos de bondad y felicidad al protagonista proyectando lo negativo en los hermanos. A lo largo de la técnica aparece la vivencia de castigo frente a algo malo hecho (lámina de Oca). Desea ser feliz y portarse bien, conceptos asociados nuevamente con la aceptación por parte de los demás. Asimismo, desea “Que vuelva la familia, que sea feliz con los hermanos y que vuelvan los hermanos chiquitos. Están en una granja que se lo llevaron”. Cuando se le pregunta qué es para él ser feliz, dice que es tener “salud...y también no portarse mal, no pegar, portarse bien”. De esta forma Marcelo deja en claro que el efecto de portarse mal se relaciona con la infelicidad de los demás y con la pérdida de vínculos. Por momentos se proyecta lo impulsivo en otros y por momentos lo asume.

Dado el fallo en FKA, se tomaron indicadores de DFH.



---

30 Dibujo de la Figura Humana y Situación Persona Aprendiendo, éste último propuesto por la Psicopedagoga Alicia Fernández de Argentina para trabajar los dinamismos subyacentes en los niños con dificultades en la adquisición de aprendizajes.

Test de Pata Negra. Identificación de los personajes sin dificultad. PN es un varón de un año.

Historia:

Sueño madre: “Había una vez un chanchito que vivía con la madre, el padre y los hermanos que jugaba con los amigos, con los hermanos...y después lo agarró un pato y le quería morder la cola el pato.

Oca: ¿Por qué lo quería morder? “Lo molestó, el pato se enojó, lo sacó a correr y le mordió la cola.

Sueño padre: “Ahí estaba con el padre”

Mamada I: “Estaba tomando la leche”

Mamada II: “Estaba tomando la leche con los hermanos”

¿Cómo termina esta historia? “No sé...los hermanos lo fueron a defender”.

Grilla Marcelo

LAMINAS	HISTORIA	PREFERENCIAS	IDENTIFICACIONES	OBSERVACIONES
Comedero	NA	A	A	
Besos	NA	A	NA	Es el padre
Pelea	NA	A	NA	Es el que se va
Carro	NA	NA	A	
Cabra	NA	NA	A	
Partida	NA	A	A	
Duda	NA	A	A	Se enoja porque no lo dejan comer
Oca	A	A	A	
Porquerías	NA	A	A	Agreden al hermano mayor
Noche	NA	NA	A	
Camada	NA	A	NA	Es un bebé.
Sueño Madre	A	A	A	
Sueño Padre	A	A	A	
Mamada I	A	A	A	
Mamada II	A	A	A	
Hoyo	NA	NA	A	
Árbol	NA	A	A	

#### 4.5.1.4 FRANCISCO

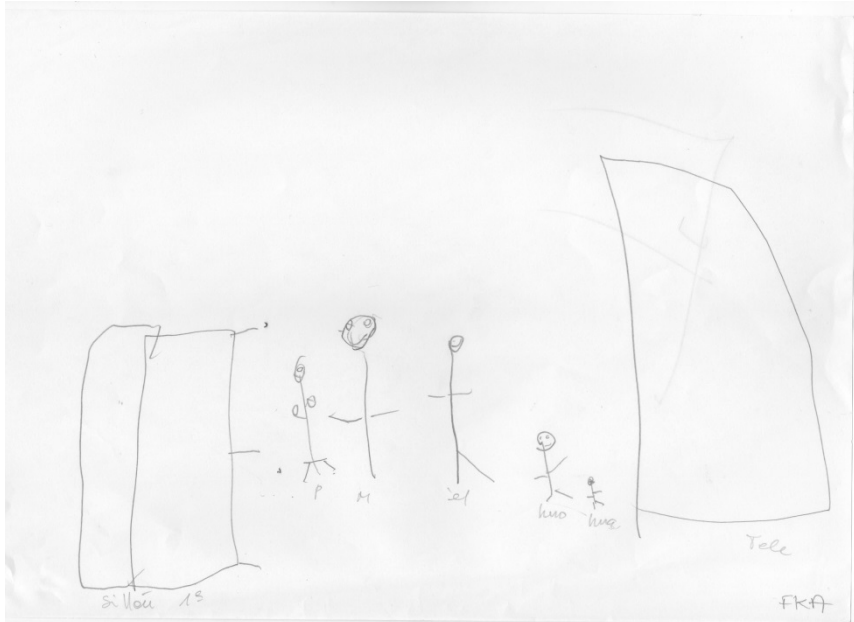
Los gráficos en FKA de este niño son monigotes incompletos que dan cuenta de una pobre integración del Yo, que junto a la gestalt atacada indican una fragilidad importante en la constitución psíquica. Se representa a sí mismo sin

rostro además de la incompletud de las figuras en general. Se destacan mecanismos de regresión e identificación proyectiva no adaptativas. La desproporción de los objetos respecto a las figuras marca la inadecuación en relación a la percepción del entorno. No hay diferenciaciones más que por el tamaño obviándose las características secundarias, indicando precaria narcisización.

En Pata Negra el protagonista tiene una edad algo mayor que Francisco. Tiene miedos, se enfurece y agrede, no obstante es el hijo preferido de los padres, el más feliz y el más bueno; en el método de preferencias el protagonista llega a morir o a matar, lo que evidencia un intenso mecanismo de disociación: Lámina Camada, “Me gustó porque está alimentándose la mamá, porque los hermanos mataron a los pequeños. Está triste porque van a tener otro hijo más, la mamá está embarazada y los cerditos se enojaron y mata al bebito. Y se acercan de noche y matan a los cerditos. Pata Negra los mata a palos”. Lámina Sueño Padre, “Me gustó porque sueña que su papá lo alimentaba. Era un sueño feo porque vomitaba, dejó una piscina de vómitos y PN se despertó. El papá era malvado, le daba de comer cincuenta y mil de veces y PN vomitaba cincuenta y siete veces. Al final se murió PN, y el sueño era realidad, era de verdad el sueño que lo inventaba todos los días”. Lámina Carro, “Porque los humanos se lo van a llevar para comérselo. PN está en el cielo, pero PN le está mordiendo la pierna al señor”. Estas verbalizaciones constituyen indicadores de graves alteraciones a nivel del pensamiento.

No acepta su marca (la pata negra), verbalizando el rechazo mediante calificativos de repudio, causa de malestar (le pica mucho, se la quiere sacar) que indica la estigmatización de la que se siente objeto el niño. Se proyecta a sí mismo como más grande, con “novia y chiquitos”. Su deseo se vincula con lo que directamente provoca sufrimiento a nivel vincular: “Que me porte bien, que haga caso a mamá” unido a fantasías omnipotentes como aspecto disociado: “Tener un brazo de metal que vuelva a crecer”.

Gráfico de Familia Kinética Actual. Rápidamente quiere sacarse la tarea de encima, solo accede a indicar quiénes son bajo cuestionario: Padre, Madre, Francisco, hermano y hermana. A la derecha dibuja la televisión y a la izquierda el sillón.



Test de Pata Negra. Los personajes son bien identificados, PN es un varón de 10 años.

Historia:

El niño presenta cierta dificultad para seleccionar algunas láminas, parece elegir al azar. Al mirar las tarjetas las quiere elegir a todas y dice: “La mamá lo salva al pequeño y si alguien se enfurece, la mamá se vuelve loca...”

Porquerías: “Los chanchitos le tiran barro a la mamá. El chanchito tiene miedo de estar en el barro. Se enfurece por cosas que el papá le inventa”.

Pelea: “Acá se pelean y uno se escapa porque quiere la leche de su mamá. Le va a avisar así los pone en penitencia a los otros. Los pone en penitencia a los otros dos porque le está mordiendo la pata”.

Sueño madre: “Acá estaba soñando con el papá” ¿Qué sueña? “Sueña que está quieto, que no hace nada”.

Oca: “Acá estaba en el nido de la gansa, ella se enojó y los muerde. Los papás vienen a matar a la gansa”.

Noche: “Acá están en el bosque viendo la luna”

Árbol: “La mamá lo ayuda a subir al árbol para comer a los pájaros”.

Duda: “Acá están tomando agua con la mamá. Pata Negra está haciendo caca y los demás toman agua”.

Comedero: “Mientras la familia duerme, Pata Negra hace pichí en la comida para que sea más sabrosa”.



Camada: “Acá los chanchitos toman leche de la mamá y los otros se pelean.

Dice que no se peleen por la leche, hay tres tetas más!

Mamada II: “Y acá los alimentan y el papá los alimenta con la leche”.

Besos: “Ahí se dan un besito y el cerdito está mirando y fin. Ahora vamos a guardar todo”.

Comentario final: “Me encantó”.

#### Grilla Francisco

LAMINAS	HISTORIA	PREFERENCIAS	IDENTIFICACIONES	OBSERVACIONES
Comedero	A	A	A	
Besos	A	NA	NA	Es el árbol
Pelea	A	NA	--	No responde, pide para salir al baño
Carro	NA	A	A	
Cabra	NA	A	NA	Distorsión cebra x cabra
Partida	NA	NA	A	
Duda	A	-	-	PN hace caca. No responde preguntas.
Oca	A	NA	-	Los padres matan al ganso. No responde en identificaciones.
Porquerías	A	A	NA	Es el que no le gusta jugar. Distorsión perceptual: cascada x pasto.
Noche	A	-	-	No responde.
Camada	A	A	A	Los hermanos matan a los bebés, PN mata a los hermanos.
Sueño Madre	A	A	A	Refiere que sueña con el padre, lo alimenta, es malvado, PN vomita y muere.
Sueño Padre	NA	NA	NA	Es el fondo blanco de la lámina
Mamada I	NA	NA	-	No responde
Mamada II	A	-	-	No responde
Hoyo	NA	NA	-	Está en el agua donde viven los cocodrilos
Árbol	A	A	A	

#### 4.5.1.5 VICTOR

La representación de la familia en este caso, muestra una vivencia de sí precaria dada la pobre integración de las figuras con ataques altamente

significativos a nivel gestáltico (pantalones hechos al revés en las dos figuras masculinas, ausencia de brazos o hechos como alas). Los rostros son asimétricos, con ojos vacíos, pobres en elaboración. Predomina la identificación proyectiva. La diferenciación por edad y por sexo está lograda en base a la vestimenta que es rudimentaria. El intento de discriminación se da a través del nombre en cada uno colocado espontáneamente. Se consignan indicadores de precaria integración yoica y fallas a nivel simbólico.

En el test de Pata Negra, atribuye al personaje una edad cercana a la suya, lo percibe de sexo masculino. El protagonista es castigado, ridiculizado, sintiéndose el menos feliz porque lo llevan al cuarto (como penitencia), busca compensar esta vivencia de gran desvalorización con un mecanismo maníaco de negación cuando afirma que la madre quiere más al hijo que se porta mal. Aparecen indicadores de estigmatización al indicar que es feo porque la pata es negra y los demás la tienen blanca, clara vivencia de exclusión. El personaje se va muy lejos (China) porque no quiere más a los padres, como forma de actuar el rechazo vivenciado, llegando a rechazar la propia identidad, no desea ser un chancho.

En lámina Porquerías: “No me gusta porque se está portando mal PN. Le escupió, iba corriendo y pegó tremenda patada y le pegó al padre en la cara”. ¿Qué pasó? “Lo rezongó y se fue a su cuarto”. ¿Cómo se sentía? “Horrible, llorando porque le pegaron”.

Gráfico de Familia Kinética Actual (se ocultaron los nombres reales).

1er figura: la madre, 2da figura: lavarropas y figura masculina a quien pone su nombre, 3er figura: su hermano varón T, 4ta figura: hermana mayor G, 5ta figura: hermana menor M.

Reactivo verbal: “Mamá está lavando la ropa” “Jugando a la atrapada” ¿Quién la quedaba? “Yo”

¿Más contento? “Nadie, mi mamá porque lavó la ropa”

¿Menos contento? “Yo, por nada”

¿Quién se enoja más? “Yo, por nada...por la tele”<sup>31</sup>

---

31 Como se habrá observado, en algunos casos se realizó un pequeño reactivo verbal y en otros se optó por no hacerlo dependiendo de la disposición del niño en ese momento.



Test de Pata Negra. Sin dificultades en la identificación de los personajes.

Historia:

Pelea: “Estaba el padre y la madre”

Mamada I: “Vino el hijo y le dio un beso”

Oca: “El ganso vino y le mordió la cola y se fue volando”.

Contame un poco más que estaba pasando: “Estaban jugando y después vino el hijo y tomó la leche de la madre. Un ganso le mordió al chanchito y el otro miraba y se hizo pichí” ¿Por qué? “Se mataba de la risa” “El ganso no era malo, le mordió la cola porque nada...” ¿El qué mira hacía algo? “El otro se cagaba de la risa”.

Grilla Víctor

LAMINAS	HISTORIA	PREFERENCIAS	IDENTIFICACIONES	OBSERVACIONES
Comedero	NA	NA	NA	Toma lodo con pichí
Besos	NA	A	NA	Es la novia
Pelea	A	A	NA	Es el padre
Carro	NA	NA	NA	Es el hombre. Matan cabras (alteración perceptual)
Cabra	NA	NA	NA	Es la cabra
Partida	NA	NA	NA	Es la madre-ausente en la lámina
Duda	NA	A	NA	Es el hermano
Oca	A	A	NA	Es el que mira
Porquerías	NA	NA	NA	Es la madre

Noche	NA	NA	NA	Es la madre
Camada	NA	NA	NA	Es el hombre
Sueño Madre	NA	A	NA	Es la novia (Md)
Sueño Padre	NA	NA	NA	Es la novia (Pd)
Mamada I	A	A	NA	Es la madre
Mamada II	NA	NA	NA	Es el hermano
Hoyo	NA	NA	NA	Es ninguno
Árbol	NA	NA	NA	Es la madre

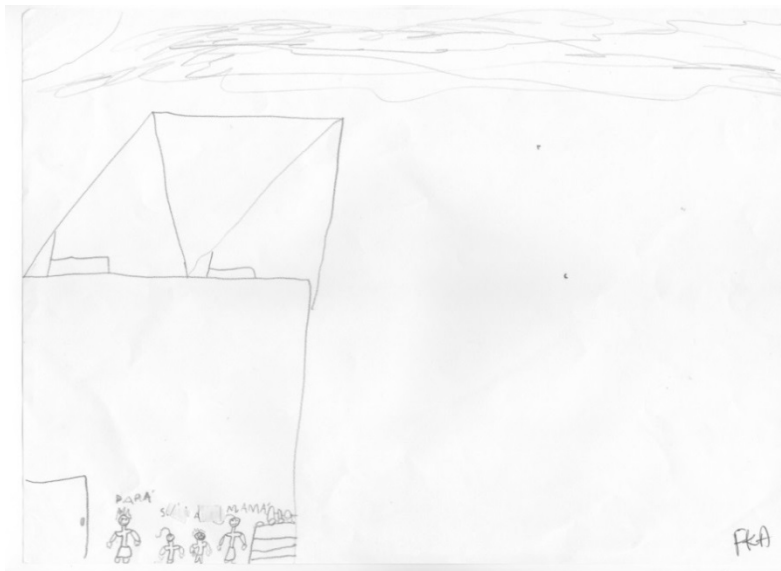
#### 4.5.1.6 SOLEDAD

En cuanto a la vivencia de sí misma a través de la FKA se destaca la presencia de figuras integradas con algún elemento confuso en cuanto a diferenciación por sexo (el padre tiene pollera al igual que la madre, ella y el hermano son iguales), la gestalt está conservada, elementos que indican un adecuado funcionamiento yoico. En cuanto a la valoración de sí, se observa micrografismo en todos los personajes, con un emplazamiento sobre el borde izquierdo que da cuenta de mecanismos regresivos y sentimiento de minusvalía. El hecho de que estén todos dentro de la casa-mecanismo de aislamiento- indica la necesidad de protección frente al entorno representado por un gran vacío en la hoja. La compensación se ve en la casa macrográfica. La identidad atribuida es homocrónica si bien se dibuja del tamaño de su hermano que en la realidad es mucho menor. En el test de Pata Negra la identificación es con un personaje del mismo sexo pero menor (el chanchito tiene 3 años). Aparecen acciones de agresión hacia la familia, busca figura materna sustituta en la cabra. Soledad se niega a responder en la fase de Preferencias Afectivas y no responde respecto a su pata negra ni deseos al Hada. Este aparente oposicionismo se comprende a la luz de las ansiedades movilizadas durante la prueba.

Gráfico Familia Kinética Actual (se ocultaron nombres reales).

Secuencia: 1ª y 2da figuras: padre y madre, 3er figura: Soledad y 4ta. figura: el hermano. Mientras grafica dice: “Mi hermano va a extrañar a mi madre, está con mi abuela”. Reactivo verbal: “Dibujé a mi madre y mi padre cocinando. Mi madre cocinando y mi padre mirando tele y yo jugando con mi hermano. No había nubes, sólo el cielo celeste. Tenemos una casa gigante, con estufa, con sillón,

con mesada de cocina y mesa de cortar...Los cuartos son viejos, la cocina es nueva, yo duermo sola con mi hermano". Continúa espontáneamente: "Mi madre cocinando junto con papá que va pa la heladera que no me entra...mi hermano ayudando a mi papá y yo a mi mamá". ¿Más contento? "Yo, porque estoy contenta por ayudar a mi madre". ¿Alguno está triste? "Mi papá porque se enojó cuando yo voy a ayudar a mi madre. No le gusta que ayude a mi madre a cocinar". ¿Quién está más feliz? "Mi madre, yo y mi hermano". ¿Y el papá? "Está enojado". ¿Por? "Por algunas cosas que hago que no tengo que hacer".



Test de Pata Negra. Ante la consigna se niega a realizar la tarea justificándose que en la escuela estuvo trabajando todo el día. Finalmente, identifica sin problema a los personajes, PN tiene 3 años.

Historia:

Ante la presentación de la consigna se niega aludiendo cansancio.

Comedero: "Había una vez tres cerditos y dos papás cerditos que estaban en una granja y estaban en su establo de comida...hacer pichí, ¡hacer caca... quiero ir al baño!" (Sale al baño)

Noche: "De noche se metían en el lodo pá jugar a veces"

Duda: "Fue con la madre y el padre a tomar leche". ¿Qué va a hacer PN? "Toma teta".

Cabra: "¿Ve a la cabra el otro día, viste?" ¿Y qué sucede? "Va a ir a buscarla, a jugar, ve una cabra y toma la teta también. Piensa que es la mamá y no es, ésta es la mamá" (señala lámina Mamada I).

Árbol: “Fue a buscarla y escuchó los gritos de la madre (se le cae la lámina) y después fue a buscarla para que vaya a un árbol a encontrar animales para jugar.”

Pelea: “PN y el hermanito se peleaban porque PN le mordía la oreja y el otro a su hermana” ¿Y los papás? “Dicen que no peleen”

Mamada II: “Toma la teta de la mamá”.

#### Grilla Soledad

LAMINAS	HISTORIA	PREFERENCIAS	IDENTIFICACIONES <sup>32</sup>	OBSERVACIONES
Comedero	A	A	NA	Es la madre
Besos	NA	A	NA	Es la madre
Pelea	A	A	NA	Es la madre
Carro	NA	NA	NA	Es la madre
Cabra	A	A	NA	Es la madre
Partida	NA	NA	NA	Es la madre (“La madre pero no estaba”)
Duda	A	A	NA	Es la madre
Oca	NA	NA	NA	Es la madre (“La madre está en otro lado”)
Porquerías	NA	NA	NA	Es la madre
Noche	A	A	NA	Es la madre
Camada	NA	A	NA	Es la madre
Sueño Madre	NA	A	NA	Es la madre
Sueño Padre	NA	A	NA	Es la madre (“La madre está en otro lado”)
Mamada I	A	A	NA	Es la madre
Mamada II	A	A	NA	Es la madre
Hoyo	NA	A	NA	Es la madre
Árbol	A	NA	NA	Es el padre

#### 4.5.1.7 DIANA

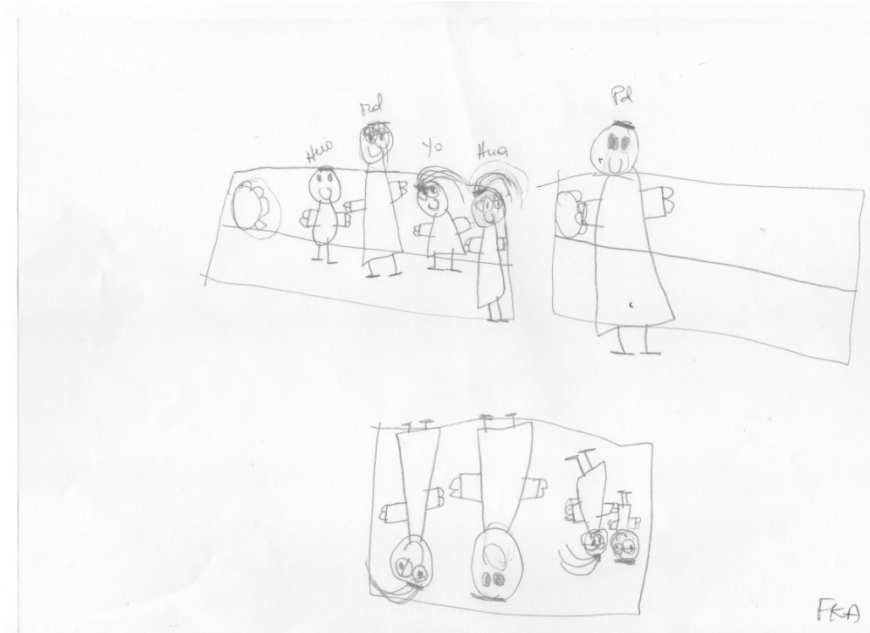
En relación a la vivencia de sí mismo, esta niña representa a su familia con figuras integradas de forma incompleta ya que mantiene piernas en una dimensión, están bien diferenciadas por edad, pero no por sexo. La gestalt está conservada destacándose elementos regresivos. La representación de sí en la familia indica un tamaño pequeño que no coincide con su posición en la fratría, igual a su hermano menor. Su madre la percibe como lenta, inmadura, con

32 Verbalización: “En todas soy la madre”

carencias, lo que se refleja en esta representación. El rostro es el más expresivo, mirando hacia la figura paterna. Se proyecta como la más feliz desplazando los atributos negativos hacia su hermana. En el test de Pata Negra el protagonista es visto del sexo femenino, pero más pequeño respecto a la edad de Diana, utilizando una vez más el mecanismo de la regresión. En cuanto a la percepción de sí como valorada, se destaca la verbalización en cuanto a buscar otra colita preguntándose si es linda, dando cuentas de una vivencia de desvalorización (que podría tomarse también como la castración). Se proyecta el sentimiento de tristeza a la vez que percibe a la protagonista como la más buena por no dar preocupaciones a la madre en relación a la conducta. No responde respecto a la pata negra y en cuanto a los deseos como proyección, surge la importancia de no perder a su familia y “Para ella pide no portarse mal y no tratar mal a los hermanos” en una clara expresión de necesidad de contener lo impulsivo.

#### Gráfico Familia Kinética Actual.

En primer lugar, dibuja el sillón donde va a instalar a la familia. 1er figura: hermano menor, 2da figura: la madre, 3er figura: Diana, 4ta figura: hermana mayor y 5ta figura: el padre ubicado en otro sillón. En todas las figuras se borró en la zona de las cabezas. Ante la pregunta sobre la acción responde: “Ah, me faltó algo” y grafica la televisión con figuras en el interior.



Test de Pata Negra. Percibe sin dificultad a los personajes, adjudica sexo femenino y dos años a PN.

Historia:

Sueño padre: “Había una vez el padre chancho y el hijito chanchito y fue...”

Mamada I: la mamá a darle la teta al hijo chancho”

Camada: “Un señor le estaba sacando la paja al chanchito y la madre le está dando a todos sus hijitos la teta y la mamá está comiendo su comida y un señor le daba de comer...unos chanchitos estaban mirando” ¿Quiénes son? “Deben ser unos primos”

Duda: “Entonces el hijo chancho y la madre están dando al cerdito la teta. El hijo chancho se está mirando la colita y el padre está tomando con la hermana” ¿Qué va a hacer? “Piensa como quiere otra colita, creo que no le gusta la colita o sino se está mirando si está linda” ¿Toma teta o agua? “Va a tomar con el papá”

Sueño madre: “Entonces el hijo se puso triste pensando en la madre y la madre salió en un sueño durmiendo” ¿Por qué se puso triste? “No sé. Fin”

#### Grilla Diana

LAMINAS	HISTORIA	PREFERENCIAS	IDENTIFICACIONES	OBSERVACIONES
Comedero	NA	A	NA	Es la hermana que está despierta
Besos	NA	A	NA	Es la madre
Pelea	NA	A	NA	Es la madre
Carro	NA	A	NA	Es la madre
Cabra	NA	NA	A	
Partida	NA	A	A	
Duda	A	A	NA	Es la madre
Oca	NA	A	NA	Es “la que mira”
Porquerías	NA	A	NA	Es “El que no estaba hecho lodo”
Noche	NA	NA	A si bien señala a PN, dice que es la hermana	“Están tristes porque PN se perdió”
Camada	A	A	NA	Es la madre
Sueño Madre	A	A	NA	Es la madre
Sueño Padre	A	A	A	
Mamada I	A	A	NA	Es la madre
Mamada II	NA	A	NA	Es la madre



Hoyo	NA	NA	A	
Árbol	NA	A	A	

#### 4.5.1.8 LAURA

En el gráfico de FKA, la niña representa a la familia ampliada con presencia de la familia de origen de su madre con detalles en cada uno, pero no se dibuja a sí misma. Ante la pregunta responde que estaba en un cumpleaños utilizando una defensa de tipo maníaca en relación a la vivencia de exclusión respecto al grupo familiar. Las figuras presentan buena integración con gestalt conservada lo que indica fortaleza en la constitución yoica mediante el uso de mecanismos de control. Es de destacar la estrategia mediante la cual primero realiza la cabeza de la figura paterna y el resto de las cabezas. Luego el rostro primero y luego todos los demás, y así con los cuerpos. Esto es una forma de tomar como modelo a esa primera figura a partir de la cual los hombres y las mujeres son realizados, habla de la importancia de esta figura y del mecanismo de control sobre los demás miembros de la familia.

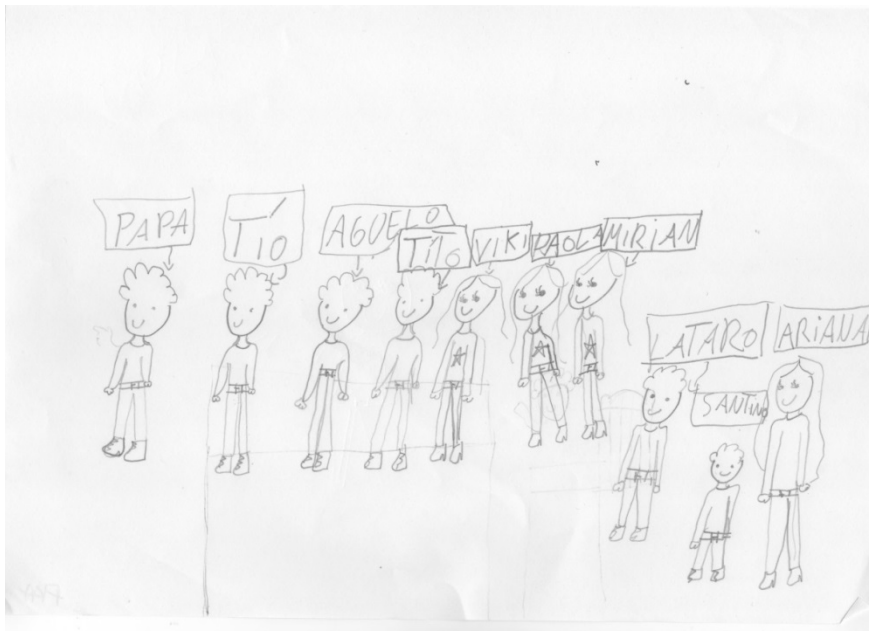
La ausencia de Laura en el gráfico muestra la importancia del mecanismo de negación, ausentándose mediante un justificativo maníaco (está en un cumpleaños) para tolerar las vivencias de exclusión. Llenar la hoja con la familia ampliada, incluyendo personas que no viven en el país, es una forma de compensar el vacío que vivencia respecto a su lugar en la familia. De todas formas, se proyecta en hermanos y primo, que son figuras apartadas de los adultos. Puede entenderse además como una forma de protección ante el lugar adjudicado en la familia.

En el test de Pata Negra en cuanto a la vivencia de sí misma, Laura se identifica con un personaje menor y varón en el cual se proyectan vivencias de desvalorización en tanto es el menos bueno y el menos feliz de la historia. Esto se adjudica a su (mal) comportamiento por el cual es castigado destacándose intensa rivalidad fraterna. Si bien hay aceptación en la diferencia, tener la pata negra, al inicio de la historia dice que la madre tuvo uno con la pata negra y los demás rosaditos, dando cuenta así de la diferencia en relación al origen y respecto a sus hermanos. En cuanto a la proyección que hace la niña para el futuro hay una clara identificación con la madre en tanto figura femenina (“Se va a desarrollar”) y desea que los integrantes de la familia sean buenos y le

presten atención. Reclamo que aparece reiteradamente en el test y coincidente con las características de demandante descriptas por la madre.

#### Gráfico Familia Kinética Actual.

Primero realiza un cuadrado central que borra y hace un rectángulo que también borra expresando: “Hacer esto es muy complicado cuando están todos reunidos”. Grafica 9 cabezas abiertas a las que va agregando rostros y cabello sucesivamente, igual que el cuerpo. 1er figura: “Este es mi papá, el novio de mi mamá porque es trabajador, trabaja en XX y en casas, las dos casas...” En último lugar dibuja a sus dos hermanos y al primo. El resto de la familia son tíos y tías, a su mamá la nombra por el nombre. Se le pregunta por la acción conjunta: “Están afuera en el parque, nosotros tres estamos jugando y yo estoy en un cumple. ¡Fue agotador!” ¿Quién es el más contento? “Mi tío porque se va a casar pero solo no sé si se va a casar...” ¿Hay alguien que esté triste? “Mi abuelo, es muy rezongón pero conmigo, mi primo y mis hermanos no. Mi abuela está en Alemania”. “Están en la plaza cuidándonos a L, S y A”



Test de Pata Negra. PN es varón de 4 años, resto de personajes bien percibidos.

Historia:

Camada: “Había una vez una pequeña cerdita, tuvo tres hijos, uno tenía una pata negra y los demás todo el cuerpo rosadito”

Oca: “Después el cerdito se escapó de la cabaña y fue a molestar a los gansos y un ganso le persiguió hasta una pequeña granja y el hermanito lo veía, el cerdito lloraba, no podía soltarle la cola. Decía, porfi porfi soltame, te lo suplico, no te volveré a molestar”

Mamada II: “Después fue con la madre a tomar leche y no paraba de tomar y tenía que compartir para los hermanitos y no les dejó. Después vinieron corriendo los cerditos: ¡Dejanos, dejanos!”.

Mamada I: “La madre sabía y le dijo: Fuiste a molestar a los gansos, siguió bebiendo leche y los hermanitos morían de hambre y el granjero les tuvo que dar”.

Pelea: “Después fueron a jugar todos pero como no los dejaba tomar leche el hermanito de cinco le mordió la oreja y el otro la pata y el hermanito fue corriendo con la madre y el padre”.

Duda: “Después como no podían la madre rezongó a PN y fueron todos a tomar leche menos PN. Uno tomaba con el padre en la bebedera, el otro tomó leche de la madre. El otro quedó enojado afuera como si no existiera”.

Carro: “Como se llevaban a una cabrita se reunieron todos, menos PN que quedó soñando que se llevaban a todos”.

Partida: “Después como pensó que iba a pasar eso, huyó y después se arrepintió porque se había perdido y volvió pero no encontraba la cabaña y una oveja y un pato lo ayudaron. La madre estuvo muy feliz de que haya regresado”

Árbol: “Después PN como la madre se había puesto feliz, se paró y PN se puso encima para ver a los pajaritos. La madre halcona quedó con pico grande y... fin”.

#### Grilla Laura

LAMINAS	HISTORIA	PREFERENCIAS	IDENTIFICACIONES	OBSERVACIONES
Comedero	NA	NA	NA	Es la hermana que “lo vio”
Besos	NA	A	NA	Es la madre
Pelea	A	NA	NA	Es la que no pelea
Carro	A	NA	NA	Es un hermano. Autorreferencia
Cabra	NA	NA	A	
Partida	A	NA	A	Escapó, está triste y decepcionado
Duda	A	NA	NA	Es el que está con la M

Oca	A	NA	NA	Es la hermana que mira
Porquerías	NA	NA	NA	Es la hija limpia
Noche	NA	A	NA	Es uno de los hermanos
Camada	A	A	NA	Es un bebé
Sueño Madre	NA	A	NA	Es la madre
Sueño Padre	NA	A	A	
Mamada I	A	A	NA	Es la madre
Mamada II	A	A	NA	Es el hermano
Hoyo	NA	NA	A	
Arbol	A	A	A	

#### 4.5.1.9 GUSTAVO

En el test de FKA el niño no se representa a sí mismo, siendo una expresión máxima de vivencias de exclusión. Lo proyectado sobre las otras figuras (padre y madre) indica pobreza en la integración de las mismas, con fallas en la buena forma acorde a lo esperado para su edad (figuras descalzas, con asimetrías, sin diferenciación más que por el cabello). El mecanismo predominante es la negación y la identificación proyectiva. El reactivo verbal es escueto, sin historia. En el Test de Pata Negra, Gustavo identifica al personaje principal con su edad y sexo, pero se niegan las diferencias generacionales indicando que las figuras adultas son hermanos grandes. Esto se entiende a la luz de la dinámica familiar, donde las figuras de referencia y autoridad son fallidas y se vivencian como fraternizadas. Se observa una clara desvalorización de sí en tanto es el menos bueno y el menos feliz debido a su comportamiento impulsivo (pelea). Asimismo se destaca la vivencia de una madre que no sostiene cuando sube al árbol y se le cae en un pozo, dando cuenta de cómo percibe función de sostén.

Se niega a responder respecto a su pata negra, no obstante, hay otros elementos que marcan una posición estigmatizada en la familia: “Me gusta armar lío” autorreferencia en lámina Pelea. En cuanto a su proyección se refiere a crecer y ser un gran pintor, similar a lo que hace el padre cuando construye casas.

Gráfico de Familia Kinética Actual

Realiza en primer término la casa, luego la 1er figura que representa a la madre y en segundo lugar al padre. Verbaliza: “Está armando una casa mi padre y mi madre está cocinando” ¿Hay alguien más en esta familia? “No” ¿Dónde estarías tú? “En la casa de un amigo”.



Test de Pata Negra. Los personajes están percibidos todos como hermanos. El protagonista es un varón de 8 años. A lo largo de las diferentes fases les va adjudicando indistintamente el rol de padre/madre a los hermanos.

Historia:

Mamada I: “Había una vez un cerdo que estaba tomando la teta con la madre y la segunda....

Mamada II: también, y los hermanos lo miraban”

Sueño Madre: “Después soñó con el hermano más grande de 10”.

Duda: “Estaba la madre y él tomaba agua. No, era el otro que tomaba agua y el hermano tampoco...él miraba” ¿Qué iba a hacer? “Iba a tomar agua”.

Árbol: “La madre lo subió a un árbol y cayó”

Hoyo: “Cayó en un lago todo oscuro con la hermana por un pozo...” ¿Cómo se sentía? “Mal”. ¿Podía salir? “La madre lo vino a buscar y se lo llevó”.

Porquerías: “Le tiraron lodo al hermano más grande. Se enojó”.

Cabra: “El hermano chiquito está tomando teta de una cabra porque tenía hambre”.

Sueño Padre: “Después soñó con la hermana, sueño lindo”

Besos: “En la última se abrazaron la madre y la hermana”

#### Grilla Gustavo

LAMINAS	HISTORIA	PREFERENCIAS	IDENTIFICACIONES	OBSERVACIONES
Comedero	NA	NA	NA	“Ninguno”
Besos	A	A	NA	Figura masculina mayor. Sentimiento de tristeza en PN
Pelea	NA	A	A	
Carro	NA	NA	A	
Cabra	A	A	A	
Partida	NA	NA	NA	“Ninguno”
Duda	A	A	NA	Es el hermano que toma agua
Oca	NA	NA	NA	Es el ave
Porquerías	A	A	NA	Es el grande “enfurecido”
Noche	NA	NA	NA	“Ninguno”
Camada	NA	NA	NA	“Ninguno”
Sueño Madre	A	A	A	
Sueño Padre	A	A	NA	Es “el grande”
Mamada I	A	A	A	
Mamada II	A	A	A	
Hoyo	A	NA	NA	“Nadie”
Árbol	A	A	NA	Es el pájaro

#### 4.5.1.10 ISMAEL

En el test gráfico, este niño muestra una pobre integración que se compensa en una escena rica en contenidos. La gestalt si bien no está atacada aparecen algunos elementos de simplificación y disarmonía como los rostros asimétricos y ojos vacíos que indican desvalorización en las figuras. La elaboración del contexto de realidad pasa a ser protagonista en el gráfico por el cual se diferencian bien los distintos personajes. Utiliza mecanismos de regresión e identificación proyectiva. Se dibuja en primer lugar, en una acción activa dando cuenta de buena integración a la familia, pero en vínculo con un amigo. En el

Test de Pata Negra el protagonista es un varón algo menor que Ismael. Aquí claramente aparece la desvalorización en relación a la vivencia de sí, a partir del relato en el cual es el menos bueno y el que provoca conflictos con la consecuente exclusión y acciones de castigo por parte de terceros. Asimismo, busca el reconocimiento por parte de la figura materna como forma de constatar que sigue siendo querido, aceptado. También se aprecia claramente la vivencia de estigmatización a partir del sentido que le da a la pata negra, que al principio puede usarla como camuflaje-engaño- unido a mecanismos de control omnipotente (es "Súper PN") para después pedirle al Hada que se la quite, lo que sucedería bajo la condición de que se porte bien. Queda asociada entonces la característica del protagonista a la impulsividad y a su comportamiento.

Como expectativas se destaca que desea ser abogado, lo que se vincula con la búsqueda de solución a aspectos inconclusos de su historia (paternidad no reconocida) y desea también portarse bien, reconociendo que su accionar trae consecuencias en los vínculos.

Gráfico Familia Kinética Actual.

Comienza dibujando el sol: "No había nubes ese día", la casa y la mesa de ping pong. 1er. Figura: él mismo, 2da. Figura: su amigo del otro lado de la mesa, 3er figura: el hermano en la cama adentro de la casa, 4ta y 5ta. figuras: sus hermanos. La 6ta figura está dentro del auto de policía y es un amigo del hermano policía y por último la 7ta figura es su madre a la izquierda de la hoja.



Test de Pata Negra. Personajes correctamente percibidos. Se identifica con PN varón y menor respecto a su edad.

Historia:

Besos: “Había una vez una familia, la madre... ¿cómo se llamaba? Julieta y el padre Raúl; el hijo Pata Negra, la hija Lucía y un hermanito Felipe”.

Mamada I: “Ellos tomaban leche de su madre cada día que se levantaban”.

Pelea: “Jugaban, se peleaban. PN decían todos, que era el que provocaba la pelea”.

Sueño Padre: “Un día PN estaba durmiendo y como todos decían que era el que provocaba la pelea....”

Hoyo: un día a la noche decidió cruzar el río para al día siguiente no estar”.

Oca: “Un par de patos y ahí estaba Lucía mirando las flores y el mar, pero de pronto una pata lo salió a correr y le mordió la cola. Termina acá”

¿Por qué lo corría? “Que salga de su territorio porque tenía mal olor y no quería que contaminara el agua. El doctor chancho le dijo que tenía que estar una semana en cama. El chancho pensaba ¿por qué tengo que estar una semana tranquilo? Al día siguiente se sintió feliz y volvió a jugar con sus amigos y todos felices para siempre.



¿Por qué se fue? “Se sentía triste, culpable y que no sería para nada. Pensó en su madre, que a ella no le importará porque soy culpable. Cuando llegó el chanchito dijo la madre: “PN te quiero”, aunque lo rezongara que lo quería igual”

#### Grilla Ismael

LAMINAS	HISTORIA	PREFERENCIAS	IDENTIFICACIONES	OBSERVACIONES
Comedero	NA	NA	NA	Es el padre. Es castigado
Besos	A	A	A	
Pelea	A	A	NA	Es el padre
Carro	NA	A	A	
Cabra	NA	NA	NA	Es la cabra. La madre no lo dejaba tomar leche.
Partida	A	NA	NA	Es el “arbolito”
Duda	NA	A	NA	Es el chanchito con el padre.
Oca	A	NA	A	
Porquerías	NA	NA	NA	Es el chanchito limpio. PN le tira caca al padre
Noche	NA	NA	NA	Es el padre
Camada	NA	NA	A	
Sueño Madre	NA	NA	A	Es un sueño malo con la madre
Sueño Padre	A	A	A	
Mamada I	A	NA	A	
Mamada II	NA	A	NA	Es el hermano
Hoyo	A	NA	A	Casi se ahoga
Árbol	NA	A	NA	Es el padre

#### Síntesis de la vivencia de sí mismo

Una vez expuestas las características que los niños y niñas evaluados han presentado para esta categoría a través del gráfico y del temático, se puede concluir que todos menos un niño ha respondido con una producción gráfica ante la consigna del Test de FKA de manera satisfactoria, o sea, representando a su propia familia o parte de ella. Las acciones representadas han sido variadas desde lo más contemplativo o pasivo hasta la actividad compartida. En cuanto a las figuras en general en cada test y en particular para la que representa al sí mismo, se concluye que en todos los casos menos en una niña (Laura) la integración es pobre, en un entorno que va desde la desintegración hasta la esquematización de las figuras humanas, dando cuenta de posible

compromiso en la identidad, o sea, en la percepción del sí mismo. Por otra parte, se ha observado vivencias de fragilidad y vulnerabilidad en estos niños en el rasgo de rostros incompletos o con fallas en la buena forma. El ataque formal en el rostro da cuenta asimismo de fallas en los mecanismos adaptativos producto de dificultades a nivel de la narcisización.

Asimismo, se ha visto escasa diferenciación por sexo y por generación, tendiendo a representar a todos por igual, destacándose especialmente las figuras empequeñecidas que representan al propio niño/a. En tal sentido se señala la dificultad para percibir a los adultos en roles diferenciados, como figuras referentes.

En general se observó una pobre integración de las figuras y cuando ésta aparecía conservada, la niña (Laura) se ausentaba de la escena.

Los reactivos verbales son escuetos en general, habiendo tenido que hacer preguntas para esclarecer algunos puntos.

En el test de PN, las narrativas se destacan por la simpleza, destacándose algunos elementos significativos relacionado con distorsiones perceptuales en algún caso. En general se obtuvo buena respuesta por parte de los niños y niñas ante las diferentes consignas, pero algunos manifestaron cansancio o reticencia negándose a hacer las últimas fases de preguntas. Se ignora si esa fue la única razón. Más significativa fue la ausencia de respuesta en el método de Preferencias e Identificaciones cuando selectivamente no se respondía en alguna lámina, relacionado con las ansiedades movilizadas. El opositorismo y los fallos se relacionan con dificultades para sostener mecanismos defensivos efectivos y adaptativos ante las temáticas que promueven las láminas.

El protagonista suele ser percibido de una edad similar o menor, lo que indica una tendencia a la regresión como mecanismo adaptativo ante lo nuevo.

Es un personaje desvalorizado, dado que aparece catalogado como el menos bueno y el menos feliz en la mayoría de las historias. En algún caso se asocia algún mecanismo de control omnipotente a modo de compensación narcisista. En general los niños estudiados han mostrado cierta ambivalencia en cuanto a hacerse cargo de la impulsividad o acciones agresivas, mayormente desplazadas en las figuras fraternas en los relatos. En un caso fue desplazado hacia la figura paterna claramente vinculado a la historia personal. En otro caso el protagonista muere, final no esperado para el test.

La desvalorización del protagonista se relaciona claramente con los efectos del mal comportamiento que genera el rechazo del entorno incluso de las figuras de referencia. En algún caso extremo hay un rechazo a sí mismo negando la propia identidad (no quiere ser chanco). Esta vivencia aparece junto a la búsqueda o necesidad de castigo debido a lo que se hace. De esta forma el personaje es ridiculizado, apartado, excluido, abandonado, tirado (cae en un pozo). Angustias de desamparo intensas que pretenden ser controladas mediante mecanismos maníacos que aparecen frecuentemente. Las acciones impulsivas son de la esfera oral (morder), uretral y anal (hacer pichí, cagar) como mecanismos regresivos. Desde el punto de vista afectivo llama la atención la confusión entre tristeza y enojo, emociones que aparecen asociadas en algunas historias.

La estigmatización está presente tal como el autor del test lo prevé. Se relaciona directamente con la mancha la que mayormente presenta atributos desagradables, molestos que diferencian (discriminan) al protagonista del resto de la fratría. Esta marca constituye un problema para el niño, asociado claramente con la situación actual que lo trajo a la evaluación.

Se destacan los conflictos de celos y rivalidad fraterna por sobre los edípicos.

Respecto a las figuras parentales, el deseo del protagonista es ser reconocido, portarse bien lo que se asocia a la felicidad de la familia, confirmar el amor de la madre, sobre todo.

Otro elemento a destacar ha sido la elección de algunas láminas en casi todos los casos para hacer la historia. De esta forma se ha observado que Duda fue elegida en siete de los diez casos, que se relaciona con la posición del protagonista en exclusión y que debe resolver qué hacer entre ir con la madre o el padre. Otra lámina elegida por siete en diez casos fue Oca, que privilegiadamente ha sido seleccionada para indicar el castigo que sufre el chanchito por molestar, por irse de la casa. Además, se ha encontrado que Mamada I, donde la escena es de PN a solas mamando con su madre también ha tenido una frecuencia de siete en diez, lámina que seguramente ha sido elegida como la representante del deseo de amparo y afecto exclusivo. En segundo lugar, la lámina Pelea ha sido seleccionada en seis casos, para representar la rivalidad fraterna y las acciones de agresión directa sancionadas.

Por último, en cuanto a las expectativas o proyecciones del niño (deseos pedidos al Hada y qué será cuando sea mayor), se destaca que algunos recurren al personaje para pedir que lo ayude con su comportamiento y con mantenerse unido a la familia.

#### **4.5.2 Percepción del lugar en la familia**

Para este ítem se analiza cómo se representa el/la niño/a en relación a los otros significativos del entorno inmediato, su relación con las figuras parentales y en la fratría, así como se representa la interacción. Tal como fue expuesto, se analizan los roles, lugares y funciones vivenciadas respecto al grupo de pertenencia. En FKA se tuvo en cuenta la presencia o no del niño/a en la familia, la participación en la escena, el tipo de acción, la posición ante los adultos de referencia, las acciones directas de expresión agresiva o castigo y las verbalizaciones referidas al vínculo. En el test de Pata Negra se tuvo en cuenta el conflicto predominante a través de la temática de la fase de Historia y respuestas a determinadas láminas tomadas como significativas para analizar la inclusión/exclusión, las temáticas de culpa/castigo y se tomaron otros indicadores emergentes que pudieran surgir en la singularidad de cada caso.

Como en el ítem anterior ya fueron expuestos los gráficos y las grillas de síntesis de cada test de PN, no se reiteran aquí.

##### **4.5.2.1 KARL**

El dibujo de familia presenta importantes alteraciones en la forma, las figuras son monigotes incompletos. Si bien la acción es conjunta no hay elaboración de contexto que enmarque la tarea: “están cocinando”. Se dibuja junto a su madre, coincidente con lo expresado por ésta en la entrevista respecto a que tiene que estar encima para poder controlar su conducta. Se representa a sí mismo entre dos figuras protectoras, su madre y el hermano mayor. Es una acción que caracteriza al vínculo desde lo más primario, función nutricia adjudicada a la madre. La representación del entorno familiar es pobre, indicando la fragilidad de los intercambios.

En Pata Negra las historias son pobres, evita contactar con los conflictos presentados, se ubica en un rol de cuidado de la familia ya que el protagonista sale a buscar comida. Karl no puede identificarse con los personajes, negando

ser alguno de ellos mayoritariamente. En cuanto a la temática de inclusión/exclusión, está desplazada a otro chanco quien termina atrapado. Se observan vivencias de desamparo, no lo defienden, es malo por lo que justifica la exclusión. El castigo es tratado en forma indirecta y desplazado a lo fraterno. En otra lámina (Comedero) va a expresar que no lo dejan jugar más porque rompe todo, lugar sancionado dentro de la familia que da cuenta de la percepción de sí como destructivo: “No me gusta porque están descansando y ella está jugando a romper todo”. ¿Por qué rompe? “No sé”. ¿Qué va a pasar? “Va a mirar el relajo que hay, no lo van a dejar jugar más”. ¿Quién serías? “Nadie”.

#### **4.5.2.2 SEBASTIAN**

En el gráfico de familia, Sebastián se ubica en último lugar, pero dentro de la casa con sus padres dejando afuera a la hermana y al sobrino. Toda la familia nuclear está presente pero no se comparten actividades, cada uno en una ocupación. Él se representa jugando y refiere que son una familia feliz. Se evita todo conflicto.

En el test de Pata Negra prevalece la vivencia de exclusión y castigo, a través de acciones de traslado, soledad, lejanía. No se hace cargo de las agresiones presentadas en las láminas, identificándose con los chanchitos que no se involucran; en ocasiones se identifica con el agresor como en Oca: “No me gustó porque el ganso le agarró la cola al cerdo, porque tal vez el cerdo lo molestaba”. ¿Quién serías? “El ganso”. Refiere que PN es el más feliz, otro aspecto de negación maníaca. Su deseo es ser más rápido, lo que alude a sus deseos respecto a las dificultades actuales.

#### **4.5.2.3 MARCELO**

Este niño consignó un fallo en el test de FKA, por lo que no se puede analizar el ítem aquí. De todas formas, el no poder representar a su familia es interpretado en función de la dificultad de conectarse con la familia internalizada, debido a ansiedades intensas relacionadas con conflictos intrafamiliares.

En el test de Pata Negra el conflicto predominante es de rivalidad fraterna, con temáticas de exclusión como forma de castigo, aparece reclamando al

padre para que lo rescate, como figura de contención. En cuanto a la inclusión en el grupo, refiere que el protagonista es el “más bueno, se porta bien” desplazando lo negativo hacia los hermanos. Utiliza el mecanismo de negación maníaca frente al castigo, de tipo omnipotente, cuando el comportamiento no es aprobado. Se observa una relativa conciencia de culpa, tiende a negar maníacamente las acciones impulsivas. Se observa la exclusión cuando no lo dejan tomar leche, dentro de la temática de rivalidad fraterna: Lámina Camada: “Me gustó porque están los bebés tomando la leche y acá están los grandes que miran y quieren entrar a tomar la leche también y no los dejan”. ¿Cuál serías tú? “Un bebé”.

#### **4.5.2.4 FRANCISCO**

En este caso, Francisco grafica a su familia con figuras muy elementales, con importantes ataques gestálticos. Las figuras están indiferenciadas por sexo y edad, pero todas presentes en una acción conjunta pasiva. Se dibuja al lado de la madre. Las asociaciones son pobres y escasas, el grupo se ve como escoltado por el sillón y la televisión representando la necesidad de contención y límites. La acción está controlada, puede considerarse como mecanismo presente el aislamiento.

En Pata Negra los conflictos predominantes que se asocian son de rivalidad edípica y fraterna, esta última con características intensas. Proyecta lo impulsivo con dificultades para hacerse cargo. Hay un ataque a la familia (Comedero), esto vuelve retaliativamente como fantasías de que se quieren devorar al protagonista (Carro)<sup>33</sup> o bien está en peligro de ser atacado: Lámina Hoyo “No me gusta porque está en el agua donde viven los cocodrilos”. Estas verbalizaciones denuncian la presencia de importante monto de ansiedad persecutoria. Se observan asimismo vivencias de soledad con autorreferencias que por momentos constituyen una falla en la discriminación yo-no yo: Lámina Partida, “Es la que menos me gusta porque está solito, quiero que esté con el papá y que viajen al norte. Viaja al mundo y al país, a veces viajo al norte yo con mi papá, a veces me lleva en un camión, pescamos tiburón para vender, a veces pescamos ballenas pequeñas. Mi papá tiene cincuenta mil de fuerza, pescó a una ballena, a la mamá...tenemos carne para todo el mundo, por eso

---

33 Fueron ejemplificadas en el ítem anterior.

comemos mucha carne.” Hay elementos que indican vivencias de exclusión como castigo (Carro) y vuelta de lo proyectado sobre sí mismo (Oca). Desea que los padres lo protejan. Cabe destacar que al dibujar el sueño de PN en la última fase, la madre “se convirtió en un bicho raro” indicando la extrañeza respecto a su núcleo familiar.

#### **4.5.2.5 VICTOR**

En el test gráfico se dibuja más cercano a la madre, separados por la acción y elementos del lavado de ropa, junto a sus hermanos. No hay indicadores de exclusión, sino que se grafica en la escena de mayor tamaño pero con ataques gestálticos más destacados respecto a sus hermanos. En el reactivo verbal refiere que es el menos feliz y quien más se enoja, lo que queda asociado a cómo se siente respecto a los cambios de humor.

En Pata Negra, el niño destaca la temática de rivalidad fraterna, con acciones de burla, exclusión (Carro) y castigo (se cae y se lastima la mano). Hay expresiones de agresión contra el padre quien lo rezonga y pone en penitencia, clara alusión a los límites que encuentra en casa de su padre, Lámina Porquerías: “No me gusta porque se está portando mal PN. Le escupió, iba corriendo y pegó tremenda patada y le pegó al padre en la cara. Lo rezongó y se fue a su cuarto. ¿Cómo se sentía? Horrible, llorando, porque le pegaron”. En cuanto a los sentimientos aparece el llanto porque le pegan, porque está perdido. Es el que se porta mal, menos feliz y se percibe a sí mismo como feo. Víctor cuando se refiere a la exclusión del protagonista alude a que es “para siempre” como forma extrema de no ser aceptado o de no percibir posibilidades de cambio, Lámina Hoyo: “No me gusta porque está ahí en el lodo, se llevaron a la madre a la luna, por eso está buscando... ¿Quién se llevó a la madre? Un marciano. ¿Cómo se sentía el chanchito? Mal, está llorando. ¿Lo van a rescatar? No, está perdido para siempre”.

En general los temas giran en torno al portarse mal y el castigo hacia él. Se destaca la vivencia de falta de sostén, en Árbol alude a que la madre lo sostiene pero cae y se parte un hueso: “No me gusta porque está subiendo el árbol y se va a caer porque no sabe escalar. La madre está parada con dos patas y el chanchito quiere subir y se va a caer y se parte un hueso y tiene que ir al hospital. ¿Quién serías tú? La madre”.

#### **4.5.2.6 SOLEDAD**

En Familia Kinética Actual, dibuja a su familia en un mismo espacio interno, destacándose el mecanismo de aislamiento, dentro de la casa. Ella se ubica entre su hermano y el padre. La acción conjunta es el cocinar. Trae en la verbalización el enojo del padre porque no quiere que ayude a la madre a cocinar, lo que la niña vive como un castigo. Reconoce que sus acciones afectan el vínculo en tanto refiere que la rezongan “por algunas cosas que hago que no tengo que hacer” destacando la sanción por parte del padre.

En Pata Negra el conflicto predominante es el edípico, con proyecciones de ataque a la pareja parental y de rivalidad fraterna con ataque hacia los hermanos. Hay varias referencias a enojos del protagonista y desencuentros con su madre que reiteradamente “no está” en la escena. Lámina Oca: “No me gusta porque la maldad que un pato le mordía la cola. Sería la madre que está en otro lado”. Lámina Partida: “No me gusta porque el cerdito se escapó de los padres...capaz que quería ir a jugar con otros. Soy la madre que no estaba”.

El protagonista no es excluido a pesar de las agresiones directas, lo que aparece como fantasías persecutorias puesta en miedos y ansiedades que transmiten vivencias de castigo. Se destaca que durante la aplicación del test cuando relata que el chancho hace sus necesidades, ella tiene que salir al baño, lo que alude a la actuación frente a la emergencia de lo impulsivo.

#### **4.5.2.7 DIANA**

Esta niña representa a la familia en una acción compartida de tipo pasiva, mirando la televisión. El padre queda parcialmente excluido en otro sillón. La escena es del hogar en la que se incluye al lado de su madre y hermana, pero con el tamaño del hermanito menor, clara alusión a lo regresivo en cuanto a la percepción de sí y al lugar que tiene en la familia. Coincide con la expresión de la madre en la entrevista que contaba cómo la niña siempre fue vista como más inmadura.

En Pata Negra el conflicto predominante es edípico, identificándose mayormente con la madre. Hay alusiones a exclusión, pero con elementos reparatorios donde finalmente lo van a socorrer: Lámina Duda, “Me gustó porque los dos estaban comiendo, la hermana y el papá y el hermano está haciendo pichí. La madre le da teta a la hermana...es largo!. Sería la mamá” y



en Lámina Hoyo: “No me gusta porque está todo negro, es de noche...” ¿Qué habría pasado? “Creo que se atoró y no sabe el camino”. ¿Qué va a pasar? “De día lo van a buscar”. ¿Cómo se siente? “Triste. Sería PN”.

En preferencias afectivas es el más bueno porque hace caso, esta niña no tiene conductas que ameriten rezongos. No se siente cuidada por sus hermanos y su posición en la familia es pasiva, de mirar. Busca la atención de la madre.

#### **4.5.2.8 LAURA**

En esta situación, la ausencia de la niña en la representación de su familia es altamente significativa, indicando la exclusión máxima como ya fue expuesto. Utiliza un mecanismo maníaco para justificar esa ausencia-aun cuando ha dibujado a unos cuantos familiares con detallismo- y su lugar queda desplazado a hermanos y primos quienes son ubicados en un plano inferior al de los adultos, aludiendo a que están afuera en otra escena. También puede considerarse este estar en otro lugar como una forma de expresar su rechazo al lugar asignado en la familia, buscando discriminarse de las atribuciones percibidas.

En el test de Pata Negra se destaca tanto el conflicto edípico como el de la rivalidad fraterna con temáticas de exclusión que en algunos momentos aparece asociada a conductas impulsivas de escaparse que reconoce que no debió hacerlo como a acciones contra los hermanos por los que justifica cierta agresión o penitencia, Lámina Partida: “Después como pensó que iba a pasar eso, huyó y después se arrepintió porque se había perdido y volvió pero no encontraba la cabaña y una oveja y un pato la ayudaron. La madre estuvo muy feliz de que haya regresado”.

El intercambio con los pares en las diferentes historias es tipo violento así como contra la figura materna de quién siente que viene la indiferencia vivida como castigo. El protagonista es señalado como el menos bueno y el menos feliz por lo que hace, como castigo aparece en un sueño la separación de su familia. Las temáticas de culpa, castigo y exclusión están presentes, unidas a acciones que, si bien reconoce que no deberían hacerse, no puede dejar de hacerlo. Esto indica claramente el peso de lo impulsivo en Laura.

#### **4.5.2.9 GUSTAVO**

También en este caso el niño se ausenta de la escena familiar. Dibuja solamente a la madre y al padre racionalizando su ausencia porque está jugando en casa de un amigo. Ambos padres están fuera de la casa, en tareas propias del rol pero sin los hijos. En Pata Negra se observa una alteración por la cual las figuras parentales son vistas como hermanos mayores dando cuenta del conflicto básico en los vínculos donde ambos padres no son vistos como figuras de referencia-adultas. Esta fraternización de las figuras parentales constituye un factor de riesgo para la estabilidad emocional del niño, los roles son intercambiables en el sentido vertical, invirtiendo la asimetría de los vínculos parento-filiales.

Asimismo, se presenta una imago materna débil que no puede contenerlo, cuando la madre lo sube al árbol cae en un pozo, aludiendo a la fragilidad en los vínculos de sostén y contención: Lámina Árbol, “La madre lo subió a un árbol y cayó”, lámina Hoyo: “...a un lago todo oscuro con la hermana, por un pozo”. El castigo además está representado por la soledad en la que queda cuando se llevan a la familia: Lámina Carro, “Me gusta más o menos porque es muy fea, PN sueña que a la madre y a los hermanos se los llevan”. El protagonista es el menos bueno de la familia porque pelea y el menos feliz dejando en claro que la asociación de sus conductas con las vivencias respecto al grupo tienen que ver con la queja sobre su actuar. Por momentos aparece la temática de culpa y vivencias de rechazo sobre todo referidas a la madre: Lámina Comedero, “No me gustó porque PN hace pichí en un agujero, está mal...la madre se enfurecía y lo retó y lo mandó a bañarse y acostarse. No sería ninguno”.

#### **4.5.2.10 ISMAEL**

El niño se representa integrado en el gráfico de la familia, en una actividad lúdica con un amigo. Aparece en la escena toda su familia más cercana (medio hermanos y madre) pero adiciona terceros-amigo de él y de su hermano- como compensación de lo faltante (otra hermana mayor con quien no mantienen vínculo en la familia y el padre quien no lo reconoció). No hay elementos que indiquen vivencias de exclusión ni castigo, se hace hincapié en el patrullero de

su hermano y del amigo, ambos policías como representantes de la ley, a modo de búsqueda de límites y contención a su impulsividad.

En el test de Pata Negra la temática que se destaca en la historia es de rechazo y exclusión. Alude en varias láminas a ser quien provoca la pelea por lo cual es agredido y despreciado. Cuando el protagonista hace algo que no es aprobado corre riesgo de vida, encarnando el rechazo que vivencia por parte de su madre: Lámina Hoyo: “No me gusta porque salió de noche y se podía perder y dijo que a su madre no le importaba y casi se ahoga en este pequeño río. Sería PN”. La temática de culpa y el castigo consecuente es reiterada en varias referencias. Se observan sentimientos ambivalentes respecto de la figura materna que lo castiga, pero igualmente le dice que lo quiere aunque lo rezongue. En preferencias afectivas, PN es el menos bueno “Porque no compartía, se portaba mal, le pegaba a sus hermanos”.

#### **4.5.3 Categoría emergente**

En la fase final del Test de Pata Negra, se le pregunta al niño con la lámina del Hada, cuáles serían los deseos que el protagonista le está pidiendo. Siguiendo la sugerencia de la Dra. Liliana Schwartz, transmitida oralmente en diversos encuentros científicos, se le ha preguntado a cada niño/a qué le pediría si viniera un hada buena. Las respuestas que se obtuvieron fueron significativas en tanto si bien el test no promovió conscientemente la asociación con las propias dificultades, la identificación con el protagonista y sus andanzas los conectaron con su situación actual. De esta forma, en cinco casos (Marcelo, Francisco, Diana, Laura e Isaías) expresaron deseos vinculados a mejorar su propio comportamiento-a veces incluso del que depende el bienestar familiar-en la casa y en la escuela. Esto indica que estos niños están conectados con lo que les pasa y su vivencia respecto a la incidencia que ello tiene para toda la familia. En dos situaciones (Víctor y Gustavo) los pedidos al hada fueron de objetos materiales, como dificultad de contactarse con contenidos internos. Para el caso de Gustavo, lo inabarcable de su pedido marca la intensidad del mecanismo maníaco frente a la angustia, destacándose la negación omnipotente. En las respuestas de Sebastián, también se observa este mecanismo omnipotente que da cuenta de aspectos narcisistas marcados y

desconocimiento de la autoridad. Estas últimas serían situaciones clínicas de mayor dificultad para su trabajo por el escaso contacto con los contenidos internos. Por último, en dos situaciones no se obtuvieron respuestas, en el caso de Karl el niño no conocía el simbolismo de un hada por lo que no supo responder y en el caso de Soledad no se aplicó esta fase porque quiso finalizar luego del método de preferencias e identificaciones.

Respuestas obtenidas frente a “Si viniera un hada buena, ¿qué le pedirías tú?”

**Karl:** “Nada”

**Sebastián:** “Que sea grande, que juegue a lo que yo quiera y que pueda hacer lo que quiera”. ¿Qué sería hacer lo que quieras? “No sé”

**Marcelo:** “Que sea feliz con mi hermano, que jueguen conmigo y que mis padres sean felices y que toda mi familia sea feliz” ¿Qué es ser feliz? No sé. ¿Qué se necesita para ser feliz? “Salud...y también no portarse mal, no pegar, portarse bien”

**Francisco:** “Que me porte bien, que le haga caso a mamá y que sea un superhéroe y tenga rayo láser”.

**Víctor:** “Un auto y una moto de juguete”

**Soledad:** No respondió

**Diana:** “Que no me porte mal, que no trate mal a los hermanos y también no aupar a mi hermanito”.

**Laura:** “No sé, que cambie la maestra de mi clase que es muy gruñona, que mi abuelo no grite más y que mi abuela no me pida que le haga más favores porque ella corre”.

**Gustavo:** “Un Ferrari de fórmula 1, tener una mansión y ser famoso en todo”.

**Ismael:** “Que no mienta, que me porte bien, que sea responsable y me porte bien en la escuela. Que sea compañero y que tenga buenas notas en la clase”.

#### Síntesis de la percepción del lugar en la familia.

Respecto a lo consignado en las categorías referidas a la percepción de cada uno de los niños y niñas estudiados, del lugar que ocupan en la familia, se destaca:

- Nueve casos en diez han respondido a la consigna de FKA representando a su propia familia en acciones tanto pasivas como activas. En un caso el niño se negó a dibujar a su familia.
- En dos casos, Laura y Gustavo, no se incluyeron en el dibujo de la familia, respuesta no esperada y significativa para vivencias de exclusión y rechazo por parte de los miembros del grupo. También para indicar el rechazo al lugar asignado.
- Los niños que se dibujaron están integrados a la escena, con temáticas de contenido oral (cocinar) o de mirar. Las familias están unidas en un mismo lugar interior (casa-sillón) en su mayoría como expresión de necesidad de protección frente lo extra familiar. En un caso la acción es activa-jugando- en la que se destaca la incorporación de amigos extra familiares como forma de compensar las ausencias.
- La representación de sí es variada, destacándose el mecanismo de la regresión para ubicarse en la fratría, aunque no sea el más chico en la realidad.
- En el test de Pata Negra, todos han respondido destacándose más ampliamente las temáticas de rivalidad fraterna y en segundo lugar la temática de conflicto edípico.
- Se alude en forma reiterada a vivencias de exclusión y castigo unido a temáticas de culpa aunque no siempre asumidas sino desplazadas.
- La presencia del protagonista en el grupo familiar es caracterizada por rechazo y sanción debido a las acciones contra los padres o hermanos, quedando claramente expuesta la vivencia de estos niños respecto a los efectos de sus actos. El portarse mal, ser agresivo o impulsivo trae como consecuencia el sentirse mal (ser el menos feliz) y menos aceptado (es el menos bueno).
- La impulsividad tiene su expresión en fantasías de tipo oral (morder) o uretral-anal (hacer pichí o cagar). Conjuntamente aparece la retaliación como mecanismo asociado por el cual la reacción del entorno (oca u hombres) terminan dañando al protagonista.
- Si bien no aparece en todos los relatos, se destaca la alusión a la fragilidad percibida por parte de figuras maternas en cuanto a la ausencia de sostén.

- El protagonista presentó las características proyectadas de estos niños respecto a lo que son objeto de sanción en cuanto al comportamiento en la casa y en la situación escolar.
- Como categoría emergente se encontró que respecto a cómo se sienten estos niños en la familia, algunos utilizan mecanismos maníacos de tipo omnipotentes para negar la angustia relacionada con los sentimientos desplegados. Los que pueden conectarse con los efectos de su comportamiento y de sus dificultades sienten que sus acciones se relacionan directamente con el bienestar/malestar de la familia.



## CAPITULO IV

### DISCUSION DE RESULTADOS

Ser lanzado al mundo es, precisamente, correr el riesgo  
en cada momento de encontrar algo que me descomponga.

Deleuze<sup>34</sup>

En este capítulo se tomarán los resultados obtenidos y se analizarán los datos a la luz de la teoría que sustenta la investigación.

Para tener presente, la población de niños estudiados fueron consultantes en el marco de una derivación para evaluación psicológica o psicodiagnóstico en el ámbito mutual (beneficiarios del FONASA<sup>35</sup>) y en el servicio de atención que brinda la Facultad de Psicología, de carácter gratuito.

---

34 "En medio de Spinoza", [1978] 2006, pág. 93.

35 Fondo Nacional de Salud que incluye a los trabajadores y sus hijos en un sistema solidario a nivel nacional, obligatorio y de aporte proporcional según el sueldo y la cantidad de hijos.



Todos los niños de la muestra viven con al menos un integrante de su familia de origen, en familias estables de variada situación económica, dependientes del trabajo de los adultos y beneficios sociales. La edad de ambos padres oscila entre los 27 y 40 años, habiendo una sola madre que tuvo embarazo adolescente (anterior a los 18 años). De los padres se destaca que la mayoría tienen trabajo, salvo en tres casos que no conocen al progenitor, pero viven con padrastros con trabajo zafra, en otro caso, el padre está privado de libertad; en otro caso la figura parental está desplazada al hermano mayor con trabajo estable y en otro vive en situación de calle con consumo problemático de sustancias. Estas variadas experiencias en torno al rol paterno constituyen una cualidad de riesgo para la estabilidad necesaria en el vínculo con el niño. Algunas figuras paternas son abandonicas y otras ofrecen modelos inadecuados como propuesta identificatoria.

Las madres, a excepción de tres que no trabajan actualmente, desempeñan actividades relacionadas con el cuidado de otros, tareas domésticas o de limpieza vinculadas a servicios de salud. En un único caso la madre es administrativa en un ente público y en otro caso es maestra preescolar. Salvo en la situación de una niña (Diana), el discurso de los padres trajo reiteradas veces la preocupación económica, la dependencia respecto a otros familiares o bien de la necesidad de un mayor horario laboral para cumplir con los requerimientos mínimos de las necesidades básicas si bien todas las familias están integradas por trabajadores a excepción de la madre de Karl que actualmente está desocupada pero que no puede hacerlo dadas las dificultades conductuales del hijo. Esto es un efecto de la situación estudiada a tener en cuenta en tanto no hay instituciones que puedan hacerse cargo, de acceso fácil, para algunas familias., determinando así que los cuidados que necesita alguno de estos niños generan problemas de entidad social si se asocia a condiciones de vulneración.

Debido a la organización del SNIS y el acceso universal que prevé, la medicación es retirada en la institución donde se atiende con el médico especialista, que en la mayoría son psiquiatras pediátricos y en dos casos,

neuropediatras, tanto a nivel privado como a nivel público para aquellos niños que son o fueron atendidos en salud pública.<sup>36</sup>

La Ritalina (metilfenidato) es el fármaco más utilizado con estos niños, siendo en tres casos la única medicación, mientras que en dos restantes se combinó con neuroléptico y con antipsicótico respectivamente. En otros cuatro casos se indicó antipsicóticos: en dos casos exclusivamente y en otro combinado con un estabilizador del humor y un neuroléptico respectivamente. En otro caso se indicó solamente un neuroléptico.

Todos los niños estudiados presentaron al menos un síntoma vinculado con las dificultades en la adquisición de los aprendizajes descritos como: desatención, fracaso, bajo rendimiento, dispersión, aprendizaje lento y/o repitencia. Ello aparece combinado con sintomatología de la esfera del humor como tristeza y angustia y en la conducta como hiperactividad (no se distingue de hiperkinesia) o inquietud vinculada o no con impulsividad. En ningún caso de los integrados a la muestra, la derivación a la evaluación fue por dificultades en los aprendizajes únicamente o por dificultades en la conducta en forma exclusiva, sino que todos presentaron situaciones combinadas. Como puede observarse, se hace difícil discriminar cuál es la condición que podría explicar la situación actual del niño dado el peso de la conducta por sobre el aprendizaje o del fracaso en el aprendizaje por sobre la conducta. Por fracaso no sólo se entiende el no logro de lo esperado sino lo que termina siendo el desinterés por aprender o la falta de satisfacción en el aprendizaje vinculado a la relevancia del vínculo alumno-maestro.

En cuanto a los antecedentes de consultas previas a nivel psicológico en un único caso se reporta evaluación anterior, que coincide con tratamientos psicomotriz y psicopedagógico actuales. En otro caso no hay evaluaciones psicológicas previas, pero está en tratamiento fonoaudiológico y en un caso fue derivado a varios especialistas, lo que no pudo cumplirse por razones económicas. Otro caso se refiere evaluación pedagógica previa y hay un único caso con psicoterapia previa e interrumpida. Las situaciones clínicas restantes no tienen evaluaciones psicológicas anteriores a pesar de tener una historia escolar con al menos llamados de atención y conductas preocupantes para los

---

36 Cabe aclarar aquí que el FONASA permite la elección entre atenderse en sistema mutual privado o en los servicios públicos de salud.

padres que a la larga, motivaron la consulta con médicos. Estos datos impactan por varias razones:

- 1) no hay abordajes de la esfera emocional previos para estos niños, lo que hace pensar en hipótesis que dan por sentado que el origen de las dificultades es biológico o bien específico (fonoaudiológico, psicomotriz, pedagógico),
- 2) siendo de acceso universal y una prestación obligatoria el psicodiagnóstico, llama la atención la falta de estudios previos en niños que presentan dificultades históricas en su crecimiento cognitivo y emocional,
- 3) no hay seguimientos a partir de la indicación farmacológica que impliquen una evaluación continua,
- 4) no se aborda el componente social como parte de las condiciones de producción de las dificultades,
- 5) no hay feedback entre la institución escolar y los profesionales tratantes.

Algunas investigaciones (de Oliveira Pires et al, 2012 y Guerra-Prado et al, 2014) ya han establecido la relación entre disfuncionamiento familiar, llamadas relaciones familiares negativas, con la asociación de síntomas del TDAH y la relación entre la mejora en la sintomatología TDAH y el stress familiar. No obstante, los niños medicados en Uruguay escasamente son tratados desde el punto de vista vincular y/o social, tomando al niño como parte del grupo donde se generan las dificultades.

En cuanto a la percepción por parte de sus padres, los niños de la muestra han sido descriptos previo al diagnóstico y al tratamiento farmacológico como inquietos y con dificultades en la aceptación de límites; indicando además cómo ello ha incidido en la adquisición de los aprendizajes en forma negativa.

A partir de iniciado el tratamiento con medicación (ninguno tiene otro tipo de abordaje psicoterapéutico actual), lo que se describe para el **nivel conductual** entendidas como perjudiciales son:

- aumento de la agresividad y conductas violentas,
- aumento de manifestaciones de la ansiedad,
- dificultades en la esfera alimenticia como mayor ingesta o falta de apetito

- dificultades en la esfera del sueño
- alternancia de conductas hiperactivas (así llamadas por los informantes) con momentos de tranquilidad,
- distracción, desconexión, desinterés,

Como conductas valoradas positivamente, se señala fundamentalmente estar más tranquilos. Otros consignan que no han visto cambios significativos en sus hijos.

A **nivel de la afectividad** se describen cambios tales como:

- alternancia de estados afectivos positivos (alegría, buen humor) y negativos (enojo, rabia, frustración),
- angustia y llanto, acompañados de tristeza sin causa aparente,
- demandante, que se verbaliza también como una afectividad inmadura
- encerrado en sí mismo,
- mayor expresión de la alegría, como único cambio positivo.

A **nivel del aprendizaje** se describen cambios a saber:

- mayor capacidad de concentración, mayor retención y atención, acompañado de una mayor motivación para con las tareas escolares,
- mejor rendimiento vinculado a mayor estabilidad emocional,
- persistencia de aburrimiento, desinterés, frustración y abandono de tareas,
- oposicionismo vinculado a dificultades en la conducta,
- fracaso mantenido, no se ajusta a lo esperado para los padres,
- y en cuanto a las docentes que manifiestan: “continúa distraído y disperso”, “presta más atención y copia textos” “se frustra y llora”, tampoco parece ajustarse a lo esperado.

Se destaca que persiste una desconfianza sobre el logro de un mejor aprendizaje, aunque esté más tranquilo debido a los efectos secundarios que los padres atribuyen a la medicación: estar más tranquilo no significa que esté más conectado en clase.

Se observa que en algunos casos los cambios son insuficientes para los padres entrevistados, destacándose en el discurso el uso frecuente de adverbios de cantidad “mucho, poco, tanto, totalmente” lo que indica la insuficiencia en relación a lo esperado. La ambivalencia respecto a los cambios dependientes de la medicación es frecuente, que se expresa mediante un

discurso que no acepta medicar al niño pero que se lo proporciona entendiendo que es favorable en algún sentido. Esto se diferencia de la contradicción en tanto se expresa desacuerdo con el tratamiento y se lo imparte con alternancia bajo la excusa de olvido, falta de receta, suspensión al no percibir cambios significativos o bien aludiendo a razones económicas. Otros padres manifiestan estar de acuerdo con el tratamiento en tanto perciben que le hace bien al hijo mientras que otros fundamentan su adherencia al tratamiento en el temor a la expulsión de la escuela. En algún caso se ha llegado a interrumpir la medicación por no estar de acuerdo con los cambios observados en el hijo/a.

Resulta interesante analizar en este punto, que los padres proyectan fuera de la dinámica familiar, las causas que llevan a la situación actual: el niño es medicado por causa del pedido del docente o bien por decisión del médico, sintiéndose ajenos a la decisión. De esta forma, se ven compelidos a mantener la medicación por presiones externas, sobre todo el control que sobre las familias ejerce la institución escolar a través de los juicios sobre la conducta del niño y en segundo lugar, por el control médico a través de la disciplina en relación a lo que se prescribe. Esto entra en colisión con aspectos subjetivos que, por propia experiencia o sentido común, entienden que no es bueno medicar a un niño a tan corta edad. Lo que se destaca en esta situación es justamente, el escaso o nulo contacto con aspectos intrafamiliares que mantienen estos padres ya que no se produce un análisis de las condiciones de crianza o de vincularidad en la familia.

En relación a las expectativas los padres entrevistados han manifestado su deseo de que sea una indicación sólo para los primeros años y no querer medicarlo “toda la vida”. En simultáneo, coexiste la idea de que es un estado pasajero, junto a la idea de maduración con el devenir del tiempo, apostando al sostén durante el ciclo escolar. Nótese aquí la fuerza de la presión de la institución escolar, dejando explícito que esto es para y por la exigencia escolar, lo que para ese niño en particular estaría representando una exigencia extra.

Aquí entran también argumentos en relación al beneficio por acumulación de tratamientos, en padres con niño cuyo funcionamiento está afectado a nivel de todas las áreas.

En relación al futuro, se argumenta en contra de mantener la medicación por riesgo a la adicción tanto física como a la dependencia emocional hacia los

padres de por vida aludiendo a que no van a estar para acompañarlo/a siempre, teoría subsidiaria de la que sostiene que lo que le pasa es por inmadurez. En un solo caso se manifiesta el deseo de cambiar la medicación por tratamiento psicológico y en otro se afirma no estar de acuerdo con la medicación, pero no saber cómo tratar al niño. Aquí se observa un mayor acercamiento a un pedido de ayuda en otro sentido, incluyendo lo vincular (cómo tratar al niño) dentro de la esfera emocional (psicoterapia).

Cuando ha habido experiencia de psicoterapia (una sola situación) se solicita retomarla junto al tratamiento farmacológico.

Cabe aclarar que no se pretendió hacer consideraciones diagnósticas respecto a la situación de cada niño, no obstante, se observa en los relatos de las figuras parentales, historias complejas con situaciones angustiantes de desamparo social y/o afectivo, así como la presencia de indicadores de dificultades específicas en el aprendizaje sin diagnosticar. La satisfacción en el aprender, esperable en niños comprendido en esta edad, se encuentra poco presente en estos relatos y no es un elemento menor dado que el aprendizaje se construye en la intersubjetividad y se refuerza en experiencias de satisfacción.

Ante los cambios percibidos, los padres dan cuenta del impacto que provoca un hijo cambiado, vivido como ajeno que no puede ser ligado a la representación que del niño se tenía hasta el momento. Surge como relevante el efecto que para algunos tuvo la medicación en el niño, descrito como indiferencia y desconexión, que remite a la desinversión del entorno (tanto objetos como vínculos) lo que se vuelve intolerable para la familia. Las primeras catectizaciones del entorno, guiadas por la mirada de la madre y figuras significativas, sientan las bases de la función atencional y de allí el desarrollo del nivel simbólico del pensamiento. La desconexión estaría dada o bien porque nunca llegó a consolidarse la función o bien por retirada de catexias debido a situaciones traumáticas, de carencias, de figuras referentes que no han podido sostener en forma constante el crecimiento físico y emocional del niño (Freud, Aulagnier, Bleichmar, Janín, Untoiglich, Passos, entre otros ya mencionados).

El hijo que no se corresponde con la expectativa o que es devuelto como un alumno que no cumple con lo esperado, es introyectado como un fracaso pero que –y esto llama mucho la atención en los discursos de los padres

entrevistados-no es tomado como un cuestionamiento a la forma de parentalización sino a una “falla” en el niño mismo. En este contexto el niño queda solo con su malestar si se tiene en cuenta que nadie más se presenta como sujeto de este padecimiento. Esto se observa asimismo cuando se trata de Identificar si los cambios observados se relacionan con el tratamiento farmacológico (objetivo específico II). En el discurso parental predominan criterios en relación a la indicación farmacológica que se relacionan con aspectos negativos (efectos secundarios, dependencia, escasos cambios en relación a lo esperado) junto a la vivencia de magros beneficios obtenidos. En un solo caso (Diana) hay coincidencia entre lo esperado, lo percibido y la realidad. En los demás coinciden argumentos en contra de la medicación con variado nivel de reconocimiento de cambios favorables en el niño, destacándose los cambios indeseados vinculados con conductas de ansiedad, sueño y agresividad por un lado o bien desconexión (“exceso de concentración”) por otro.

La adherencia al tratamiento es variable para cada familia y para la muestra en general en tanto la misma ambivalencia y en algunos casos, la contradicción al respecto, lleva a olvidos, falta de previsión y desplazamiento de la responsabilidad de dosificarla hacia el propio niño por parte de los padres quienes deberían ser los responsables de controlar el medicamento. Ello pone en riesgo los resultados esperados dadas las interrupciones en los tratamientos.

Si se suma la falta de seguimiento sobre la medicación (no hay controles médicos periódicos ni evaluaciones desde el punto de vista psicológico), se vuelve más grave la cuestión de la medicación dada en forma irregular.

La presión manifiesta por parte de la institución escolar ejerce una incidencia tal que los padres se encuentran en una encrucijada en la cual si bien no están de acuerdo con medicar al hijo se lo dan igualmente. Cuando se coloca en el mandato médico la presión sobre la medicación, se cuestiona la indicación sobre todo por falta de información recibida. Aparece en alguna situación la adherencia como solución de compromiso, de muy frágil sostén, ya que, ante cualquier indicio negativo, se interrumpe.

Los cambios se perciben en relación a la droga, pero no son experimentados como suficientes, cabe cuestionar esta percepción valorativa ya que los cambios se esperan en torno a tantos aspectos de la vida del niño, que

difícilmente logre colmar satisfactoriamente a los padres. De igual modo y como ya fue expresado, los cambios dependen de las circunstancias familiares y no del niño ni del fármaco. Situaciones de inestabilidad-mudanzas, cambios de pareja, abandono por parte de figura parental, padres con extensas jornadas laborales, experiencias de violencia, figuras de referencia inestables- impiden la consolidación de los procesos de mentalización en el niño, así como su maduración afectiva.

Por otra parte, se observó que algunas manifestaciones que justificaron la interrupción del tratamiento farmacológico, se dieron a partir de efectos nocivos que, con criterio compartible, los padres decidieron suspenderlo. Ellos básicamente fueron los de exceso de sueño y desconexión (como otro modo de desatención) y no por excesos en relación a conductas que ya tenían (ansiedad, hiperactividad, llanto).

Se entiende que el discurso sobre el cambio en el hijo señalado se vincula al lugar del niño en la familia, ya que es el miembro que parece hacerse cargo de la “locura” familiar, en quien se depositan las razones del malestar general. Ello aumenta la vivencia de que no es suficiente lo obtenido a cambio de la medicación en tanto la situación del niño queda transversalizada por las proyecciones y depositaciones de aspectos de la vida familiar. Cuando el niño mejora, la vivencia es de insuficiencia ya que no mejora la situación familiar, obviamente porque no depende de él solamente. La escasa autocrítica y ausencia de insight en los padres entrevistados produce discursos donde el niño es el problema y no la dinámica familiar, en general.

En cuanto a los cambios en la vida cotidiana que el tratamiento le ha insumido a la familia (Objetivo III), se destaca en el discurso de los padres entrevistados, que la cotidianeidad de la familia no se percibe alterada a partir del diagnóstico y tratamiento farmacológico. No obstante, se asocian algunas situaciones de presión provenientes del entorno escolar cuando la institución está pendiente del ingreso del niño con medicación, si tomó o no la tomó tanto como si fue cambiada. Esto produce un estado de alerta continua en los padres que lleva a preguntar en forma constante sobre la participación del niño, o son requeridos por la escuela para dar cuenta de lo que sucede y en este caso produce rechazo en el relacionamiento con la institución escolar, siendo igualmente negativo.



Otra fuente de presión para los padres es la mirada del entorno (padres de otros niños) incluyendo otros familiares (abuelos) vivida como estigmatizante. También el malestar proviene del esfuerzo económico que implica proveer puntualmente la medicación. Todas ellas podrían resumirse con las palabras de una madre que habla de “una preocupación más”.

Se destaca además que algunos cambios en la conducta de los niños a partir del tratamiento, son vividos como extraños y que imponen un ajuste en la convivencia: niños que duermen más y ello modifica la rutina del hogar, otros que exigen mayor cuidado en las tareas escolares exigiendo un ambiente familiar que acompañe la concentración o el contrato de una persona que lo haga. A veces todo este esfuerzo es para mantener la indicación en una dosis baja evitando aumentar la medicina.

Alojar lo novedoso implica un trabajo psíquico intenso para el niño y para la familia y aunque explícitamente se manifiesta que no ha habido cambios, se ha detectado que no resulta indiferente para la cotidianidad de la familia, la situación de diagnóstico y tratamiento del hijo.

Un hallazgo considerado interesante, han sido las categorías emergentes a partir del discurso de los padres. La presencia de algunos temas concurrentes que aparecían asociados a las preguntas acerca de las características de los niños/as, los cambios detectados y los sentimientos que tuvieron respecto al diagnóstico. Por un lado, en cuanto a la información recibida por parte del médico, se destacó que hubo una relación directa entre el informe proporcionado por la maestra y la medicación recomendada por el médico. No en todos los casos los padres han podido preguntar acerca de la misma y en algunos casos no recuerdan si se les asesoró sobre el diagnóstico o la medicación, pero atribuyen a la carta de la maestra la razón que justifica la medicación. Esto se vio tanto en situaciones de reciente inicio del tratamiento como en tratamientos de larga data, donde las oportunidades han sido varias seguramente. La pregunta que surge refiere al por qué los padres no han podido empoderarse en el lugar de sujeto interpelante; relacionado quizás con encontrarse en el medio de presiones para que su hijo mejore a la vez que un “no querer saber” podría estar instalado dada la falta de insight ya señalado. Varios entrevistados han manifestado el deseo de saber o preguntar más;

destacándose que otras opiniones (familia ampliada, amigos) ejercen una influencia considerable en la toma de decisiones al respecto.

Ello indica la posición pasiva de los padres y madres respecto a la posición del médico-de supuesto saber, desplazando en quien sabe del tema la responsabilidad de la indicación, no obstante, no se les atribuye de igual modo la confianza ya que persiste ambivalencia y desconfianza. Los técnicos suelen informar escasamente sobre la indicación cuidándose de no alertar sobre efectos secundarios y de no arriesgar acerca del período en que se mantendrá la medicación. Esto parece ser razonable en tanto no es posible saber de antemano cómo va a reaccionar el metabolismo del niño paciente ni cuál va a ser el efecto beneficioso que se logrará. De todas formas, los padres presentan dificultades para empoderarse de un lugar que por derecho les corresponde: tener la información para decidir, y sobre todo para tomar la decisión acerca de si ese será el único tratamiento o habrá otras alternativas. Queda expreso que la resistencia a la medicación se vincula al temor a la adicción o bien a la dependencia de un fármaco para poder funcionar como se espera y aquí entra nuevamente lo prescripto desde afuera (la escuela) acerca de cómo se debe ser. Cuando esta resistencia no puede llegar a formularse cabalmente, explicitando las dudas o temores, se expresa mediante actuaciones tales como el olvido o la suspensión del fármaco.

En cuanto a la segunda categoría emergente, referida a los sentimientos respecto a la opinión de los otros del entorno, se ha encontrado algunas referencias que van en la línea de esperar que sus hijos logren lo prescripto, dando cuenta del temor a la exclusión si no se obtiene éxito-en este caso para el aprendizaje- en los tiempos curriculares que la escuela determina. La mirada de la institución escolar ejerce una presión importante sobre el inicio y la continuidad del tratamiento. Otros padres expresan que han optado por manejar confidencialmente el hecho de que la niña esté medicada, compartiendo solo la información con algún familiar en situación similar, pretendiendo de esta manera, acotar una mirada crítica que podría ser tanto hacia ellos como hacia la niña. Ser cuestionados como padres impacta directamente en el narcisismo parental, que no siempre puede problematizarse dada la fragilidad de algunas funciones de parentalización. La vergüenza se extiende al ámbito social, acompañada de fantasías de locura y estigmatización que enfrenta al tema de

la exclusión social. Otro observable respecto al manejo de la opinión de los otros surgió en torno a la posición subjetiva de un padre que por el discurso del abuelo (su propio padre) conectó la experiencia tenida cuando también fue medicado en su infancia. La trama por la cual se construye el ser padre en relación al haber sido hijo, se percibe aquí conectada a través del sufrimiento que ese padre experimentó puesto en el mismo lugar que su hijo hoy en día. Se han encontrado mecanismos de desmentida utilizados como forma de salida ante esta presión, comunicando que se toman remedios pero que no son para la locura. Estrategia que denuncia el horror que produce la representación de un hijo enfermo.

Las diversas estrategias que las familias utilizan para no afectar la imagen del niño ante la mirada de los otros ni la suya propia son variadas, y no constituyen un tema menor ya que se generan mecanismos psíquicos que facilitarán u obturarán la tramitación del dolor y de los conflictos asociados al sufrimiento que porta el niño.

Tal y como lo expresa Vega Balbás (2007) en su texto sobre una lectura biopolítica del TDAH, reflexionando sobre el lugar de las instituciones ya analizadas para esta investigación, concluye:

El caso del TDAH es interesante también porque surge del solapamiento de dos instituciones de naturaleza heterogénea, una de carácter disciplinario —la escuela— y otra del orden biopolítico —la medicina moderna. La disciplina escolar maximiza su eficacia delegando determinadas conductas al ámbito de la medicina, la que dispone de la más sofisticada tecnología biopolítica, que no es el tratamiento sino el diagnóstico. El diagnóstico TDAH dota de un componente irreversible a un amplio espectro de conductas, y con la descripción del propio desorden como disfunción neuroquímica de orden genético, la diferencia toma estatuto identitario. Con más eficacia incide el diagnóstico en la construcción de bioidentidades —determinadas por cuestiones somáticas— al hacerse sobre individuos en edad escolar (pág. 59)

Este efecto sobre la identidad, y no sólo sobre la percepción del hijo, es lo que los padres tratan de evitar mediante estrategias de ocultamiento o evitación

ante la mirada de los otros. A veces todo este esfuerzo es para mantener la indicación en una dosis baja evitando aumentar la medicina.

En cuanto a la tercera categoría emergente que incluye las teorías acerca del origen de la dificultad del hijo/a, se ha encontrado una diversidad que se relaciona principalmente con:

- a) Aspectos vinculados a una fragilidad y retardo innato donde confluyen teorías acerca de lo predeterminado,
- b) Ideas asociadas a lo hereditario en general, también impuestas desde el linaje y de asociación inevitablemente familiar,
- c) Ideas asociadas a factores externos constatables, como el caso del niño con plombemia, relacionadas con condiciones de vulnerabilidad social,
- d) Ideas asociadas a una etapa de la infancia, por lo tanto, a un estadio pasajero,
- e) Ideas asociadas a los periplos familiares con escaso insight, mediante lo cual, si bien se da cuenta de cierta percepción de la incidencia de las condiciones familiares sobre la inestabilidad en las circunstancias de crianza, rápidamente se proyectan dichas alteraciones del orden familiar en el hijo/a.

Se observa aquí que los padres ensayan diversas teorías explicativas para tratar de entender lo que sucede con sus hijos, llamando la atención la escasa presencia de discursos relacionados con la situación contextual de cada familia. O bien es un elemento hereditario o constitucional contra el que no se puede hacer nada al igual que para el caso del factor externo como la plombemia o bien es una situación pasajera vinculada al proceso de maduración del infans. Cuando se acercan a alguna razón vinculada a la situación familiar se observa escasa o nula asunción de responsabilidad respecto a la situación, habida cuenta de que son los adultos quienes toman las decisiones familiares. Si bien el diagnóstico y el tratamiento adquieren relevancia en el sufrimiento de la familia relacionado con las conductas del niño, no se aprecian asociaciones relacionadas con la situación familiar particular de cada niño (historia familiar y personal, situaciones de crisis, acontecimientos traumáticos, conflictos actuales) lo que indicaría un registro subjetivo del padecimiento. Ello permitiría la circulación de la responsabilidad en torno al malestar y la posibilidad de adjudicar algún sentido novedoso a lo que sucede con el niño en tratamiento.

Para conocer la vivencia del niño respecto a sí mismo y respecto a cómo se percibe en la familia se utilizó una técnica proyectiva gráfica, la Familia Kinética

Actual y un test temático como lo es Pata Negra. Los niños han respondido a las consignas en forma efectiva, salvo una situación para el gráfico y otra para la finalización del temático.

Las acciones representadas en la familia, han sido variadas desde lo más contemplativo o pasivo hasta la actividad compartida, variedad no significativa, más que para el caso singular. En cuanto a las figuras en general en cada test y en particular para la que representa al sí mismo en todos los casos menos en una niña la integración ha sido pobre, en un entorno que va desde la desintegración hasta la esquematización de las figuras humanas, dando cuenta de posible compromiso en la identidad, o sea, en la percepción del sí mismo. Por otra parte, se ha observado también, vivencias de fragilidad y vulnerabilidad en estos niños en el rasgo de rostros incompletos o con fallas en el logro de la buena forma. El ataque formal en el rostro da cuenta asimismo de fallas en los mecanismos adaptativos.

Otro aspecto a señalar es la escasa diferenciación por sexo y por generación, tendiendo a representar a todos por igual, destacándose especialmente las figuras empequeñecidas que representan al propio niño/a. Como fue señalado esto se entiende a la luz de las falencias en las funciones parentales, especialmente en el sostén de la asimetría: quien cuida y quien debe ser cuidado.

Estas características de los gráficos de figura humana que representa al niño/a, indican la precariedad en cuanto a la imagen de sí mismo expresada a través de la imagen corporal, la que es inconsciente y está ligada a los intercambios con el otro, según Álvarez (2005). La pobreza que se ha observado, se relaciona con las experiencias intersubjetivas, o sea con las carencias en la construcción de la intersubjetividad a partir de las experiencias tempranas. Como ya se expresó, el cuerpo en tanto sostén de las experiencias narcisizantes y a la vez en interacción con el espacio y los otros donde se generan representaciones simbólicas acerca de sí y del entorno, como sostiene Álvarez, muestra a través de su representación, las huellas de lo inacabado o alterado. Las fallas en la imagen corporal (gestalten atacadas, precario equilibrio, desintegración de la figura) indican un sostén narcisista precario siendo esto fundamentalmente lo que se observó en los niños de la muestra.

La fragilidad yoica que denuncian las gestalten atacadas de las figuras, se relacionan según Janín, con el fracaso en la función de ligadura y sostén del otro del vínculo para el niño. Estas características observadas indican una historia libidinal vincular donde la investidura de la realidad a partir de la función metabolizadora del otro sobre el niño ha fracasado. Esto lleva, como ya fue expuesto en el capítulo II, a dificultades en la inhibición de los procesos primarios y por ende, en el control de las tendencias impulsivas.

En el caso donde la integración de la figura y su representación estaban conservadas, se observó la presencia de un mecanismo más avanzado simbolizando en la ausencia las vivencias en torno al rechazo percibido. Dos niños se ausentaron de la escena familiar, hecho que tiene varias vertientes interpretativas como ya se expuso, pero que se destaca en tanto indica por su ausencia, la no aceptación del lugar adjudicado en la familia.

En el test de PN, las narrativas se caracterizan por la simpleza, destacándose algunos elementos significativos relacionados con distorsiones perceptuales en algún caso. En general se obtuvo buena respuesta por parte de los niños y niñas ante las diferentes consignas, pero algunos manifestaron cansancio o reticencia negándose a hacer las últimas fases de preguntas. Más significativo fue la ausencia de respuesta en el método de Preferencias e Identificaciones cuando selectivamente no se respondía en alguna lámina, relacionado con las ansiedades movilizadas. El oposicionismo y los fallos se relacionan con dificultades para sostener mecanismos defensivos efectivos y adaptativos ante la movilización. No obstante, el rendimiento general ante el test fue bueno habida cuenta de las dificultades para la atención y concentración que dicen padecer estos niños

El protagonista suele ser percibido de una edad similar o menor, lo que indica una tendencia a la regresión como mecanismo adaptativo ante lo nuevo.

Es un personaje desvalorizado, dado que aparece catalogado como el menos bueno y el menos feliz en la mayoría de las historias. En algún caso se asocia algún mecanismo de control omnipotente a modo de compensación narcisista. En general los niños estudiados han mostrado cierta ambivalencia en cuanto a hacerse cargo de la impulsividad o acciones agresivas, mayormente desplazadas en las figuras fraternas en los relatos. En un caso fue desplazado hacia la figura paterna claramente vinculado a la historia personal. En otro caso

el protagonista muere, final no esperado para el test, que indica las vivencias en torno al desamparo afectivo. La desvalorización del protagonista se relaciona claramente con las consecuencias del mal comportamiento que genera el rechazo del entorno incluso de las figuras de referencia. En algún caso extremo hay un rechazo a sí mismo negando la propia identidad (no quiere ser chanco). Esta vivencia aparece junto a la búsqueda o necesidad de castigo debido al “mal” comportamiento. De esta forma el personaje es ridiculizado, apartado, excluido, abandonado, tirado (cae en un pozo), indicando la presencia de angustia de desamparo intensa que pretende ser controlada mediante mecanismos maníacos que aparecen frecuentemente. Las acciones impulsivas son de la esfera oral (morder), uretral y anal (hacer pichí, cagar) como mecanismos regresivos.

Desde el punto de vista afectivo llama la atención la confusión entre tristeza y enojo, emociones que aparecen asociadas en algunas historias. Ello puede comprenderse a la luz de las asociaciones que los niños hacen en función de cómo se representan sus propias conductas (de enojo, frustración) a partir de lo que se les señala (rezongos) pero que tienen una contracara relacionada con sentimientos depresivos, de pérdida y vacío.

La estigmatización está presente tal como el autor del test lo prevé. Se relaciona directamente con la mancha la que mayormente presenta atributos desagradables, molestos que diferencian (discriminan) al protagonista del resto de la fratría. Esta marca constituye un problema para el niño, asociado claramente con la situación actual que lo trajo a la evaluación.

Se destacan los conflictos de celos y rivalidad fraterna por sobre los edípicos.

Respecto a las figuras parentales, el deseo del protagonista es ser reconocido, portarse bien lo que se asocia a la felicidad de la familia, confirmar el amor de la madre.

Surgió como hallazgo la elección de determinadas láminas en casi todos los casos para hacer la historia. De esta forma se ha observado que Duda fue elegida en siete de los diez casos, que se relaciona con la posición del protagonista en exclusión y que debe resolver qué hacer entre ir con la madre o con el padre. Otra lámina elegida por siete en diez casos fue Oca, que privilegiadamente ha sido seleccionada para indicar el castigo que sufre el

chanchito por molestar, por irse de la casa. Además, se ha encontrado que Mamada I, donde la escena es de PN a solas mamando con su madre también ha tenido una frecuencia de siete en diez, lámina que seguramente ha sido elegida como la representante del deseo de amparo y afecto exclusivo. En segundo lugar, la lámina Pelea ha sido seleccionada en seis casos, para representar la rivalidad fraterna y las acciones de agresión directa sancionadas.

Por último, en cuanto a las expectativas o proyecciones del niño (deseos pedidos al Hada y qué será cuando sea mayor), se destaca que algunos recurren al personaje para pedir que lo ayude con su comportamiento y con mantenerse unido a la familia, en relación directa con su situación actual.

Siguiendo la sugerencia de la Dra. Liliana Schwartz, se le ha preguntado a cada niño/a qué le pediría si viniera un hada buena. Las respuestas que se obtuvieron fueron significativas en tanto si bien el test no promovió conscientemente la asociación con las propias dificultades, la identificación con el protagonista y sus andanzas los conectaron con la situación actual. De esta forma, en cinco casos expresaron deseos vinculados a mejorar su propio comportamiento-a veces incluso del que depende la felicidad familiar- en la casa y en la escuela. Esto indica que estos niños están conectados con lo que les pasa y su vivencia respecto a la incidencia que ello tiene para toda la familia. Resulta interesante contactar con este aspecto a la hora de definir alternativas terapéuticas ya que esto está cercano a la conciencia del niño, ninguno ha negado la situación actual, sino que por el contrario, fue referida en varias oportunidades en los diversos tests. En dos situaciones los pedidos al hada fueron de objetos materiales, indicando dificultad de contactarse con contenidos internos.

En cuanto al lugar que estos niños de la muestra perciben de sí en relación a la familia, se destaca: la representación de familias nucleares en acciones poco activas, de tipo expectante o cocinando. Para el caso en que no se dibujó a la familia se entendió como un fallo debido a las fantasías intolerables respecto a los intercambios familiares. Cuando no se incluyeron en el dibujo de la familia, se debió a vivencias de exclusión y/o rechazo al lugar asignado dentro del grupo.

En cuanto al espacio donde se desarrolla la escena, las familias fueron graficadas unidas en un mismo lugar interior (casa-sillón) en su mayoría como



expresión de necesidad de protección frente lo extra familiar. En un caso la acción es exterior, activa-jugando- en la que se destaca la incorporación de amigos extra familiares como forma de compensar las ausencias reales.

La representación de sí dentro de la familia para cada niño ha sido variada, pero se destaca como rasgo común la presencia del mecanismo de regresión para ubicarse en la fratría y en relación de dependencia ante los adultos, aunque no sea el más chico en la realidad.

En el test de Pata Negra, todos han respondido destacándose más ampliamente las temáticas de rivalidad fraterna y en segundo lugar la temática de conflicto edípico. Se aludió en forma reiterada a vivencias de exclusión y castigo unido a temáticas de culpa, aunque no siempre asumidas sino desplazadas y proyectadas en los pares. La presencia del protagonista en el grupo familiar es caracterizada por el rechazo y la sanción debido a las acciones contra los padres o hermanos, quedando claramente expuesta la vivencia de estos niños respecto a las consecuencias de sus actos. El portarse mal, ser agresivo o impulsivo trae como consecuencia el sentirse mal (ser el menos feliz) y menos aceptado (ser el menos bueno). La impulsividad tuvo su expresión en fantasías de tipo oral (morder) o uretral-anal (hacer pichí o cagar) como ya fue expuesto. Conjuntamente aparece la retaliación como mecanismo asociado por el cual la reacción del entorno (oca u hombres) termina dañando al protagonista. Si bien no aparece en todos los relatos, se destaca en algunos, la alusión a la fragilidad percibida por parte de figuras maternas en cuanto a la ausencia de sostén, corroborando lo que teóricamente fue expuesto en cuanto a la fragilidad de los vínculos tempranos. El protagonista presentó las características proyectadas respecto a que son objeto de sanción por su comportamiento en la casa y en la situación escolar.

Cabe destacar que como categoría emergente se encontró que, frente a los sentimientos de estos niños respecto a las vivencias en familia, algunos utilizan mecanismos maníacos de tipo omnipotentes. Mediante ellos se niega la angustia relacionada con los sentimientos de exclusión que pueden conectarse con los efectos de su comportamiento y de sus dificultades, indicando de esta forma, cómo sus acciones se relacionan directamente con el bienestar o malestar de la familia, asociándose sentimientos de culpa. La presencia de vivencias culposas es un factor de riesgo debido a que por introyección de

aspectos superyoicos, puede buscarse el castigo. Esta punición o bien puede llegar a ser autoinfligida (accidentes, autolesiones) o bien puede buscarse castigo mediante comportamientos sancionables en forma reiterada, retroalimentando el círculo culpa-castigo-culpa.

La investidura narcisista sobre el cuerpo del hijo es fundamental para la construcción del psiquismo, y cuando aparece un ataque directo a lo corporal, por un lado, se está frente a las fallas en esa investidura y por otro a una conrainvestidura por la cual el cuerpo del hijo no es deseado. El niño se identifica con estos aspectos y se rechaza a sí mismo buscando la realización del no-deseo.

La atención, como ya se dijo, se encuentra ligada al proceso histórico intersubjetivo, o sea a la historia vincular de ese hijo en la familia y de la transmisión generacional. Son sus padres quienes dirigen la atención hacia los objetos del mundo externo, con todas las cargas positivas y negativas que ello implica, o sea transmitiendo además significado a través de lo explícito y por transmisión no consciente. No es posible escapar a la transmisión intergeneracional pues a través de ella se trasmite el lenguaje, los valores, las reglas del grupo, pero también se trasmite lo no semantizado, lo no elaborado y lo traumático, (Gomel y Matus, 2011) Por lo tanto el lugar del niño en la familia alberga un sinnúmero de significados y atribuciones que también se ponen en juego a la hora de hacer síntomas y del enfermar.

El niño percibe que sus dificultades afectan el ámbito familiar y así lo hicieron saber además sus padres, lo que unido a las presiones del entorno incluyendo la escuela, constituye una situación compleja que no puede abordarse desde un único punto de vista. El tratamiento farmacológico apunta al cambio en la conducta, lo que sin duda redundará en beneficios para el conjunto, pero no permite el corrimiento de este hijo del lugar del problemático. Los padres sienten que tienen un hijo más calmado, pero con problemas en tanto no se ajusta a las expectativas. Este lugar señalado, estigmatizado, cargado con múltiples proyecciones, concentra en la figura del niño el lugar de lo que produce sufrimiento (problemas, enfermedad, rechazo), evitando que el grupo familiar lo perciba como algo que los involucra a todos no como sufrientes sino como protagonistas de lo que les pasa.

Descentrar al niño de ese lugar es una prioridad porque se anuda a la identidad y evita la circulación de significados en la familia.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES y ANALISIS DE LA IMPLICACION**

Vivimos en tiempos de intensas movilidades, el pensamiento sobre la subjetividad se vuelve problema. Cuando nos disponemos a abordar la cuestión nos encontramos en un ámbito donde se entrecruzan distintas prácticas y teorías, también, nuestra propia vida....Pensar es crear, configurar.

...la pregunta emblemática de Foucault: ¿cómo y hasta dónde es posible pensar distinto?....pone al pensamiento en relación consigo mismo, moviliza al quien que piensa al punto de confrontarlo con su anhelo de mutación con las movilidades propias del pensar.

Annabel Lee Teles<sup>37</sup>

---

37 "La mutua apropiación entre los procesos de subjetivación y el acontecimiento", págs. 21 y 22 en Muniz (Comp) 2009: "Intervenciones en el campo de las subjetividades".

## 1- De los fundamentos y la teoría

En la presente investigación la propuesta ha sido analizar el impacto que el diagnóstico y el tratamiento farmacológico por dificultades en la atención y/o hiperactividad, tiene a nivel de los vínculos intrafamiliares. Para ello se trabajó con una muestra de diez niños escolares (de siete a diez años) y sus respectivos padres. Se ha tomado la noción de impacto como efecto emocional que produce un acontecimiento novedoso y como lo producido por la opinión pública ante una noticia, una disposición de la autoridad o una catástrofe.

El problema del diagnóstico y los tratamientos para niños con déficit atencional, hiperactividad y otras manifestaciones afines es abordado por diferentes disciplinas en Uruguay, desde perspectivas sociales, legales, psicológicas y médicas, a fin de comprender qué sucede con el aumento de medicación en los niños en etapa escolar. Los datos acerca de las importaciones del metilfenidato en el país comenzaron a aumentar desde el 2005 de manera exponencial lo que ameritó la observación en reiteradas oportunidades por parte de la OMS y de la JIFE.

En cuanto a la perspectiva familiar del problema se ha encontrado escasa investigación en la región, perspectiva que no puede estar ausente a la hora de establecer políticas sanitarias en la infancia ya que las dificultades surgen en contextos vinculares-tanto en la familia como en la escuela- y deben ser abordadas desde allí. El niño crece y se produce como sujeto en el contexto familiar y social y aprende en la intersubjetividad.

Otra de los temas que se plantearon al respecto es si las prácticas habituales de atención a estos niños están siendo las más adecuadas para favorecer su inclusión en el sistema educativo, poniendo en cuestión si debe haber inclusión- con la consecuente marca de lo diferente- o bien debe pensarse en que cada niño es diverso y el sistema no tolera la diversidad por excesiva rigidez y falta de capacitación de los recursos docentes. La importancia de trabajar sobre estos temas radica más allá del nivel subjetivo del niño, en qué proyecto como país se propone respecto al futuro de los ciudadanos. El conocimiento y las tecnologías de rehabilitación se han transformado en una mercancía más de

intercambio para igualar individuos a fin de que sean más productivos, eficientes y exitosos, confundiendo éxito con felicidad.

El costo de estas prácticas recae sobre el niño y sobre la familia que teme por la exclusión, el estigma y el fracaso de quedar fuera del circuito educativo y productivo.

Uruguay ha sido observado por la OMS en reiteradas veces como ya se dijo, debido al aumento de consumo de metilfenidato, instalando la polémica en torno a los diagnósticos psicopatológicos en la infancia. Este tema se enfrenta a la falta de estudios epidemiológicos recientes que muestren de manera fiel, qué está sucediendo con los niños escolares uruguayos. Se cuenta con un único estudio (Viola, Garrido y Varela, 2008) que concluyó que el 21.9% de los niños en etapa escolar padecen problemas de salud mental con una alta asociación entre los problemas de aprendizaje y los problemas emocionales y comportamentales. El TDAH es señalado como una de las afecciones más frecuentes en dicho estudio para la infancia uruguaya confirmando su alta prevalencia y comorbilidad que se ubica en el 40% de los niños con trastornos (de conducta, ansiedad, oposicionismo). La mitad de estos niños presentaron fracaso o rezago académico y casi el 20% recibió algún fármaco.

Se señaló anteriormente que, abundan las clasificaciones desterrando el análisis sobre la subjetividad del niño y su familia, lo que no constituye un hecho inocuo, sino que se visualiza como grave en tanto subsume la identidad del niño obturando procesos de identificación singulares. Alertando estos fenómenos que no son nuevos, Bleichmar (2001) llamó patologización de la sociedad civil a uno de los riesgos más graves en la actualidad, relacionado con el no poder ser como las instituciones determinan que se debe ser (tanto para el niño en la escuela como para el adulto en su trabajo).

Fueron indagados diversos antecedentes nacionales y en la región, destacando especialmente los conceptos de la Dra. Untoiglich (2011) sobre las características de las familias de niños estudiados con diagnóstico de TDAH, concluyendo que los elementos de disfuncionamiento familiar y la presencia de eventos traumáticos en estas familias, relativizan la afirmación de un déficit enclavado exclusivamente en los circuitos neuronales. La dificultad para poner en palabras lo sufrido, así como para expresar los sentimientos y tensiones,

privilegian la descarga motora, asociando la conducta del niño con situaciones traumáticas silenciadas.

La Mag. Rodríguez Fabra (2014) concluye que las modalidades atencionales y de relacionamiento con el mundo exterior tienen sentido en la historización del vínculo madre-hijo, estableciendo la relación entre los modos atencionales y las características del vínculo temprano. Las conclusiones de la Dra. Cristóforo (2015) señalan que para trabajar las llamadas dificultades atencionales se exige una “descomposición analítica del concepto” a fin de evitar perder la singularidad del sujeto ya que se tiende a invisibilizar los componentes involucrados en la función atencional. Propone además analizar el contexto educativo ya que no siempre queda claro si la dificultad corresponde al niño o al entorno. Señala además que el particular funcionamiento de las llamadas dificultades atencionales responde a las peripecias de la historia personal y familiar del niño; a la vez de que se torna necesario analizar las funciones yoicas dada la fragilidad o precariedad que se ha observado en los niños de su estudio. Retoma la cuestión de la relación de la función atencional con el vínculo temprano en tanto el apuntalamiento que representa y la regulación de la presencia y ausencia (del objeto) determinan la capacidad de simbolización en el niño. Por su parte Benasayag y Ferreira (2007) también señalaron la relación entre las dificultades atencionales y la integración del Yo, dando cuenta de que las dificultades en la simbolización deriva en un monto de energía sin ligar la que se tramita a través del cuerpo dada la falla del Yo en su función de inhibición.

Asimismo, se tomaron las conclusiones de investigadores de Suiza, Gaillard et al. (2004), en tanto observaron el peso que algunas madres sentían respecto a las exigencias que implica un niño con hiperactividad, siendo esta investigación de las exclusivas que hablaban de los efectos que la conducta de estos niños sobre los vínculos familiares, marcando el padecimiento de las madres reconociéndose como ambiguas y dependientes en el vínculo con el hijo. Se asoció para la hiperactividad el diagnóstico de trastornos familiares severos. También se indicó que no habían sido diagnosticados previamente el nivel afectivo, el vincular y el social para estos niños, sino que tenían diagnóstico exclusivo de alteraciones en la esfera cognitiva.

Es frecuente encontrar referencias a rasgos puntuales en los niños desatentos y/o hiperkinéticos, a nivel de rendimiento o de conducta, obviando así el componente más importante relacionado con la intersubjetividad.

El tratamiento farmacológico sigue siendo el más utilizado para estos padecimientos, aun cuando el sistema sanitario pueda proveer otras alternativas que, felizmente, están comenzando a ser estudiadas desde la academia en cuanto a los resultados obtenidos en tras su implementación. El lugar que el tratamiento adquiera para la familia, va a depender de la fantasmática respecto al padecimiento, afirmó la Dra. Cwaigenbaum (2015), posición que confirma la importancia de no dejar por fuera de las terapéuticas al grupo familiar.

Otro estudio nacional más reciente (Fiterman y Zerpa, 2015) se propuso indagar el estado de salud mental de niños y adolescentes entre 4 y 16 años y ha concluido que el 25% de los niños estudiados se encuentra en una zona de riesgo probable de trastorno psicológico y la tercera parte en zona de un posible trastorno. Señalan que las áreas más comprometidas son las referidas a la hiperactividad/desatención, problemas de comportamiento y de relacionamiento con pares. Hay una correlación importante entre el riesgo de problemas psicológicos en niños y adolescentes más pobres, asociando el aumento de la carga sintomática a las variables de riesgo psicosocial. Finalmente cuestionan si los llamados trastornos mentales ameritan una única perspectiva de abordaje (la farmacológica) y cuánto se tiene en cuenta en el diseño de políticas sanitarias para la infancia.

Por su parte la Dra. Lázaro (Barcelona, 2015) afirmó que la familia constituye uno de los “principales factores de riesgo para la aparición y desarrollo de trastornos emocionales, conductuales, cognitivos” alertando sobre la relación entre los padecimientos en la adultez que tienen su inicio tempranamente, por lo que insta a realizar un correcto diagnóstico ya que el “sobrediagnóstico puede asociarse a la estigmatización, con sus consecuencias psicológicas y a un tratamiento y medicalización a veces demasiado extendido en el tiempo”. (pág. 11)

Benasayag (2007) advirtió sobre el hecho de que conformar un diagnóstico objetivable para el déficit atencional, corre el riesgo de que el tratamiento no se base en lo que le ocurre al paciente sino en lo que captura el diagnóstico.



Dejando así por fuera el espectro que contiene la complejidad de la subjetividad.

Para comprender los fenómenos estudiados se siguieron autores psicoanalíticos y de la perspectiva vincular del Psicoanálisis especialmente, que proponen una mirada compleja en cuanto a la constitución del psiquismo y el entramado subjetivo. Janín (2004) considera que las dificultades atencionales y la hiperactividad son trastornos de la constitución subjetiva y no exclusivamente biológicos haciendo hincapié en el terreno intersubjetivo donde se producen tales manifestaciones. Propone entonces comprenderlos y tratarlos en un sentido histórico libidinal del niño y su familia. Destaca la importancia de otro que guíe la función atencional diferenciando mundo interno y mundo externo. Basada en Freud, la autora plantea que la investidura del mundo externo está a cargo de un Yo capaz de inhibir procesos primarios y de la posibilidad de diferenciar representación de percepción. Concluye que las dificultades atencionales se enmarcan en las dificultades yoicas para investir la realidad o bien para inhibir procesos primarios. Por ello las denominadas fallas en la atención están ligadas a la hiperactividad. Asimismo, la investidura del mundo se logra por identificación con otro, de donde proviene el sentido de la acción. Diferenciar adentro-afuera parece ser por tanto una condición para que se instale el proceso secundario y para que tenga lugar ese otro diferenciado de la fantasía.

La perspectiva vincular psicoanalítica de la mano de Berenstein y Puget trabaja la noción de los tres espacios llamados intrasubjetivo, intersubjetivo y transubjetivo para indicar la inscripción simultánea de mundos superpuestos durante los procesos de subjetivación, que son constantes a lo largo de la vida. Lejos está la idea de un psiquismo cerrado y determinado por las primeras experiencias, sino que proponen un psiquismo abierto y en permanente intercambio con su entorno dando lugar a nuevas representaciones ampliando el inconsciente. El lugar del hijo en la familia está signado por una serie de atribuciones que los padres proyectan sobre el niño deseado, esperado, narcisísticamente investido, pero también por los acontecimientos que van dando lugar a lo novedoso en un esfuerzo de inscripción de lo inaugural. Todo vínculo exige un trabajo psíquico marcado por la presencia y la aceptación de la diferencia, enfrentando la propia representación de ese hijo, de ese padre o

madre, con lo que el hijo o padres reales imponen desde su presencia en el vínculo. Un vínculo caracterizado por lo inédito y la imposición, cualidad inherente al mismo, en tanto no se puede ocupar el pensamiento del otro.

La condición de extranjero del vínculo, se hace más fuerte cuando el hijo no se asemeja a lo esperado, provocando escasas investiduras por parte de sus padres o bien desinvistiendo ese lugar que devuelve una imagen de fracaso o dolor que puede tornarse intolerable. Otro camino puede ser la desmentida, mecanismo yoico por el cual se evita contactar con lo que causa dolor aun cuando son percibidas las marcas del mismo. El narcisismo parental herido puede ser un obstáculo para el vínculo, así como para el trabajo terapéutico. Agenciar a ese hijo como otro diferente es todo un trabajo que exige renunciadas, pérdida de ideales y aceptación de lo ajeno en tanto aquello que nunca se va a poder inscribir como propio.

## 2- De la metodología de la investigación

La investigación fue concebida, diseñada e interpretada desde un marco conceptual cualitativo por ser el más adecuado para un estudio de tipo clínico que exige múltiples miradas a fin de abordar un objeto complejo. Se tomó en cuenta tal como lo expresan Denzin y Lincoln (2012), que no es posible observaciones objetivas sino contextualizadas entre el mundo del sujeto observador y el del observado. Ningún método capta la totalidad de la experiencia humana por lo cual estos diseños son limitados. Esa no ha sido la intención, sino la de conocer una pequeña parte de la clínica psicológica infantil contemporánea con el único fin de una mayor comprensión de los fenómenos que interpelan al psicólogo clínico en la actualidad. La intención final es la de generar teorías que aporten a un más profundo conocimiento de la realidad e incidir en el diseño de terapéuticas para uno de los problemas más frecuentes en la infancia uruguaya.

El diseño definido ha sido el de estudio de caso único, conformado por el análisis de un grupo de situaciones clínicas tomadas como una unidad. Se propone abrir a nuevas investigaciones y no cerrar con conclusiones que no pueden generalizarse, sino que han buscado profundizar en el fenómeno estudiado. Se pretende apuntar a producir conocimiento sobre un fenómeno extendido en la sociedad nacional y regional y de alto impacto que requiere ser

revisado a diez años de implementado el SNIS. En acuerdo con Yin (1994) cuando plantea que un estudio de caso “investiga un fenómeno contemporáneo dentro del contexto de vida real” (pág. 9), se estableció como una estrategia de investigación comprensiva que confía en múltiples fuentes de evidencia. Para ello se utilizó la triangulación de datos obtenidos de diversas fuentes de información. Dicha triangulación metodológica se realizó mediante instrumentos que privilegiaron la palabra de los protagonistas: los niños y niñas estudiados y los padres y/o madres que los acompañaron a la consulta. Cabe destacar que la información fue obtenida en situación de consulta psicológica en un encuadre que incluyó otras técnicas.

Según López Alonso, esta investigación se ocupó de una “situación abierta de hipótesis ad-hoc” característica de aquellas situaciones donde se hace necesario acrecentar el modelo teórico mediante la ampliación del contexto de observación dada la necesidad de ampliar su explicación. (2006, pág. 53)

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: en primer lugar la Entrevista, a fin de dar lugar a la palabra de los padres y las madres mediante la cual se obtuvo información sobre la posición subjetiva de los mismos respecto a la situación de diagnóstico y de tratamiento farmacológico del hijo/a, así como del registro de su incidencia a nivel familiar. Se promovió el carácter de intimidad de la misma para obtener información profunda sobre los hechos de la vida de los involucrados. En segundo lugar, se utilizaron técnicas proyectivas para conocer la imagen de sí y la representación de su lugar en la familia por parte del niño/a evaluado. A tales efectos se optó por dos técnicas que promueven la representación de lo familiar: la Familia Kinética Actual y el Test de Pata Negra.

Se determinaron categorías apriorísticas para estos tres instrumentos y se hallaron otras emergentes que fueron incorporadas al análisis.

Por último, se consideró a la observación participante como un instrumento más que incluyó el análisis del registro corporal, emocional y contratransferencial durante las diferentes instancias.

## 2.1 – De las muestras

La muestra de niños estuvo compuesta por siete varones y tres niñas que concurren mayormente a consulta en el marco de una mutualista de la ciudad de Montevideo (7 en 10) y el resto en el marco de un servicio de extensión universitaria en la Facultad de Psicología (3 en 10). Todos concurren con uno o ambos progenitores, derivados mayormente por médico tratante de las especialidades de psiquiatría o neurología pediátrica. Los niños seleccionados estaban en tratamiento farmacológico por sintomatología vinculada a la adquisición de los aprendizajes con manifestación también en la esfera del humor e hiperactividad. Las características de cada situación fueron variadas, y se definió como criterio de exclusión a niños con diagnóstico previo de TEA o de retraso intelectual.

Cada niño fue abordado y estudiado como una situación individual manteniendo un nombre ficticio a fin de poder singularizarlos. Se describieron las situaciones familiares, las características del tránsito curricular y el contexto de la consulta actual. Se indicaron las producciones tanto gráficas para FKA y las producciones orales y la síntesis de PN.

Estos niños no presentaron evaluaciones psicológicas previas ni seguimientos o tratamientos psicoterapéuticos actuales. Tampoco se informó de un intercambio fluido entre la institución escolar y los técnicos tratantes, ni fueron derivados a algún tipo de abordaje psicosocial para mejorar la accesibilidad a los recursos sanitarios o acompañar la adherencia al tratamiento.

En general fueron descriptos por sus padres como niños inquietos con dificultades para aceptar límites asociándose conductas de desatención y dispersión en la escuela.

La muestra de los padres estuvo constituida por los adultos que acompañaron a los hijos e hijas a la consulta. En tres casos participaron ambos padres, uno de ellos si bien los padres estaban separados concurren en diferentes instancias. En los siete restantes se entrevistó a la madre como informante principal. Se destaca una gran colaboración de todos los adultos para con la investigadora.

### 3- De los resultados y el análisis de los datos

A fin de organizar las observaciones y el análisis de las mismas, se propone retomar las preguntas que orientaron esta investigación y el objetivo general planteado.

### 3.1 Las preguntas de la investigación:

¿Cómo impacta el diagnóstico y el tratamiento farmacológico por dificultades en la atención y/o por hiperactividad en niños escolares en los vínculos intrafamiliares? ¿Qué características tienen los vínculos parento-filiales y fraternos en las familias de los niños estudiados y cómo se perciben luego de iniciado el tratamiento farmacológico?

Se definió vínculo y familia desde las concepciones del Psicoanálisis en su perspectiva vincular, tomando nociones centrales como la presencia, ajenidad y acontecimiento. De los discursos de los padres se obtuvo información importante indicando que estos niños que no han tenido otro abordaje terapéutico más que la farmacológica en su gran mayoría, los padres registraron a nivel conductual cambios que percibieron como perjudiciales (ver pág. 184), alternando cambios positivos y negativos a nivel de la afectividad. El cambio mayor fue visto a nivel del aprendizaje, aunque no ha sido del mismo modo para todos los niños evaluados. Se destaca la desconfianza de los padres sobre los logros de los hijos cuando están tranquilos con aparente mayor concentración, viviéndolo más como desconexión del entorno.

En algunos casos los cambios fueron percibidos como insuficientes destacándose el uso de adverbios tales como “mucho, poco, tanto, totalmente” para indicar la vivencia respecto a lo esperado. Esta distancia entre lo esperado y lo obtenido mediante la medicación instaló una ambivalencia respecto al tratamiento que se expresó como un no deseo de medicarlo a la vez que una pasiva aceptación por hacerlo entendiendo que es favorable sobre todo frente a las presiones escolares. Por otra parte, se observaron conductas donde diferentes actuaciones revelaban la oposición a medicarlo, generándose olvidos, o bien suspensiones bajo diversos motivos.

En la vida familiar esto fue vivido como una imposición de la institución escolar, que les ha exigido: estar pendientes de la medicación; una erogación económica que no siempre pudieron sostener; un enfrentarse a la mirada del docente y de otros del entorno que generaba angustia. Esta situación configura

una vivencia de malestar vivida como “una preocupación más” que determinó ciertos ajustes en la convivencia. Los padres proyectan fuera de la familia las causas de lo que les pasa a sus hijos, observándose escaso insight en cuanto a preguntarse qué tiene que ver con la familia esto que le sucede al niño en cuestión. Un escaso o nulo contacto con aspectos intrafamiliares se registró en el discurso, en cuanto a analizar las condiciones de crianza o de relacionamiento en el seno de la familia. Los padres han manifestado expectativas en cuanto a medicar a sus hijos sólo en los primeros años de la escuela, sin asociar otros cambios necesarios para que esto se vea favorecido. No están de acuerdo con mantener la medicación a futuro. Se detectó ambivalencia y desconfianza respecto a la figura del médico tratante.

Ante los cambios percibidos, los padres dan cuenta del impacto que provoca un hijo cambiado, vivido como ajeno que no puede ser ligado a la representación del niño que se tenía hasta el momento. Asimismo, el niño cambiado a partir de la medicación en sentido negativo, provoca angustia en tanto no desean tener que enfrentarse a ello por contemplar las exigencias de la escuela.

La noticia del niño con un trastorno tanto como la percepción de un hijo cambiado por los efectos del tratamiento, no es aceptada por la familia promoviendo variadas conductas de ambivalencia y contradicción respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico. Esto indica el rechazo a incorporar la idea de un hijo diferente a lo representado a la vez que se percibe el efecto que tiene la conducta del niño a nivel extra familiar.

La falta de seguimiento del tratamiento, así como la suspensión y reintegro de la medicación a criterio de los padres constituyen elementos de riesgo para el niño. Esto tampoco permite conocer si el tratamiento es efectivo o no. Para la familia se vuelve intolerable el efecto de indiferencia y desconexión que la medicación provocó en algunos niños, remitiendo a la desinvestidura del entorno que tampoco les permite aprender.

Otro impacto importante es la presión percibida por parte de la escuela y en el mandato médico donde se ubican las causas del sufrimiento familiar. En esta situación, no se genera una demanda y difícilmente se encontrará un pedido de ayuda que los involucre a todos en la búsqueda de soluciones. Los cambios esperados por parte del tratamiento son insuficientes porque se coloca en el

niño la causa del malestar familiar, evitando contactar así con las circunstancias de inestabilidad, violencia, pérdidas y abandono que estas familias han vivido a lo largo de su historia libidinal.

La resistencia a la medicación se vincula al temor a la adicción o bien a la dependencia de algún fármaco para poder funcionar en el futuro tal y como se espera que funcione, enmarcado en un “deber ser” marcado por exigencias epocales.

En el único caso en que coinciden las expectativas con el tratamiento y los resultados es con la niña Diana, donde no se registraron disfunciones familiares.

El hijo/a que no se corresponde con la expectativa atribuida desde momentos inaugurales del vínculo parento-filial, que es devuelto a través de la imagen del fracaso escolar, es visto como una falla en el mismo niño/a pero no puede ser vinculado a las problemáticas familiares. De esta forma el niño se queda solo con su malestar y las causas que lo generan.

Se destaca en el discurso, una relación directa entre el informe de la maestra y el tratamiento farmacológico, sintiéndose los padres, objeto de la decisión de terceros sin tener posibilidad de opinar al respecto. Esto fue vivido además como un no reconocimiento en tanto ha planteado la falta de información recibida por parte del médico tratante. Si bien ello no puede ser constatado, se aprecian las dificultades de estos padres para empoderarse desde el lugar de usuario de los servicios de salud, mediante el cual hacer preguntas, asesorarse, buscar otras alternativas. Los padres mostraron diversas teorías en cuanto al origen de la dificultad en el hijo/a mayoritariamente externas a las circunstancias familiares.

Todo ello ha contribuido a generar una encrucijada en la cual, si bien los padres no están de acuerdo en medicar al hijo/a, lo hacen igualmente de forma irregular proyectando en reacciones adversas o en olvidos la no aceptación del tratamiento y por ende del horror que les produce la representación de un hijo enfermo-loco.

Otra de las preguntas que orientaron el trabajo fue:

**¿Cómo se percibe el niño a sí mismo en esta situación? ¿Cómo es el lugar atribuido al niño que presenta estas características en la familia?**

Los niños han mostrado a través de las técnicas proyectivas, una imagen de sí frágil con fallas en los mecanismos adaptativos que protejan al Yo de las exigencias pulsiones del Ello. Figuras que indican la precariedad de la constitución de la imagen de sí mismo se destacó en la representación de lo corporal con alteraciones que van de lo grave a la ausencia del niño en la escena. En este último caso se deja abierta la hipótesis acerca de que una representación ausente de la familia podría indicar la búsqueda de otro lugar por fuera del asignado, lo que indicaría mayor fortaleza si las figuras realizadas indican mejor integración, como en el caso de Laura.

En cuanto a la representación de la familia, se observó que las figuras parentales aparecían poco diferenciadas indicando fantasías relacionadas con funciones parentales débiles, llegando a la inversión de la asimetría-que contiene y reasegura el lugar del hijo- lo que constituye un elemento de riesgo. Estos aspectos más primarios fueron observados en el gráfico que es más sensible debido a que la respuesta que se espera es de origen preconscious, exigiéndole al sujeto una representación en imágenes que está bajo la influencia del proceso primario.

Puede resumirse entonces lo expuesto como una percepción de sí mismos débil con figuras que sostienen precariamente sus necesidades.

En PN, la respuesta que se espera es verbal fundamentalmente, por lo que se aprecian mecanismos más avanzados, por lo cual su comparación enriquece los hallazgos. Las narrativas fueron simples y los niños en su mayoría lograron completar la técnica a pesar del diagnóstico de dificultades atencionales. La imagen de sí que han proyectado estos niños a través de los atributos del protagonista dan cuenta de una autopercepción caracterizada por culpa que ameritaba castigos, asociada a acciones impulsivas y agresivas hacia los pares (lo fraterno) e incluso hacia alguno de los progenitores. Los niños de la muestra han demostrado estar en contacto con sus conductas, a veces asumida y otras proyectadas en el entorno, pero en todos los casos se apreciaron dificultades en la inhibición de la impulsividad. Se destaca también la desvalorización puesta en el protagonista, asociada al mal comportamiento lo que provoca rechazo en el entorno.

Se apreció claramente el elemento estigmatizante con el que se identificaron estos niños, dando cuenta de que la percepción de sí mismos coincide con lo



que el entorno les devuelve. Una variante se observó con Marcelo, donde la familia tolera mejor el comportamiento del niño pero la escuela no, frente a lo que el niño justifica de manera inductora su comportamiento porque las maestras no lo dejan hacer lo que quiere.

El lugar que el niño percibe que tiene en la familia y en la escuela está en relación a las vivencias de sí respecto a su conducta, caracterizada en general por la desvalorización, la estigmatización y la justificación del castigo por sentimientos de culpa. Es importante consignar el pedido de ayuda (al Hada) que aparece en algunos casos, considerado de buen pronóstico para una psicoterapia.

### 3.2 Del Objetivo general

**Analizar el impacto del diagnóstico y del tratamiento farmacológico por dificultades en la atención y/o por hiperactividad a nivel de los vínculos intrafamiliares en niños entre 7 y 10 años.**

En los ítems previos fue expuesto la forma en que la situación del hijo/a diagnosticado por dificultades en la atención y por hiperactividad inciden en la percepción que la familia tiene del niño, en las vivencias relacionadas con la situación del hijo en tratamiento y cómo ello incide en la percepción que el niño tiene de sí y de su lugar en la familia.

Se propone pensar entonces en el impacto como un acontecimiento que se instala en la familia y que no puede ser fácilmente semantizado porque es algo vivido como ajeno, impuesto, que no tiene que ver con la autopercepción que como familia tienen de sí mismos. El entorno les devuelve un diagnóstico a manera de imagen que dice acerca de las falencias en uno de sus miembros, el más débil. Se requiere de un trabajo complejo para representar a este nuevo niño que dista del hijo deseado. Esto los enfrenta a una situación inesperada relacionada con el temor a la exclusión, de los ámbitos naturales: la escuela y el grupo social inmediato.

En función de lo expresado en esta tesis, se torna imprescindible instrumentar dispositivos terapéuticos que incluyan la dimensión vincular cuando de niños con estas dificultades (y eventualmente otras) se trata, ya que una única alternativa terapéutica no favorece la circulación de sentido a la

interna de la familia. Sin un abordaje de la perspectiva familiar de las afectaciones del niño, éste se queda solo a cargo de lo enfermo, lo loco, lo intolerable, teniendo que enfrentar las presiones de las instituciones en soledad.

La familia como productora de subjetividad y protagonista en los procesos del padecer y del curar, tiene un rol trascendental en cuanto a descentrar la mirada del niño patologizado.

Los actores de la salud no deben hacerse eco de discursos simplificantes en tanto el objetivo del trabajo está puesto en la complejidad de la vida misma.

#### 4- Análisis de la Implicación

Dado el carácter clínico de la presente investigación, se considera importante realizar una reflexión en cuanto a los fenómenos desplegados en el encuentro con lo consultante. La posición frente a las situaciones que llegan a la consulta promueve la mirada y el acento sobre determinadas cuestiones y no otras, dejando claramente establecidos los alcances y limitaciones de esa mirada para cada situación singular. Desde aquí el clínico se enfrenta a solas con su bagaje teórico, su experiencia y su propia historia revisitada. Hace tiempo que la renuncia de una postura neutral ha dejado de ser tema de debates, no obstante en el reconocimiento de las bases fundamentales del Psicoanálisis, la abstinencia continúa siendo vigente. No satisfacer los propios deseos infantiles, narcisistas, sexuales, a través del paciente es condición de la posibilidad de análisis.

Ahora bien, en tiempos donde el clínico ya no puede evitar pensarse compartiendo las múltiples plataformas escénicas de una realidad que puja por entrar al consultorio de forma cruenta-crisis económicas, pedidos de ayuda desesperados ante catástrofes, violencias sociales compartidas, desexistencias temidas- parece insuficiente la cuestión de la transferencia y la contratransferencia como analizadores de lo que allí sucede.

El concepto de implicación, surgido en el análisis institucional de Loureau, refiere para el clínico una posición comprometida, histórica, que va más allá de la teoría que sustenta sus acciones. Una práctica clínica implicada es aquella que se encarna en las problemáticas sociopolíticas de su tiempo y se piensa a sí misma en ese contexto.

En acuerdo con Alfredo Grande (2005): “El psicoanálisis implicado es una conceptualización teórica y política. Un dispositivo de intervención en la subjetividad individual, vincular, grupal, social. Incluso familiar, si logramos discriminar la familiaridad de la familia”.

En este contexto, dada la doble inserción de la autora como psicoterapeuta psicoanalítica y como docente universitaria, se ha producido un texto donde la crítica y el compromiso se cruzan a cada paso en el devenir del análisis.

Desde una concepción de la práctica implicada atenta a las circunstancias feroces que recaen sobre los niños de estos países en vías de desarrollo, se ha escrito este texto bajo los efectos del dolor que produce el ser testigo de acciones que enmudecen las voces de la emancipación por venir.

## 5- Cierre a manera de nueva apertura

Pensar es también un hacer, un pensamiento atento a las prácticas protege del solipsismo que muchas veces invade al clínico. Los hechos, las peripecias y las alternativas que fueron pensándose en el presente trabajo son concebidos como una plataforma de lanzamiento a nuevas propuestas:

- Profundizar el trabajo interdisciplinario en los servicios de salud como forma de abordar los niveles complejos que hacen al sufrimiento en la infancia.
- Incluir grupos de padres como abordaje en paralelo con los tratamientos del niño, que permita fortalecer la adherencia a los mismos y promover la mirada a la interna de los intercambios familiares.
- Incluir la mirada de lo sociopolítico en las formas de presentación de la(s) infancia(s) no sólo como agenda de derechos de infancia sino como perspectiva clínica.
- Promover el seguimiento del niño medicado a través de un trabajo en red que incluya el diálogo con la escuela a fin de disminuir las violencias que la institución genera.
- Formar a los docentes para un trabajo en aula que contemple lo diverso y no lo nivelador.
- Evitar los diagnósticos patologizantes sin un cabal conocimiento de todas las condiciones de producción subjetiva para las disciplinas de la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agencia Europea para el desarrollo de las necesidades educativas especiales (2003). Principios fundamentales de la educación de necesidades especiales. Recuperado en: [https://www.european-agency.org/sites/default/files/key-principles-in-special-needs-education\\_keyp-es.pdf](https://www.european-agency.org/sites/default/files/key-principles-in-special-needs-education_keyp-es.pdf)
- Alvarez, N (2015). *Técnicas gráficas en psicodiagnóstico. Su lectura interpretativa*. Buenos Aires. Ed. Biebel
- Álvarez C, Carrasco X, Espinoza MA, Venegas V. Attention deficit hiperactivity disorder: myth or reality? *Medwave* 2012 Jul;12(6):e5444 doi: 10.5867/medwave.2012.06.5444
- Amores, S (2000). *Clínica del niño y su familia. Una perspectiva vincular psicoanalítica*. Buenos Aires. Distal
- Arias Valencia, M.M (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería, XVIII Marzo-Sin mes, 13-26*
- Aulagnier, P. Castoriadis ([1975] 1993). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires. Amorrortu
- Barrán, JP (2011). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.
- Benasayag, L (2007). Deconstrucción neurológica del llamado "ADDH" en Benasayag, L (Coord) *ADDH. Niños con déficit de atención e*

*hiperactividad. ¿Una patología de mercado?*. Buenos Aires. Noveduc

Benasayag, L y Ferreira, G (2007) "ADDH": diagnósticos diferenciales, tratamiento y casuística en ADDH. *Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado?* Buenos Aires. Noveduc

Benasayag, M y Schmit, G (2010). *Las pasiones tristes. Sufrimiento psíquico y crisis social*. Ed. Siglo XXI. Buenos Aires.

Berenstein, I (2004). *Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires. Paidós.

----- (2007) *Del ser al hacer. Curso sobre vincularidad*. Buenos Aires. Paidós.

Bernstein, J (1997) La batería proyectiva gráfica en Hammer "Tests proyectivos gráficos" Barcelona. Paidós.

Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), pp. 1021-1038.

Blanda, E et al. (2012). La influencia de lo transgeneracional en familias con niños con problemas de aprendizaje y conductas agresivas y/o violentas. IV Congreso internacional de investigación y práctica profesional en Psicología. XIX Jornadas de investigación. VIII Encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Univ. de Buenos Aires. Buenos Aires. Recuperado en: <http://www.aacademica.org/000-072/728>

Bleichmar, S (2005). *La subjetividad en riesgo*. Ed. Topia. Buenos Aires.

Bleichmar, S (2008). *Violencia social-Violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Noveduc. Buenos Aires

Brasenco, V (2016). Clase de Investigación cualitativa. Doctorado de Psicología. USAL. Buenos Aires. Inédito.

Carboni, A. (2011). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev. Psicología, Conocimiento y Sociedad- Vol 1 N° 3, págs.95-131*. Recuperado en:

<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/viewArticle/46>

- Caride, M.R y Rozzi de Constantino (1982). *Técnicas gráficas en la evaluación de la personalidad: un enfoque clínico*. Buenos Aires. Tekné.
- Celener, G (2002). Un modelo de pensamiento para interpretar en Celener (Coord) *"Técnicas proyectivas"* Tomo I. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- CIE 10 ([1992]2009). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Cisterna Cabrera, F (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoría*, Vol. 14 (1): 61-71, 2005. Recuperado en: <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v14/a6.pdf>
- Corea, C y Lewkowicz, I (2004). *Pedagogía del aburrido*. Buenos Aires. Paidós.
- Corman, L ([1961],2001) Manual y láminas del Test de Pata Negra. Madrid. TEA Ediciones.
- Cristóforo, Adriana (2015). Eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en situación de grupo para niños con dificultades en la atención. Tesis doctoral Universidad de El Salvador, Buenos Aires. Inédito.
- Dallaire, S et Lafortune (2008) Trouble de déficit d'attention: facteurs génétiques et familiaux. Une recension des écrits. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 51,(1), 275-312. doi:10.3917/psy.511.0275
- Deleuze, G ([1978] 2006). *En medio de Spinoza*. Buenos Aires. Cactus.
- Denzin, N y Lincoln, Y (Coords) (2012). *Manual de investigación cualitativa. El campo de la investigación cualitativa. Vol I*. Barcelona. Gedisa.
- Denzin, N y Lincoln, Y (Coords) (2012). *Manual de investigación cualitativa. Las estrategias de investigación cualitativa. Vol III*. Barcelona. Gedisa
- DSM IV (1995). Asociación Americana de Psiquiatría. Barcelona. Ed.Masson. Recuperado en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual->

[diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf](#)

DSM V (2013). Asociación Americana de Psiquiatría. España. Ed. Panamericana.

Faraone, S; Barcala, A; Bianchi, E y Torricelli, F. (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia. *Revista Electrónica Margen Ed. 54*. Recuperado en: <http://www.margen.org/suscri/numero54.html>

Fiterman,P y Zerpa, M (2015). Aproximación al bienestar psicológico y la salud mental de los niños y adolescentes de Montevideo en Cambio Familiar y bienestar de las mujeres y los niños. Universidad de la República, UNICEF. Recuperado en [http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Cambio-familiar-y-bienestar\\_web.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Cambio-familiar-y-bienestar_web.pdf)

Frank de Verthelyi, R ([1985], 2000). *Interacción y proyecto familiar. Evaluación individual, diádica y grupal por medio del Test de la familia kinética actual y prospectiva*. Barcelona. Gedisa

Freud, S (1913a) Totem y Tabú. *Obras Completas Vol XIII, p. 11-163*. Argentina ([1976]1986). Amorrortu Editores.

----- (1913b) El interés por el Psicoanálisis. *Obras Completas Vol XIII, p. 169-192*. Argentina ([1976]1986). Amorrortu Editores.

----- (1916) 23º. Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. *Obras Completas Vol. XVI, p. 326-343*. Argentina ([1976]1986). Amorrortu Editores

----- (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. *Obras Completas Vol. XVIII, p. 67-136*. Argentina ([1976]1986). Amorrortu Editores.

----- (1929) El malestar en la cultura. *Obras Completas. Vol. XXI, p.65-140*. Argentina ([1976]1986). Amorrortu Editores

Friedler, R (1998). Vínculo en Pachuk y Friedler “*Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*” pág. 451. Buenos Aires. Ediciones Del Candil.

Foucault, Michel (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud. Vol 11 N° 1. Págs. 3-25*. Recuperado en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>

- Gaillard,F; Quartier, V y Besozzi, G. (2004). Más allá de la hiperactividad: un detallado análisis de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne. *Revista Argentina de Neuropsicología* 2, pág. 15-25. Recuperado en <http://revneuropsi.tripod.com.ar>
- García Arzeno, M.E (1993). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Giberti, E ([2005] 2007). *La familia, a pesar de todo*. Buenos Aires. Noveduc.
- Gomel,S y Matus,S (2011). *Conjeturas psicopatológicas. Clínica psicoanalítica de familia y pareja*. Buenos Aires. Psicolibro ediciones.
- González, R (2012). Percepción de estilos parentales en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Informe final de investigación. Fac. de Psicología, Universidad Nal. de Mar del Plata, Argentina. Recuperado en: <http://m.rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/90/043.pdf?sequence=1>
- González, R., Bakker, L. y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 141-158. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v12n1/v12n1a08.pdf>
- Grande, Alfredo (2005). Primer década del Psicoanálisis implicado. *Revista Topía*. Recuperado en: <https://www.topia.com.ar/articulos/primer-decada-del-psicoan%C3%A1lisis-implicado>
- Guerro-Prado D, Mardomingo-Sanz ML, Ortiz-Guerra JJ, García-García P, Soler-López B. Evolución del estrés familiar en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anales Pediatría* (Barc). 2015;83:328---335.
- Hammer, E ([1969]1997). *Tests proyectivos gráficos*. Barcelona. Paidós.
- Hernández, M y Oliver, L (2015). Medicalización: una mirada desde la Escuela en Miguez (Coord) "Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar". *Estudios Sociológicos Editora. E-Book*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado en: <http://estudiossociologicos.org/>



[descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia\\_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf](#)

Illich, Iván (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Ed. Barral. España.

Janín, B (2013). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires. Noveduc.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2014) Recuperado en [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR\\_2014\\_ESP.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR_2014_ESP.pdf)

Krakov, H y Pachuk, C (1998). Tres espacios psíquicos en Pachuk y Friedler “*Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*” pág. 445-446. Buenos Aires. Ediciones Del Candil.

Lázaro, Luisa (2015) Diagnóstico psiquiátrico en niños y adolescentes. ¿A qué se debe su aumento?. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. Nº 114, págs. 9-11. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5208722>

Lewkowicz, I (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires. Paidós.

López Alonso (2006). Tesis doctorales: una guía integrada de sus métodos cualitativos y cuantitativos. Buenos Aires: Universidad Argentina John F. Kennedy.

Míguez, M. (2011). La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya. *E-Book Estudios sociológicos editora*. Recuperado en: [https://books.google.com.uy/books?id=czwgnwEACAAJ&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.uy/books?id=czwgnwEACAAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Míguez, M. (2012). Niñez Psiquiatrizada. Invisibilizando una realidad compleja. *Versión Nueva Epoca*, Nº 29. Recuperado el 5/9/2016 en [https://www.researchgate.net/publication/274306315\\_Ninez\\_psiquiatrizada\\_Invisibilizando\\_una\\_realidad\\_compleja](https://www.researchgate.net/publication/274306315_Ninez_psiquiatrizada_Invisibilizando_una_realidad_compleja)

Mitjavila, M (1998) *El saber médico y la construcción social de la familia en el Uruguay: del mesianismo moralizador a la gestión de los riesgos*. s/d

Ministerio de Salud Pública, Sector Sicofármacos Estupefacientes, Precursores y Productos químicos. Informe de Metilfenidato. 1/4/2011. Recuperado en

[http://www.anmat.gov.ar/webanmat/mercosur/ACTA\\_01-11/AGREG-XX-PSICOTROP/UNI7\\_Informe\\_Metilfenidato\\_digital.pdf](http://www.anmat.gov.ar/webanmat/mercosur/ACTA_01-11/AGREG-XX-PSICOTROP/UNI7_Informe_Metilfenidato_digital.pdf)

Moguillansky, R y Nussbaum, S (2013). *Teoría y clínica vincular. Fundamentos teóricos del abordaje clínico de la pareja y la familia*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Morin, E (2009). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona. Gedisa

Morse, J (2003): Emerger los datos: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. Cap 3 en Morse, J (Ed) (2003): *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Antioquía. Contus

Muniz, A. (2011): Vínculos y déficit atencional. Dimensiones de análisis para su comprensión. Trabajo final Seminario Psicología Social. Doctorado en Psicología. USAL, Buenos Aires. Inédito

----- (2013): Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. *Rev. Psicología, Conocimiento y Sociedad Vol 3 N°2, págs.135 - 154 (noviembre, 2013) Revisiones*. Recuperado en <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/165>

----- (2015): La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia en Miguez (Coord) "*Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*". *Estudios Sociológicos Editora*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado en: [http://estudiossociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia\\_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf](http://estudiossociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf)

Navarro González, M y García-Villamizar, D (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la Psicología*. 2010, vol. 31 N° 4 (diciembre) 23-36. Valencia, España. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3399009.pdf>

Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación*

*cualitativa. Aquichan*, 12(3), 263-274. Colombia. Recuperado en:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4322420.pdf>

Palummo, J. (2015). Coerción farmacológica y derechos humanos en Míguez (Coord) "*Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*". *Estudios Sociológicos Editora*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado en:

[http://estudiossociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia\\_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf](http://estudiossociologicos.org/-descargas/eseditora/patologizacion-de-la-infancia_maria-noel-miguez-coordinadora.pdf)

Passos, M. C. (2011). Familia, laços e sofrimento psíquico. *Revista Mal Estar e Subjetividade-Fortaleza-Vol XI Nº 3- p. 1001-1017 – Set/2011*. Recuperado en: <https://es.scribd.com/document/131872085/2011-3-artigo4>

Pires, Thiago de Oliveira, Silva, Cosme Marcelo Furtado Passos da, & Assis, Simone Gonçalves de. (2012). Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Saúde Pública*, 46(4), 624-633. Epub June 26, 2012. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000043>

Press, S (2012): Aportes del Psicoanálisis a la psiquiatría de niños y adolescentes. *Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea) issn 1688 – 7247*. Recuperado en: [https://issuu.com/mpeirano/docs/rup\\_114](https://issuu.com/mpeirano/docs/rup_114)

Puget, J (2015). *Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbres y certezas*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Pulice, G; Zelis, O; Manson, F (2007). *Investigar la Subjetividad*. Buenos Aires. Ed. Letra Viva.

Punta Rodolfo, M ([2005] 2010). *La clínica del niño y su interior. Un estudio en detalle*. Buenos Aires. Paidós.

Rodríguez Fabra, I (20014) Aportes al conocimiento sobre el vínculo madre-hijo en dos casos de niños que presentan dificultades atencionales. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Univ. de la República. Uruguay. Recuperado en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4463/1/Isabelle%20Rodriguez%20Fabra.pdf>

- Rojas, M. C (2008). Psicoanálisis con niños: un enfoque vincular. Rev. Vínculo, Vol. 1, Núm. 5, 2008, pp. 37-44. Brasil. Recuperado en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=139412687005>
- (2011). Familia, grupos, escuela: diversidad e inclusión. En Taborda (Coord) *“Paradojas que habitan las instituciones educativas”*, 207-216. Recuperado en: [www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2017/04/Paradojas.pdf](http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2017/04/Paradojas.pdf)
- (2011). Familias: intervenciones en la diversidad en Gáspari y Waisbrot (Comp) *“Familias y parejas”* p-163-186. Buenos Aires. Psicolibro ediciones.
- Roselló, Belén García Castellar, Rosa Tárraga Mínguez, Raúl Mulas, Fernando (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad *Revista de Neurología 36 Supl.1 79 84*. Recuperado en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/32626>
- Rothhamer, Carrasco, Henriquez, Andrade, Valenzuela, Aboitiz y Rothhamer (2005). Bajo riesgo de déficit atencional/hiperactividad en niños aymarás. Implicancias genéticas, antropológicas y culturales. *Chungara. Revista de Antropología Chilena. Volumen 37, Nº 2. Pág. 145-149*. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32637204>
- Roudinesco, E (2003). *La familia en desorden*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Schwartz, L y Caride, M. (2001). El Test Patte Noire. *La interpretación clínica desde lo normativo*. Buenos Aires. Universo Gráfico.
- Speranza, N et al (2008): Uso del metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de Montevideo. *Archivos de Pediatría del Uruguay 79 (4), 277-283*. Uruguay
- Stake, R ([1998],2005). Investigación con estudio de casos. Madrid. Morata.
- (2013). Estudios de casos cualitativos en Denzin y Lincoln *“Manual de investigación cualitativa. Vol III”* Barcelona. Gedisa

- Strauss, A y Corbin, J. (2002): *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Ed. Universidad de Antioquía. Colombia.
- Taborda, A y Toranzo, E (2009). Estudio piloto comparativo de dos abordajes psicoanalíticos. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires. Recuperado en: <https://www.aacademica.org/000-020/194.pdf>
- Teles, A. (2009). La mutua apropiación entre los procesos de subjetivación y el acontecimiento en Muniz, A. (Comp) (2009). *“Intervenciones en el campo de las subjetividades. Las prácticas en la frontera”*. Ed. Psicolibros-Waslala. Montevideo.
- Tizón, J. (2007) El “niño hiperactivo” como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, Realidad, Medicalización?. En *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, Número Monográfico 2*. Recuperado en: [http://europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?r=/S/10811/16958691\\_3.htm&zfr=0](http://europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?r=/S/10811/16958691_3.htm&zfr=0)
- Untoiglich, G. (2011). ¿En dónde ubican su atención los niños desatentos? Herramientas psicoanalíticas para abordar la problemática desatencional en la clínica y la institución escolar. *Rev. RUEDES Año 1, Nº 2, pág. 111-132*. Recuperado en: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/3935/untoiglichruedes2.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/3935/untoiglichruedes2.pdf),
- (2011): *Versiones actuales del sufrimiento infantil*. Buenos Aires. Noveduc. Colección Conjunciones
- Valles, M ([1999],2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. España. Editorial Síntesis.
- Vasen, J.(2009): *El mito del niño bipolar*. Buenos Aires. Ed. Noveduc. Colección Conjunciones.
- Vasilachis, I (Coord) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona. Gedisa.
- Vega Balbás, R. (2007). Bioidentidad y medicalización: una lectura biopolítica del TDAH. *Arteterapia-Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2,51-61. Recuperado en: [http://www.erevistas.csic.es/ficha\\_articulo.php?url=oai:revistas.ucm.e](http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:revistas.ucm.e)

s:article/9760&oai\_iden=oai\_revista286

- Viola, L; Garrido, G y Varela, A. (2008): *Estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos*. Montevideo. Ed. Comisión Sectorial de Investigación Científica, Universidad de la República. Recuperado en: [https://www.researchgate.net/profile/Laura\\_Viola2/publication/266274516\\_Estudio\\_epidemiologico\\_sobre\\_la\\_Salud\\_Mental\\_de\\_los\\_ninos\\_uruguayos/links/55b7a2f108aed621de047478/Estudio-epidemiologico-sobre-la-Salud-Mental-de-los-ninos-uruguayos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Laura_Viola2/publication/266274516_Estudio_epidemiologico_sobre_la_Salud_Mental_de_los_ninos_uruguayos/links/55b7a2f108aed621de047478/Estudio-epidemiologico-sobre-la-Salud-Mental-de-los-ninos-uruguayos.pdf)
- Viola, L y Garrido, G (2009). Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en escolares uruguayos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol 73 N°2, 157-168*. Uruguay
- Yin, R. (1994). Investigación sobre estudio de casos. Diseño y Métodos. Vol 5. 2da Edición. Recuperado: <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/YIN%20ROBERT%20.pdf>

# **ANEXOS**

TABLA 1  
*Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad*

AÑO	AUTOR	REFERENCIA
<b>PRIMERAS EXPLICACIONES MÉDICAS</b>		
1902	Still	Defecto del control moral.
1908	Tredgold	Enfermedad neuropática.
1909	Dupré	Manifestación de un desequilibrio motor congénito.
1922	Hoffman	Secuelas de la encefalitis letárgica.
1936	Blau	Lesiones en el lóbulo frontal.
1938	Levin	Lesiones en el lóbulo frontal.
1957	Laufer, Denhoff y Solomons	Déficit en el área talámica del SNC.
<b>TRASTORNO HIPERCINÉTICO</b>		
1867	Maudsley	Perturbaciones conductuales.
1877	Ireland	Perturbaciones conductuales.
1897	Bourneville	Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia.
1899	Clouston	Perturbaciones conductuales.
1901	Demoor	Corea mental.
1905	Boncour	Escolar inestable.
1913	Durot	Pionero en diferenciar síntoma y síndrome.
1914	Hetzer	La hiperactividad como síndrome.
1923	Vermeulen	Pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo.
1930	Kramer y Pollnow	Trastorno Hiperkinético.
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica.



1947	Strauss y Lehtinen	Síndrome de daño cerebral infantil.
1956	Hoff	Trastorno Hipercinético.
1960	Chess	Trastorno Hipercinético.
1968	DSM-II	Reacción Hipercinética de la infancia.
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
1975	CIE-9	Trastorno Hipercinético de la infancia.
1980	DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
1987	DSM-III-TR	Déficit de Atención con Hiperactividad.
1992	CIE-10	Trastorno de la Actividad y de la Atención (en Trastornos Hipercinéticos).
1994/2000	DSM-IV	TDAH.

## Láminas del Test de Pata Negra

Frontispicio:





En orden se aprecian las láminas nominadas:  
Hada, Comedero, Beso, Pelea, Carro, Cabra, Partida, Duda, Oca, Porquerías,  
Noche, Camada, Sueño madre, Sueño padre, Mamada I, Mamada II y Hoyo  
Lámina Árbol incorporada en último lugar por el autor.



**Guión de Entrevista en Profundidad:**

Para el Eje 1, se describen los siguientes ejes de observación:

Percepción del niño por parte de sus padres.

a) percepción de la conducta del niño:

Cómo se comporta su hijo cuando está en la casa? Y en la escuela? Hay diferencias entre un espacio y otro? Cómo caracterizaría esta conducta (tres positivas y tres negativas)? Estima que las conductas son peligrosas?

b) percepción de la afectividad del niño:

Es un niño/a que puede decir lo que siente? Demuestra sus sentimientos? Se frustra fácilmente? Lo ve feliz, infeliz, triste o alegre? Demanda mucha atención?

c) percepción de la relación con hermanos o pares:

Es un niño que puede compartir el juego con hermanos o compañeros? Acepta que los demás elijan el juego, pongan las reglas? Ve que disfruta de la compañía de pares? Concorre a cumpleaños? Cuando invita a compañeros a jugar concurren a la casa o al cumpleaños? Tolera que el padre o la madre estén prestando atención a alguno de sus hermanos? Colabora con los más pequeños?

d) diferencias entre ambos padres (u otros actores de crianza) en cómo perciben al niño:

Cómo describiría al niño la mamá? Idem para el papá. Aspectos valorados y rechazados que ve/n en el niño/a? Cómo ven que se siente el niño en la casa, en la escuela, con amigos? Les parece que el niño/niña podría controlar sus actitudes o que es dominado/a por sus impulsos o sentimientos?

e) grado de sufrimiento percibido a partir del diagnóstico:

Recuerdan cuando le dieron el diagnóstico? Qué pensaron? Cómo se sintieron? Pudieron preguntar de qué se trataba? Pensaron que debía tratarse de por vida o que era pasajero? Pensaron que los planes que tenían para su hijo/a, se tenían que cambiar a partir del diagnóstico?

Para el Eje 2, se describen los siguientes ejes de observación:

Relevancia del tratamiento (farmacológico y/o psicológico) en la vida familiar

a) acuerdo o no con ambos o alguno de los tratamientos:

Qué tipo de tratamiento/s recibe su hijo/a? Están de acuerdo con ambos o alguno de ellos? En qué no acuerdan? Piensan que deberá tratarse de por vida? Piensan que la medicación afecta otros aspectos aunque sea beneficiosa para el Trastorno? Cree en el beneficio que el psiquiatra y el psicólogo pueden ofrecerle a su hijo/a?

a) adherencia a los mismos:

Quién se ocupa de darle la medicación al niño/a? Quién se ocupa de retirar los medicamentos? Quién lleva al niño/a a las consultas? Quién se hace cargo de los gastos que ello insume? Toma medicación durante el horario escolar? Dependen de la maestra para su administración? Prevén que la

medicación sea suficiente para la semana o se han quedado sin medicación alguna vez? Qué ha sucedido?

b) cambios observados en el niño a partir del inicio del/los tratamiento/s: Cuándo ha iniciado el tratamiento farmacológico? Idem para el psicoterapéutico u otros. Percibe cambios a partir del inicio de los tratamientos? Ello está en concordancia con lo que esperaban que sucediera? En caso negativo: qué esperaban que aún no ha sucedido? Los cambios observados se relacionan con la esfera conductual, afectiva y/o social? Confía en que se seguirán o se producirán cambios en algún momento?

c) modificaciones que los tratamientos le implicaron a la vida familiar: Qué cambios se dieron en la familia a partir del inicio de los tratamientos? Qué se ha visto afectado: el horario, la rutina, renunciadas de actividades, en la forma de relacionarse con el niño/a? Económicamente les implica un esfuerzo? Participan otros familiares, amigos o empleados para llevar al niño/a a los tratamientos o para retirar la medicación o comunicarse con los técnicos? Siente que los hermanos están desatendidos desde que el niño/a ha iniciado el tratamiento?

d) similitudes y diferencias en la actitud de ambos padres frente a tratamiento/s:

Los dos están involucrados con los tratamientos de la misma forma? Siente que alguna se recarga más, por qué? Ha habido cambios en los horarios o el trabajo de alguno desde que se diagnosticó a su hijo/a? Alguno lo consiente más o le exige más ahora?

Para el Eje 3, se describen los siguientes ejes de observación:

#### Expectativas de cambio

a) expectativas de cambio hacia el niño a nivel conductual, afectivo y social:

Cómo espera que se modifique la conducta del niño? De qué manera piensa que su hijo/a podrá manejar los afectos? Piensa que será un niño sociable, aceptado por los otros niños? Qué características desearía que su hijo/a pudiera modificar?

b) representaciones acerca del futuro del niño en cuanto al desarrollo emocional y cognitivo:

Cree que será un niño/a que podrá terminar la escuela? Piensa que le insumirá más años que la media? Piensa que debería tener algún tipo de tolerancia a nivel secundario? Cree que podrá ser una persona como las demás? Piensa que podrá terminar un estudio que lo habilite a ser autónomo? Piensa que los padres deberán estar presentes para ayudarlo toda la vida?

c) percepciones acerca del rol de la familia para el cambio:

Lo que le pasa al niño/a se relaciona con la familia? Es un trastorno congénito, hereditario u otro que significa que nació así y no se puede

cambiar? Consideran que la participación de la familia es importante? En qué sentido?

d) tolerancia a la frustración:

(Para casos de fracaso escolar) Qué piensan de las dificultades que tiene su hijo/a para aprender? Es un problema de inteligencia, de voluntad o emocional? Se han encontrado con docentes acordes a las necesidades de su hijo/a? Se enoja cuando el niño/a no logra lo mínimo esperado para su edad? Lo comparan con Uds. cuando eran escolares o con sus hermanos o sobrinos? Cómo se sienten cuando los tiempos son más largos a los previstos?

En cuanto a la medicación: produce los cambios que Uds. imaginaron? Es doloroso tener un hijo/a que tome medicación psiquiátrica?

e) percepciones en cuanto a depender o no de los tratamientos a futuro:

(Quizás este aspecto fue indagado en otros puntos)

Piensan que algún día se librarán de los tratamientos? El resto de la familia conoce la situación del niño/a? Es un tema que prefieren manejarlo a la interna de la casa o lo hablan con otros? Piensan que habrá otra solución a futuro, cuáles?

