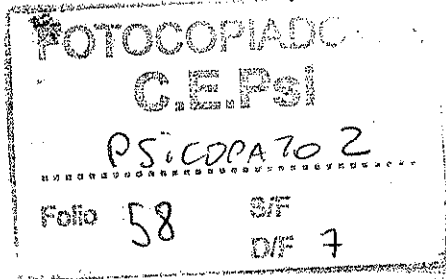


**EL ADD/ADHD COMO CASO TESTIGO DE LA PATOLOGIZACION  
DE LA DIFERENCIA**



*Marisa Punta Rodulfo*

La instalación del ADD/ADHD como nuevo síndrome a diagnosticar y tratar, ha sido excesivamente rápida y difundida de la misma manera, debido a la velocidad actual de la información. A tal punto que hoy los padres de cualquier niño un poco inquieto enseguida nos preguntan en una consulta “si tiene ADD”, ocurriendo algo semejante en las propias aulas.

El psicoanálisis no fue invitado a la constitución de este síndrome, que se montó dejándolo totalmente de lado. Esto puede hacernos correr el riesgo de precipitarnos en un rechazo masivo tan contraproducente como aquella rápida adhesión. El psicoanálisis no procede así: en primer lugar interroga, formula preguntas, sitúa.

Si el título de este trabajo remite a un arduo problema contemporáneo, *reducir la diferencia* a categorías *psicopatológicas*, habría que añadirle al mismo el de una *escolarización* compulsiva desde la más temprana infancia, coincidente con una creciente complejización del desarrollo científico y tecnológico cada vez más inabarcable y que exige un también creciente alargamiento en la formación preescolar, escolar, universitaria y de postgrado. No es casual la presunta detección o la posible invención del síndrome en sociedades industriales marcadamente avanzadas, ya que el ADD/ADHD no es detectado en África, pero sí en Estados Unidos. África padece la desnutrición infantil con sus terribles secuelas subjetivas, aunque esta última no produce rédito económico a los grandes laboratorios.

Como en todos los casos donde el psicoanálisis no es consultado es típico el enfoque ingenuamente organicista en que se organiza esta nueva categoría psicopatológica, con una reducción característica de toda la dimensión subjetiva y por lo tanto prescindiendo en principio ya no del psicoanálisis sino de toda psicoterapia. En este sentido podemos citar la afirmación de Ingersoll (1988) que considera innecesarios los tratamientos psicoterapéuticos.

“Dado que [...] los datos actuales indican que las dificultades del niño hiperactivo son causadas por disfunciones físicas del cerebro, no tiene mucho sentido recurrir a métodos psicológicos para aliviarlos. Y, de hecho, no hay indicios convincentes de que la psicoterapia sirve para remediar la desatención, el escaso control de los impulsos o la hiperactividad motriz del niño”.

Sin embargo Ross y Ross sostienen que:

“la psicoterapia fue categóricamente rechazada como parte del tratamiento de la hiperactividad, siendo el principal motivo de esta drástica postura un único estudio metodológicamente inadecuado”.

Un nuevo indicio está basado en la velocidad con la que ha sido configurado este “síndrome” sin demasiada preocupación por otorgarle a dicho estudio un sólido basamento científico. En ese sentido, el más biologista de los biólogos sería mucho más exigente en cuanto a los requisitos de una investigación que verdaderamente llegue a conclusiones sostenibles.

Esta posición tan radical luego se matizará apelando a la ayuda de las psicoterapias de corte conductista, y por lo tanto más técnicas y menos interrogativas, centradas como están en el ideal de una eficacia inmediata sin reparar en costos y consecuencias.

Nueva pregunta psicoanalítica: ¿es necesario semejante atropellamiento de toda la dimensión subjetiva e intersubjetiva para establecer la existencia de un trastorno de la atención? ¿No podría ser posible hacerlo incluyendo lo humano? En ese sentido, el texto de Ingersoll recurre a una falacia típica, en la que pueden incurrir por igual médicos y psicólogos, y es la de considerar que si un trastorno es de origen orgánico no necesita de psicoterapia; cuando la psicoterapia, psicoanalítica o no, se requiere fundamentalmente porque el que sufre es *más que un organismo*, sea cual fuere la etiología de su enfermedad.

Por eso no puede extrañarnos que en la bibliografía sobre el ADD/ADHD la referencia al psicoanálisis, en lo inherente a su teorización y convalidación clínica, especialmente en el campo de la niñez, esté característicamente ausente. El paradigma es el de un niño concebido como soporte de distintas funciones psíquicas, una de las cuales sería la atención, desvinculadas en su constitución de toda referencia al *otro* y al *medio*; por eso es tan valioso el texto de Thomas Armstrong (2001), que se interroga y procura reconstituir el paradigma que es condición de posibilidad del ADD/ADHD como nuevo síndrome, destacando desde muchos ángulos los puntos más endebles de su fundamentación y todo lo

que hay que excluir para su rápido diagnóstico. A partir de la mención anterior, el resultado consiste en que se termina excluyendo al niño como tal. Junto con Armstrong coincidiremos en el carácter artificial y limitado de este recorte, su desprecio por cuestiones decisivas que hacen al diagnóstico diferencial, incluyendo su paradójico no tener en cuenta patologías de origen biológico erróneamente remitidas al ADD/ADHD y por las que ni el psiquiatra infantil, ni el neuropediatra –en algunos casos – consideran necesario realizar los estudios correspondientes para poder llevar a cabo un diagnóstico exhaustivo.

Antes de evaluar la mayor o menor validez de los datos neurobiológicos esgrimidos conviene rectificar otro presupuesto erróneo; consiste en considerar lo biológico como invariable punto de partida, convirtiéndolo en centro, emisor, causal, sin estimar siquiera la posibilidad de la dirección inversa o recíproca. En ese sentido el psicoanálisis desde el modelo de las series complementarias de Freud (1916) tiene la ventaja de proponer una descentralización además de sobredeterminación en cuanto a la producción de patología. En el mismo, la primera de las series se refiere a lo biológico, que se va suplementando con lo proveniente del medio en articulación con las propias vivencias subjetivas (Rodulfo R. 2005). Lo mismo es confirmado desde otras disciplinas, específicamente en el campo de la biología, investigaciones de los últimos años (Schwartz 1996) indican que el factor ambiental puede tener un fuerte efecto en el metabolismo cerebral, lo cual tiene validez más allá de la especie humana (Lemos, D. 2005). Es interesante hacer notar que este punto de vista es totalmente convergente con las experiencias y con muchas elaboraciones conceptuales del psicoanálisis. Winnicott en particular enfatizó el papel etiológico del medio y sus diversas disfunciones, acentuando su intervenir en el cuerpo del bebé o del niño pequeño, hipótesis para las que mucho le sirvió su doble práctica como pediatra y psicoanalista. Para lo que tuvo que no dejarse dominar por la estéril confrontación entre lo genético y lo ambiental.

Desde este punto de vista diríamos que el psicoanalista no se queda tranquilo cuando se diagnostica algo supuestamente orgánico sin que existan tests de laboratorio establecidos y confiables, reduciéndose la problemática en forma demasiado habitual a observaciones impregnadas de posibles prejuicios, escalas de conducta muy poco objetivas, demasiado dependientes de preconcepciones de los padres y de los profesionales intervinientes, tareas de ejecución y tests psicológicos de validez incierta, etcétera. Particularmente al psicoanalista de niños puede preocuparle mucho, porque lo experimenta en su práctica, que cierto organicismo obstruya la correcta detección y evaluación de factores orgánicos

intervinientes sumariamente enviados al ADD/ADHD, ya que para el psicoanalista de niños su prioridad no es la de privilegiar el factor psicológico *sino el niño y su sufrimiento*. Lo que verdaderamente alarma, particularmente en el caso del ADD/ADHD, es que se descuiden distinciones fundamentales largamente validadas tanto en el campo médico como el psicológico, a saber, que una misma conducta, en este caso la desatención o la inquietud, puede ser el emergente de las más diversas constelaciones, tanto patológicas como normales. Por ejemplo: ¿que diríamos de un médico que a partir de una cefalea diagnosticara siempre lo mismo, y por lo tanto recurriera invariablemente a la misma medicación?

Este punto merece nos detengamos. Es bien conocido que la medicación más frecuentada para el síndrome de disatención/hiperactividad es la Ritalina, con efectos seductores para el medio escolar y familiar porque resulta *muy eficaz* en eliminar o reducir al máximo las molestias y trabajos que causa un “*niño en desorden*” más o menos permanente. Solo que ésta parece ser su acción principal, meramente sintomática, sin modificar nada de fondo, y con efectos secundarios que empiezan a conocerse mejor. Efectos que pueden revestir gravedad, desde afectar la actividad cardiaca hasta el ser usada como una droga más para el consumo o la adicción en adolescentes. Sin embargo su uso indiscriminado no se ha detenido pese a muchas voces de alarma desde el mismo campo médico. Por lo demás, hay otro factor a considerar, muy bien expuesto en *Selling sickness* (2005). Transcribo un párrafo decisivo:

“Una de las razones por las que la industria farmacéutica transnacional ha conseguido sus ganancias multimillonarias, ha sido su estrategia de vender a los sanos nuevas percepciones sobre lo que es una enfermedad. La industria ha hecho un marketing para transformar molestias comunes en todo tipo de enfermedades que las presentan como peligrosas y para las cuales ellas tienen la solución” [...] El desorden de falta de atención/hiperactividad ha sido otro éxito espectacular en transformar la percepción del público sobre un desorden de salud mental. Psiquiatras en las nóminas de los laboratorios han dado una explicación neurobiológica de esta condición y se han vendido medicamentos basados en anfetaminas, como por ejemplo Ritalina en grandes cantidades. Sin embargo, se diagnosticó con esta condición no solamente a niños con síntomas severos de hiperactividad o falta de atención sino a un número muchísimo mayor de niños inquietos o que se distraen en clase. También se prescribe a adultos por el simple hecho de que golpean nerviosamente con los dedos de la mano la mesa, un cuento más”.

Este texto merecería ser el epígrafe de toda discusión abierta en relación al ADD/ADHD. Lo que dice hace pensar si en las *series* psicoanalíticas de causación de la enfermedad no faltaría agregar una cuarta dimensión, la *económica*, claro que no en el sentido psicoanalítico del término.

Para “transformar esta percepción” una primera operación consiste en desconocer radicalmente los rasgos propios de la subjetividad de un niño convirtiéndolos en patológicos: que los niños e incluso los adolescentes sean más inquietos, más turbulentos, que presenten una atención más errática e irregular, que sean más impulsivos y menos reflexivos, es algo inherente a su condición de tales. Tanto en nuestra cultura durante mucho tiempo como en otras, nunca se percibió esto como una enfermedad; en todo caso sí como un trabajo que el más joven le da al adulto. El psicoanálisis, así como la pedagogía más progresista, han considerado y demostrado en su práctica que el niño que no exhibe ninguno de estos rasgos por lo general es inhibido o sobreadaptado, lo cual no siempre lo convierte en un niño más atento. Además la calificación de “inquieto”, por ejemplo, así como la evaluación de su intensidad, depende en alto grado del ambiente, no dando lo mismo si este es un colegio con *normas rígidas*, donde se promueven la eficacia y el éxito vaciados de subjetividad, o si se trata de un colegio con una política de *laissez-faire* en que a falta de normas claras los niños terminan por confundirse lo que a su vez promueve en ellos actitudes que pueden obstaculizar no solo procesos de aprendizaje, sino también la emergencia de conductas antisociales. En cambio, hemos comprobado que los resultados son muy distintos en el caso de una escuela abierta pero contenedora, abierta a la diferencia, no discriminatoria, pero comprometida en regular todo lo que hace a la inmadurez del niño y del adolescente.

Esto introduce directamente a lo que he venido trabajando en otros lugares (Punta Rodolfo M. 2005) enfatizando la importancia de un diagnóstico diferencial verdaderamente matizado, ya que el primer paso de ese diagnóstico es no confundir rasgos normales o sanos -que simplemente nos informan que el portador es un niño- con rasgos patognomónicos de un auténtico trastorno. Formaría parte del siguiente paso no utilizar la coartada de la “*comorbilidad*” como recurso demasiado fácil para defender el diagnóstico de ADD/ADHD. Este vicio de razonamiento ha sido identificado desde hace mucho tiempo por la epistemología y se denomina desde entonces introducir hipótesis *ad-hoc*. No porque no pueda existir comorbilidad sino porque debe demostrarse sin postularse de antemano.

Por lo pronto hay que prestar sumo cuidado en que un “trastorno en la atención” no corresponda a:

- una patología de la ansiedad, cosa extremadamente frecuente dada la alta proporción de procesos fóbicos tempranos que evolucionan mal;
- un trastorno narcisista no psicótico (Rodolfo M.1995);
- estados depresivos crónicos, combinados o no con ansiedad;

- una patología psicótica cuya primera exteriorización puede ser una hiperactividad incontenible y un 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 incontrolables que le impiden al niño atender a lo que está haciendo, llevándolo además, a la ritualización de ceremoniales que a la vez le consumen mucho tiempo;
- 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 por supuesto, al comprometer directamente la relación del niño con su entorno, deterioran sus procesos de aprendizaje, etcétera.

Otro trabajo del diagnóstico diferencial consiste en interrogar la supuesta globalidad implicada en el término “atención”. Sorprende que una precaución tan elemental sea frecuentemente descuidada y que se pueda hablar en forma directa de ADD/ADHD, en el caso de niños desatentos y turbulentos en la escuela pero que en el consultorio o en otras situaciones demuestran un elevado grado de concentración en lo que están haciendo: un videojuego, o una narración televisiva o una tarea manual o una práctica deportiva de reglas complejas, desde el fútbol al ajedrez. A diferencia de ellos, otros niños se muestran invariablemente dispersos en cualquier situación que fuere y con relativa independencia de las condiciones ambientales. La calificación ADD/ADHD reprime estas diferencias esenciales, por lo que no puede extrañarnos que una de sus consecuencias habituales fatalmente sea la iatrogenia. Mal diagnosticado, mal tratado, mal medicado, el niño desarrolla complicaciones caracterológicas o conductuales de segundo grado que complica las que ya tenía, suplementándolas, agravando por añadidura el pronóstico ya que no es lo mismo una intervención temprana adecuada que una intervención adecuada pero mucho más tardía y que debe hacerse cargo de los efectos de aquella iatrogenia.

Todo esto sin olvidar, justificando la necesidad de interrogar y descomponer la “supuesta unidad” de una facultad llamada *atención*, que el niño de nuestra época se encuentra tomado en un agudo conflicto entre los métodos de la educación tradicional, mala o buena, y el nuevo universo tele mediático que lo solicita muy directamente como consumidor potencial. El niño se encuentra objetivamente desgarrado entre estos dos discursos de la cultura y ello da cuenta, a menudo, de cómo el mismo niño se muestra simultánea o sucesivamente

perfectamente capaz de concentración en la Internet tanto como absolutamente disperso a la hora de leer un libro o escuchar una clase (Corea C. y Lewcowicz I., 2000).

***Una perspectiva psicoanalítica: la permanencia del objeto y la constitución de la función de síntesis del yo \****

El psicoanálisis apuesta a la capacidad imaginativa del ser humano y apunta, cuando hace falta, a su estimulación, incremento y desbloqueo. Más aun: el psicoanálisis no existiría sin esa maravilla que es la capacidad humana para la fantasía y la creación de ficciones, lo cual abarca desde fenómenos cotidianos hasta el arte, la ciencia, la religión, la filosofía, etcétera. Ante la detección creciente de problemáticas de aprendizaje y/o conducta, quisiera aportar el producto de mi propia investigación en lo que hemos denominado ***trastornos narcisistas no psicóticos***. Problemáticas no diagnosticadas, así como indebidamente tratadas, a raíz de lo cual los niños por ellas afectados, deambulan tanto por establecimientos escolares como por distintos consultorios sin tener resolución a las mismas. En este tópico en particular quisiera establecer una diferenciación fundamental entre la problemática de aprendizaje en tanto ***síntoma*** y el plano del ***trastorno***, ya que no debemos confundir ni durante el proceso diagnóstico, como en la iniciación de un tratamiento, entre aquellos niños que no pueden aprender, por presentar una ***sintomatología específica*** ligada al no haber podido realizar una transferencia libidinal del jugar al aprendizaje. Han quedado atrapados en un espacio donde el juego deviene patológico, en tanto obstaculiza, o lo que es más grave, hasta clausura tanto el ***deseo de crecer*** como el ***deseo de aprender***. Sin dicha transferencia todo proceso de aprendizaje se encontrará perturbado.

Sin embargo, no todos los niños que no aprenden se hallan capturados por un espacio fantasmático, ni tentaculizados por un jugar devenido encerrante sino que tanto el jugar como el pensar sufren idénticas vicisitudes y dificultades; nos encontramos en estos casos con la ***problemática del trastorno***. He de desarrollar ahora mi aporte específico al respecto en lo que hace a un aspecto fundamental en la problemática del aprendizaje cuando nos encontramos frente a una falla en la ***función de síntesis del yo***, (Rodulfo, M.P., 1995) cuya importancia en la constitución de la tópica psíquica intento subrayar.

Dicha constitución sigue un derrotero que nos conduce al

---

\* Para un estudio pormenorizado de esta temática remitirse a "Trastornos Narcisistas no Psicóticos" (Rodulfo R. y M. 1995)

espejo, al momento en el que el cachorro humano realiza un esfuerzo por trasponer la impresión visual del objeto por otra propia a través de la motricidad. Diremos que el proceso de producción psíquica del *extraño* exige un requisito: que el niño desplace su interés de la expresión facial de estados afectivos a los rasgos del rostro materno con los cuales se identifica. He aquí que se produce otro tipo de elemento diferencial, que ya no consiste en una expresión facial transitoria sino en las características permanentes de un rostro.

Consideremos alguna de las razones de este proceso que culmina en la producción psíquica del *extraño*, allí donde antes estaba lo *familiar*. En este punto específico, las manos juegan un papel de fundamental importancia: el niño no sólo toca sino que *agarra* el objeto y se lo lleva a la boca. Lo mismo realiza con las distintas partes de su cuerpo. En ese momento, tanto los objetos del mundo como su propio cuerpo se transforman para él en observables, al igual que el contenido afectivo del rostro materno. Pero mientras que para reencontrarse con su estado corpóreo en el rostro de la madre requiere de su presencia, la captación de este mismo estado al contemplar sus manos ofrece al yo la posibilidad de hacer conscientes sus procesos internos con mayor autonomía. El privilegio de la visión de la propia mano anticipa, según David Maldivsky (1986), el discernimiento entre familiar y extraño. El hecho de que el niño se toque el rostro lo lleva a interrogarse por sus propios rasgos y hallar una primera respuesta consistente en mirarse las manos en las que ve reflejada su imagen.

Otra actividad, como la que constituye el tocarse partes del rostro ante la presencia de un familiar que a su vez toca ante el niño su propio rostro, nombrándoselas y pidiéndole al niño que lo imite, indica un esfuerzo por trasponer lo visto, no ya como estado afectivo sino como acto motor a partir de una *función del yo*, regida por la palabra ajena y consolidada como acto. Esta función imitativa parece uno de los requisitos para la producción del *extraño* a partir de lo *familiar*. Sami-Ali (1961) subraya el embrollo que caracteriza la actividad de los pacientes que no han podido realizar dicho pasaje. Todo cuanto hacen es vago, difuso, o se presenta en fragmentos, en detalles dislocados que jamás superan la yuxtaposición más inconsistente. Cada vez que empiezan algo se repite el no saber cómo proseguir. No suelen recordar al final del trayecto lo primero que querían hacer. Lo que es peor, pierden la conexión, el registro de la conexión en que se va estableciendo una secuencia. En todos los tópicos de su aprendizaje, la máxima dificultad está ligada a tener que hilvanar o concatenar sucesos que para el niño se hallan siempre desarticulados.

Lagunas en la percepción, lagunas en el propósito y en el conocimiento. Sami-Ali ha insistido en la relación necesaria entre estas lagunas y la forma negativa en la que el sujeto se define. Recordemos que, sin rostro, el niño tiene primero el rostro de la madre. Justamente del hecho de estar en el otro y no en sí mismo deriva el que aun no sea capaz de pensamiento abstracto.

Pero hemos de incluir ahora un rodeo más para analizar las deficiencias en *la permanencia del objeto* y la dificultad para sostener una genuina *función de síntesis*, características de esta problemática.

Volvamos a tal efecto al juego del carretel, y a una de sus variantes, al momento en que el niño juega a las escondidas frente al espejo. Es aquí cuando el objeto perdido se vuelve a reencontrar en la imagen reflejada. Profundizando la dirección abierta por Lacan, Winnicott y Dolto, y siguiendo de cerca la inflexión trazada por Sami-Ali, hemos llegado a considerar que el espejo, lejos de ser un punto de partida, es el complejo resultado de las identificaciones precoces del niño con su madre. El pasaje por el cuerpo propio es uno de los trabajos simbólicos más significativos desde la pérdida del cuerpo materno hasta su recuperación transfigurada en el plano imaginario, con toda la fascinación que ejerce el espejo sobre el niño y que deriva de que la imagen suple un término que no está presente en ese momento en la realidad. Al desdoblarse por medio de la imagen especular que lo sitúa a la vez aquí y allá, como un objeto mágico virtualmente *presente y no presente*, (Derrida J., 1961) el cuerpo propio se define por ese vacío que se esfuerza en llenar, e, insistimos, toda la fascinación que ejerce el espejo sobre el niño es derivable de que la imagen funciona como un verdadero *suplemento* en relación con la realidad. El objeto materno es identificado entonces con el cuerpo propio, que ahora el niño puede escamotear y hacer surgir alternativamente ante sí. El niño acaba por dominarlo, así como domina su motricidad en términos generales. El discernimiento entre cuerpo ajeno e imagen del objeto surge en la tentativa de elaborar la contradicción entre el anhelo y la percepción, contradicción consistente en que el otro está presente como doble, pese a su *no presencia* [Enfatizo, como lo vengo haciendo desde hace tiempo, (Rodulfo M.P. 1992, 1995, 2005, y Rodulfo R. 2004) la importancia de la distinción entre “*no presencia*” y “*ausencia*” ya que la oposición frente a la categoría de la presencia si nos remite a la ausencia, nos conducirá a una problemática muy diferente en la estructuración subjetiva, que si la misma nos remite a la no presencia]

Hemos de señalar que la emergencia del doble es característica en niños afectados por un trastorno narcisista no psicótico, siendo la resolución de esta contradicción uno de los temas duros a elaborar en el trabajo del análisis.

La necesidad de conciliar entre presencia en la memoria y no presencia perceptual es el factor que exige diferenciar entre la imagen reflejada en el espejo y el propio cuerpo. Esta diferenciación llega a un punto de resolución final por el anudamiento que se ejerce en el momento de la identificación con el nombre (punto bien señalado por Maldivsky). Identificación ésta (Bebé Ooo), que a la vez se anuncia a la madre como una nueva hazaña en el momento de hacerse desaparecer frente al espejo. A esta altura, el niño debe realizar un proceso de *integración* o de *síntesis* de diversas características temporales y afectivas. Los juegos en torno a ocultar el rostro para volver a exhibirlo, ante su alegría, tienden a posibilitar la maduración del discernimiento de que la alternancia, presencia y no presencia visual, deriva de la motricidad de un acto. A partir de aquí, el objeto alcanza la *permanencia* a la vez fantaseada y perceptiva. Fantaseada, porque el cuerpo, tomando el relevo del objeto no presente, le restituye, a través de la imagen que hace aparecer en el espejo, una existencia temporal y espacial cuasi real. En efecto, cuando el niño juega tanto con la presencia como con la no presencia, hace vivir al objeto “aquí” y “ahora”, más allá de estas dos modalidades igualmente contingentes. El objeto adquiere una forma de autonomía compuesta de perfiles sucesivos que lo sustrae de la situación inicial en la que puede no estar presente, pero a la vez queda ligado a la actividad motriz del propio cuerpo.

En cuanto a la problemática de la permanencia *perceptiva*, el juego del arrojar termina con la irrupción de la madre dentro del campo visual del niño. Y puesto que una vez allí la madre puede volver a partir; la constitución del objeto debe proseguir en su presencia. Se asiste entonces a una inversión imprevista: la madre presente debe ser aprehendida como la que podría no estar allí. El niño lo demuestra cuando en su presencia juega a partir, recreando la imagen de la madre no presente. Puntualicemos ahora el término final de esta actividad lúdica. Más allá de la permanencia del objeto, el niño procura captar la figura materna integrando lo percibido y lo imaginado a partir de una síntesis espontánea en que los aspectos positivos y negativos que corresponden a la presencia y a la no presencia se unen al fin. Dicha síntesis, subyacente en el espejo, constituye el común denominador de la *imagen especular* y del *cuerpo real*, y en tal condición permite al niño reconocerse en ese otro que le devuelve el espejo.

El atravesamiento por el juego del arrojar, en su triple aspecto *sensorial, motor y del nombre propio*, permite alcanzar la posición del objeto como idéntico a sí mismo desde un doble punto de vista: 1) la madre es aprehendida como un objeto real que encierra la posibilidad de su no presencia, 2) y, por otra parte, aun si llega a desaparecer, no dejará de poseer la constancia propia de lo imaginario. Sólo posteriormente este juego se vuelve eficaz para producir otro desenlace psíquico: la *permanencia o constancia objetal*. Para el niño, el cuerpo era indiscernible de su contacto visual, olfativo, táctil, con el cual existía un vínculo de contigüidad; en cambio, ahora el cuerpo o alguna de sus partes coincide con la palabra que lo nombra, y que puede ser proferida por el niño mismo. Además, es dable señalar que esta articulación entre erogeneidad y nominación promueve otro efecto que es la producción del cuerpo como objeto; visto como otro, externo. La producción del propio cuerpo objeto visible gracias a la palabra y a la emergencia de los rasgos diferenciados entre el niño y el prójimo deriva en última instancia del uso del nombre. De esta producción psíquica de los rasgos vía la nominación deriva un resultado: la identificación con la propia imagen visual surgida de la *identificación con el propio nombre* y, en consecuencia, una *desidentificación* con respecto a la imagen del rostro materno.

La descripción hecha por Freud del juego de su pequeño nieto nos permite precisar que uno de sus aspectos fundamentales, que produce una intermitente presencia y no presencia visual de su imagen reflejada, lo constituye la posibilidad de proferir un nombre para sí "Bebé Ooo". Lo mismo que el rostro, el nombre sólo existe al comienzo desde el punto de vista del otro. Recordemos que el niño que antes decía "Ooo" en el momento de arrojar, luego relata a su madre el propio juego diciendo "Bebé Ooo". La identificación con su propia imagen, con sus rasgos visuales, queda anclada de una forma novedosa al articularse la identificación con el nombre y la posibilidad de proferirlo, partiendo de la voz de la madre.

Quizá el mayor cambio operado en este punto lo constituya el hecho de suplementar la motricidad por la palabra. En este momento, el valor de la palabra tiene que ser entendido de acuerdo con dos de sus notas: su carácter opositivo y la formación de melodías, que luego se manifiestan en el montaje de las frases.

Los aspectos perceptivos e imaginarios forman así un todo capaz de asegurar el dominio sobre los objetos, estableciéndolos como idénticos a pesar de su existencia lacunar. Asimismo, el cuerpo propio da al niño la

posibilidad de aprehender el objeto materno como alteridad y a la vez, a través del objeto, se reconoce como estructura corporal inacabada. Hemos de puntualizar que esta primera síntesis objetal, tiene valor de prototipo en la medida que posibilita la emergencia de la función de síntesis, en la economía de la tópica psíquica. Los fallos en esta función están en la base de problemáticas de aprendizaje y/o conducta y es preciso su conocimiento y detección al momento del establecimiento de un diagnóstico diferencial.

Los temas de los que me he venido ocupando a lo largo de este artículo, requieren del trabajo de investigación en las distintas disciplinas que dan cuenta de una subjetividad, en una dirección muy diferente a como se ha venido operando en la creciente *masificación del diagnóstico* del ADD/ADHD. En mi propia práctica clínica no encontré una respuesta única, ni tampoco simple. En realidad podrían existir tantas respuestas como niños afectados por problemáticas similares pero *mal diagnosticados* y *mal tratados*, (no solo en la dimensión de “tratamiento terapéutico” erróneo, sino más específica en la acepción de “echar a perder”, lo que en el campo de la salud se designa como *iatrogenia*). Mientras tanto, no suscribamos una solución engañosamente fácil en la que el único beneficiario real sea la industria farmacéutica.

**Bibliografía:**

- Armstrong, Thomas, Ph.D.: *The Myth of the A.D.D. Child.*  
Dutton, 1995.  
*Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad ADD / ADHD.* Paidos, 2001
- Benasayag L., Larguía M. y Koremblit E.: Revista: Obstetricia y Ginecología Latinoamericana. Julio-Agosto 1984. (Pág. 254-264).
- Breeding, John, Ph.D.: *The Wildest Colts Make the Best Horses: the truth about Ritalin, ADHD and other disruptive behavior disorders* Bright Books, Inc., 1996.
- Breggin, Peter R., M.D.: *Talking Back to Ritalin*  
Common Courage Press, 1998
- Corea, C. y Lewcowitz, I.: *¿Se acabo la Infancia?* Ed. Lumen Bs.As.2000
- Derrida, J: *“L’Ecriture et la difference”*. Paris. Editions du Senil. 1961.
- Diatkine R. y Simon, J.: *“La psychanalise precoce”*. Paris PUF. 1972
- Diccionario de la Lengua Española. Tomo II. Vigésima Primera edición.  
Ed. Escasa Calpe, 2002.
- Dolto, F. y Nasio, J.: *“El niño del espejo”* Ed. Gedisa. España 1997
- Freud, A.: *“El psicoanálisis infantil y la clínica”*. Ed. Paidos. Bs.As.1977
- Freud S.: *“Más allá del principio del placer”*. Obras Completas. Tomo 18  
Ammorortu Editores.
- Janin, B.: *“Niños desatentos e hiperactivos”*. Colección Conjunciones. 2004
- Lacan, J.: *“Escritos I. El estadio del espejo como formación de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”*. Ed. Siglo XXI, México, 1971.

- Maldavsky, D.: *“Estructuras narcisistas”*. Bs. As. Amorrortu 1986.
- Oaklander, Violet, Ph.D.: *“Windows to Our Children”* Gestalt Journal Press, 1988.
- Pichot, Pierre: *DSM-IV Breviario – Criterios diagnósticos* Masson, S.A., 1995.
- Roa Ruben: *“Selling sickness”*: How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients”. En Boletín de Fármacos- Nations Book .Julio de 2005.
- Rodulfo, M. P: *“El niño del dibujo”* Ed. Paidos. Bs.As. 1992  
*“La permanencia del objeto y la constitución de la función de síntesis del yo”* en Trastornos narcisistas no psicóticos (comp. Rodulfo R.). Paidós 1995  
*“Violencias de la interpretación: acerca de la iatrogenia en psicoterapia”*. Actualidad Psicológica N° 299 Bs. As. 2002  
*“La clínica del niño y su interior-Un estudio en detalle-”* Ed. Paidos.2005
- Rodulfo, R.: *“Trastornos narcisísticos no psicóticos”*. Ed.Paidos. Bs.As.1995  
*“El psicoanálisis de nuevo”*. Eudeba. Bs.As. 2004
- Rodulfo, M. P. y Rodulfo R.: *“Trastornos narcisísticos no psicóticos”* en Pagar de más. (comp. por Rodulfo, R.) Ediciones Nueva Visión 1986
- Sami-Ali: *“Cuerpo real, cuerpo imaginario”*. Ed. Paidos .1979.  
*“El espacio imaginario”*. Ed. Amorrortu.1976.
- Solter, Aletha, Ph.D.: *Tears and Tantrums: what to do when babies and children cry*. Shining Star Press, 1998.
- Winnicott, D.: *“El papel de espejo de la madre y de la familia en el desarrollo del niño”* en Realidad y juego. Ed. Gedisa. 1972