



TIEMPOS MARCADOS POR LA EXPULSIÓN: EL NIÑO “DÉBIL”

CRISTINA OYARZABAL

RESUMEN:

En las Escuelas de Educación Especial para discapacitados mentales *leves* y *moderados* junto a los niños con discapacidades mentales de etiología orgánica asiste otro número considerable que no padece patología alguna que justifique la discapacidad llamada mental. Es así, que generalmente se habla de *falsos débiles* frente a los *débiles verdaderos*. Los verdaderos serían los del primer grupo, los que presentan daño orgánico, mientras, que al segundo grupo pertenecerían aquellos a los que, generalmente, se los nomina como: *sociales*. Es frecuente escuchar a los docentes de las Escuelas de Educación Especial decir: *estos niños no son mentales, son sociales*.

¿Mantendremos esta dicotomía?

¿A qué llamamos *debilidad mental*?

¿Es necesario tener una discapacidad mental para ser *débil*? ¿Por qué hay niños retrasados *tontos* y otros *retrasados inteligentes*?

Obviamente, el retraso mental existe, sin embargo, intentaremos redefinir la llamada *debilidad mental*.

Palabras claves: Debilidad mental; débil; psicoanálisis; educación especial

TIMES MARKED BY THE

EXPULSION: THE CHILD "WEAK"

SUMMARY:

In Special Schools for the mentally disabled with mild to moderate, together with mentally handicapped children of organic etiology attend a substantial number who do not have a pathology that justifies calling them mentally disabled.

Thus, generally we speak of false weak against the real weak. The real would be the first group, those with organ damage, whereas, the second group belong those who, generally, they are nominated as social. It is common to hear teachers in Special Schools say these children are not mental, social.

Will we maintain this dichotomy?

What do we mean mental weakness?



Do I need a mental disability to be weak?
Why are there stupid retarded children
and other late smart " ?
Obviously, mental retardation exists,

however, we will try to redefine the one
call mental weakness.

Keywords: Mental weakness, weak,
psychoanalysis special education

Introducción

El concepto de debilidad mental se origina en la psiquiatría del siglo XIX .Esquirol clasifica los atrasos mentales en: *idiotas* (nivel más profundo, actualmente denominado oligofrenia); *imbéciles* y llega, por orden decreciente de gravedad a la *debilidad de espíritu*, forma más leve posteriormente conocida como debilidad mental.

Para arribar a estas categorías utiliza múltiples criterios tales como: la dismorfia (rasgos faciales); el estado del lenguaje, la insuficiencia del juicio, la incapacidad mnésica, la carencia de voluntad, etc.

Se trata de una concepción psiquiátrica de las deficiencias mentales.

El concepto de autismo salió de estas categorías tiempo después.

En 1911, Bleuler habló del autismo para definir una especie de esquizofrenia del adulto caracterizada por un repliegue sobre sí, una pérdida de contacto con la realidad.

En 1943, Kanner, retoma el concepto creando a su vez, el de *síndrome de autismo infantil precoz*. Esto relanza el interés por las patologías graves de la infancia, atribuidas, hasta entonces, a lesiones irreversibles del cerebro. Los logros obtenidos en la atención de estos niños genera nuevas expectativas de tratamiento.

En esta clasificación psiquiátrica, las lesiones cerebrales y la transmisión hereditaria aparecen como las causas fundamentales de las deficiencias mentales.



El riesgo de esta clasificación es que la deficiencia intelectual, incluso la de tipo leve, se asocia a alteraciones genéticas. Es así que, frecuentemente, se habla de *familias de débiles*. Esta *creencia* permanece oculta cuando, en las investigaciones sobre discapacidad mental, se califica de *falsos débiles* a aquellos cuya fisonomía no correspondería a la del *deficiente mental verdadero*, (sobreentendiendo al deficiente mental de nacimiento).

Esta clasificación se modifica con la aparición de los tests. En 1904, Binet y Simon publican: *Sobre la necesidad de establecer un diagnóstico científico de los estados inferiores de la inteligencia*. Más tarde, aparecen nuevas herramientas de evaluación: las *escalas métricas de la inteligencia*; que miden la *edad mental* que –posteriormente- se conocen con el nombre de *cociente de inteligencia* (CI)

¿Qué mide este CI? Medición que hizo y continúa haciendo estragos por lo arbitrario de su utilización.

El CI no es una medida de la inteligencia, sino una evaluación comparativa que informa si el niño está adelantado o retrasado respecto al niño medio. Evalúa, en un momento determinado adquisiciones y conductas adaptativas, sin embargo, éstas no son por sí mismas funciones de las adquisiciones intelectuales. Existen causas múltiples que pueden obstaculizar la eficiencia del aprendizaje que los tests no permiten que aparezcan los tests evalúan operaciones fundamentalmente escolares: escritura, lectura, cálculo, comprensión del lenguaje. Un mal resultado de un CI informa que el niño tiene un retardo en sus adquisiciones escolares en relación a la media de los niños de la misma edad, en una cultura dada.



Una falsa idea difundida es la de la constancia del cociente de inteligencia, no obstante, suele observarse que sus resultados mejoran, por ejemplo, cuando el niño tiene un tratamiento psicopedagógico o psicoterapéutico.

Una consecuencia lamentable en la supuesta estabilidad del CI es que conserva la creencia de que el déficit mental es constitucional, ligado al genotipo.

Sin embargo, nada avala esta continuidad entre el atraso mental de etiología orgánica y la discapacidad mental leve que se manifiesta en la situación escolar.

Las consideraciones previas no sostienen que el retardo mental no existe; por supuesto que existe pero, lo que queremos destacar –especialmente- es la diferencia entre discapacidad o retardo mental y aquello que el psicoanálisis denomina como *debilidad*.

Desarrollo

En nuestra labor clínica y/o educativa encontramos niños retrasados sin signos de organicidad comprobables. Se trata, por lo general, de niños clasificados como *débiles mentales leves*. Esta nomenclatura de *débil* mental le ha sido dada después de una consulta médica o de la reiteración de un fracaso escolar durante los primeros años de la escuela primaria.

Para definir el concepto de debilidad mental no nos alcanza con recurrir a la noción de discapacidad o déficit mental.

No se trata de diferenciar entre *verdadera* y *falsa* debilidad, como si hubiese dos tipos de deficiencia intelectual: una verdadera, constitucional, innata y otra falsa, una pseudo debilidad sino que queremos demostrar que hay muchos niños conducidos a la debilidad.

¿Por qué encontramos débiles mentales *tontos* y débiles mentales *inteligentes*?



Podríamos pensar la debilidad mental como un problema de inhibición ala que Freud, define como una limitación funcional del yo que - a su vez- puede tener causas muy diversas.

Dado que la inhibición está enlazada conceptualmente a la función, Freud indaga las diferentes funciones del yo a fin de investigar las formas en que se exterioriza su alteración a raíz de cada una de las perturbaciones neuróticas. Para ese estudio comparativo describe: la función sexual, la alimentación, el trabajo profesional y la locomoción.

En el sentido más amplio del término, la inhibición se encuentra en la dimensión del movimiento. Ese movimiento existe en toda función aunque no sea locomotriz. Al menos, existe metafóricamente.

Lacan define a la inhibición como un síntoma puesto en el museo.

La inhibición intelectual se presenta de diversos modos:

a. *La inhibición como síntoma neurótico; en Inhibición, síntoma y angustia*

Freud define las inhibiciones como limitaciones de las funciones yoicas, sea por precaución o como consecuencia de un empobrecimiento de energía.

Pueden deberse a diferentes causas; así, por ejemplo, el deseo de saber - pulsión epistemofílica- puede verse inhibido cuando el conocimiento hace peligrar el equilibrio del sujeto.

b. *La inhibición en las estructuras psicóticas no se liga a un mecanismo de rechazo sino a la forclusión. El sujeto no accede al orden simbólico debido a una falla estructural que dificulta su acceso al saber.*



- c. La inhibición puede quedar en un segundo plano cuando al sujeto le resulta imposible elaborar las estructuras simbólicas por *privación de significantes*. Son niños que pertenecen a un medio ambiente donde los intercambios verbales son pobres. En los casos en que esta falta de estimulación verbal sea cultural la comunicación puede darse por modalidades no verbales. Sin embargo, puede ocurrir que la limitación comunicativa sea efecto de carencias afectivas.

En ciertos medios desfavorecidos, al déficit cultural y afectivo se asocia, a menudo, un componente inhibitor. En algunas familias “asistidas” cuya supervivencia depende de la “buena voluntad” de un juez, de un asistente social, etc. el niño –seguramente- reproducirá lo vivenciado en su medio ambiente familiar y comunitario.

Estas situaciones dadas desde el nacimiento mismo, producen deficiencias intelectuales precoces que dan lugar a pensar en una *debilidad innata de las funciones intelectuales* ¿no se habla, acaso, de familias de débiles? Lamentablemente, niños desfavorecidos socio-culturalmente, niños con inhibiciones neuróticas o psicotizados constituyen gran parte de la población de las escuelas para discapacitados mentales leves y moderados.

El fracaso escolar

En las Escuelas de Educación Especial para discapacitados mentales *leves y moderados* observamos que la mayoría no tiene una etiología orgánica que justifique la discapacidad llamada mental.

Se trata de niños desnutridos, abusados, maltratados, niños que pueblan nuestras *villas*, expulsados de la escuela común, de las escuelas de recuperación para terminar



finalmente en las escuelas de educación especial para ser tratados por un déficit mental *inventado*, *creado* por una institución escolar expulsora, por un sistema que los margina.

Es cierto que estos niños *fracasan* en la escuela, que presentan dificultades en aprehender los contenidos pedagógicos que les son transmitidos.

El fracaso escolar es un tema complejo por la variabilidad de causas que intervienen: algunas asociadas a la estructura propia del sujeto, otras son eventuales. Los diferentes agentes del proceso educativo ofrecen soluciones para esta nueva “enfermedad” “*Es por culpa de...* el gobierno, la sociedad, las currículas escolares, la familia, los padres y... *es necesario...* revisar la pedagogía, aumentar las inversiones en educación, etc.

En las escuelas rurales, con clase única, no se conoce el fracaso escolar. Al no existir una separación marcada entre una clase y otra, cada niño puede marchar a su ritmo. Más libertad en el aprendizaje, menos presiones, favorecen la integración del niño al sistema escolar.

En nuestro ámbito, generalmente, los niños que *fracasan* en la escuela tendrán diferentes destinos acordes al medio socio-cultural del que provengan. De esta manera, los que pertenecen a la clase media o media-alta serán derivados al psicólogo, psicopedagogo, psicoanalista, psicomotricista, fonoaudiólogo, etc. según el área de comportamiento en la que se observe la mayor dificultad. Pero, hay otra gran cantidad de niños socialmente marginados que, expulsados de la escolaridad común pasan a integrar la población de las Escuelas de Educación Especial.

Haciendo un poco de historia podemos decir que el fracaso escolar hace su aparición con la creación de la institución escolar.



Las dificultades de alfabetización se originan cuando la escritura -de ser una profesión - pasa a constituir una obligación y la lectura marca un devenir desde el saber erudito hasta convertirse en lema de ciudadanía.

La problemática del aprendizaje, desde sus comienzos, es considerada desde la óptica del aprendizaje, no de la enseñanza.

El capitalismo -en pleno auge- necesita de una mano cada vez más calificada. El rígido encuadre de la fábrica y del ejército deviene paradigma de la organización escolar. Obediencia y uniformidad son sus características predominantes.

Hacia fines del siglo XIX, la consolidación capitalista necesita de la obligatoriedad de la enseñanza como estrategia política del estado.

El objetivo fundamental de la educación obligatoria es disciplinar a los niños de las clases populares quienes son vistos -desde la familia nuclear burguesa-, como inadaptados, charlatanes, violentos, al resistir la obligatoriedad escolar.

El intento de delimitar un campo, el de aquellos sujetos que no cumplen con los objetivos pedagógicos de la democratización de la enseñanza primaria, da lugar a la implementación de los primeros tests.

A partir del siglo XX surgen los *tests mentales*, que más tarde reciben el nombre de tests de inteligencia cuyo objetivo es detectar a los *anormales* (los que no entran en la norma) para derivarlos a Escuelas de Educación Especial (¿exclusión, segregación, rechazo?)

Estos tests se realizan en base a la estandarización del denominado: *modelo del niño normal*.



En la medida que la inteligencia puede pensarse como determinada y en tanto determinada, genéticamente heredable, es decir, medible, ahora tendrá una sede física, positivismo mediante, es decir, habrá encontrado su correlato sustancial.

Las instituciones normalizadoras de la modernidad se han sentido con derecho a decidir quién es inteligente y quién no lo es, recortándolo de cualquier práctica social instituyente de subjetividad.

Actualmente - por el imperio de las neurociencias-un alto porcentaje de niños son diagnosticados como ADDH (Déficit de Desorden en la Atención e Hiperactividad)

Asistimos a una multiplicidad de *diagnósticos* psicopatológicos y de terapéuticas que simplifican las causas de las alteraciones infantiles y responden con una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y por ende, de sus tratamientos. Esta concepción utiliza los avances de la neurociencia para derivar a un biologismo extremo que no valora la complejidad de los procesos subjetivos. Carentes de rigor científico se diagnostican y hasta se postulan nuevos cuadros a partir de observaciones arbitrarias y conceptos confusos.

Es el caso del llamado síndrome de *Déficit de atención con y sin hiperactividad* (ADD/ADDH).

Este tema no es nuevo sino que se describieron, hace ya más de cien años, cuadros que aunque nominados de otros modos, aluden a la misma fenomenología.

En 1901 algunos autores mencionan la *inestabilidad motriz* de ciertos niños que presentan fallas en la inhibición y en la atención, con manifestaciones emocionales exageradas.

Still (1902) hace referencia a un grupo de niños impulsivos con dificultades en mantener la atención por defecto del control moral.



Binet y Simon (1914) diferencian tres grupos en la administración de sus escalas: los que no aprenden por padecer déficits mentales; los desequilibrados o indisciplinados, con falta de atención, anormales en cuanto a su carácter y, un tercer grupo mixto, conformado por los que presentan ambas características.

En 1925, Wallon publica *El niño turbulento*.

Años más tarde, a aquellos niños que presentan un exceso de movilidad, se los designa como *hipequinéticos*

Otras denominaciones tales como *debilidad motriz*, *torpeza motriz* (1965), aluden a fallas en el esquema corporal, dificultades en la lateralidad, en la ejecución gráfica y en la disposición espacial de los números.

Estas clasificaciones, junto a otras, perduran en el tiempo; resultando, entonces, necesario unificar criterios.

Otras observaciones, sobre las que se va construyendo el concepto actual se relacionan con las secuelas que las lesiones cerebrales dejan en el desarrollo cognitivo, el comportamiento y la atención. Se desarrolla así el concepto de *síndrome conductual del daño cerebral*.

En 1947 los investigadores definen el *daño o lesión cerebral mínima* que se observa en alteraciones en el habla, dificultades en la dominancia de la lateralidad, retraso madurativo.

Los trastornos se evidencian en dificultades perceptivas, cognitivas y en la conducta emocional, en forma aislada o combinadas entre sí. Algunos autores no dudan del carácter orgánico cerebral producido en el niño antes, durante o después de su nacimiento.



Más adelante, este cuadro será nombrado como *Disfunción cerebral mínima*. El acento recae en las manifestaciones sutiles de las actividades corticales superiores; el compromiso es global, viéndose afectadas diferentes áreas que varían según los niños aunque siempre está comprometido el aprendizaje. Se plantea un trastorno del desarrollo como causa. El déficit atencional no constituye lo central del cuadro sino que es un síntoma.

En 1980, la confusión en las denominaciones lleva a la Academia Americana de Psiquiatría a precisar los conceptos en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM III) resultando, en ese momento, la nominación diagnóstica como Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad. Actualmente, con el DSM IV el término utilizado es TDAH, pero con un subtipo en el que predomina la inatención; otro con prevalencia de hiperactividad-impulsividad y, por último, un subtipo mixto.

Otros planteos son que los problemas relacionados con los síntomas deben darse, al menos en dos situaciones o contextos distintos, por ejemplo, en la casa y en la escuela. Por otra parte, el mismo manual, señala que durante la primera infancia es difícil diferenciar los síntomas producidos por un déficit de atención con la hiperactividad de ciertas conductas propias de la edad en niños activos.

Por su parte, el CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades, utilizado en Europa, establece el diagnóstico de Síndrome Hiperquinético; concepto más cercano al de Disfunción Cerebral Mínima.

Esta clasificación contempla las funciones cognitivas descuidadas por el DSM. Señala que la pérdida de la inhibición comportamental y del autocontrol determinan fallas en la



memoria verbal, en la memoria operativa no verbal, en la capacidad de analizar conductas, sintetizar otras nuevas y resolver situaciones problemáticas.

Este criterio propone abandonar el concepto de que el TDAH es principalmente un trastorno atencional para postular que, en realidad, se trata de una alteración en los circuitos cerebrales en los que se apoyan la inhibición y el autocontrol.

¿En qué se fundamenta este diagnóstico?

El proceso diagnóstico se procesa en entrevistas y escalas de estimación implementadas por padres y profesores, técnicas para la observación directa del comportamiento y la aplicación de instrumentos de evaluación centrados en el niño.

Para diagnosticar el ADD o el ADHD es necesario realizar comparaciones con procesos evolutivos, que los síntomas aparezcan en dos o más contextos y que no haya indicio de daño neurológico previo de un trastorno generalizado del desarrollo o de un trastorno psicótico.

Lo único que queda al margen del diagnóstico diferencial son las neurosis, es decir, el diagnóstico diferencial se establece por lesiones generalizadas que provocan trastornos del desarrollo y/o trastornos psicóticos pero no neuróticos. Esto se debe, evidentemente, a que el término neurosis ha sido suprimido del DSM IV, lo que implica toda una transformación diagnóstica hacia el lado de las conductas observadas y no de la clínica.

El tratamiento que se suele indicar es:

- medicación y
- modificación conductual.



Medicación: Desde 1950, las sustancias químicas irrumpen en el tratamiento de las enfermedades mentales. Vivimos en una época en la que la industria farmacológica asegura que la investigación junto a las nuevas drogas resolverán nuestros males.

Los estudios sobre el funcionamiento mental y cerebral han ido avanzando y ocupando espacios. Los avances en la farmacología y el abordaje cognitivo-conductual que prometen vías directas hacia la solución de las diversas problemáticas intentan invalidar el discurso psicoanalítico.

Puede definirse al sujeto freudiano como un sujeto libre, dotado de razón, pero cuya razón vacila en el interior de sí misma. Este sujeto está tan limitado por una determinación fisiológica, química o biológica como por un inconciente concebido en términos de singularidad.

Por su parte, el supuesto de la neurobiología es que todas las alteraciones psíquicas se vinculan con anomalías en el funcionamiento de las células nerviosas, y dado que existe ¿por qué no utilizar el medicamento correspondiente? No se advierte que detrás de esta argumentación se oculta un ideal de normalización.

En la línea de búsqueda de la *normalización*, los psicofármacos operan sobre los comportamientos inaceptables a la vez que suprimen los síntomas que denuncian el sufrimiento psíquico medicándose a los niños desde edades muy tempranas.

En los prospectos del medicamento se afirma que los efectos del mismo son a corto plazo. Los investigadores sostienen que el 26 % de los niños -a los 3 meses de administración de la medicación- presentan algunas mejorías. Sin embargo, en la mayoría de los niños hay que esperar 14 meses para que estos cambios se establezcan.



Curiosamente -podríamos decir- en edades tan tempranas, con la intervención psicológica en gran parte de los casos se obtienen transformaciones significativas.

La intervención psicofarmacológica en niños es un problema complejo. No obstante, los criterios para la administración de tal medicación no siempre reflejan esas complejidades.

El fuerte incremento del metilfenidato (cuyo nombre comercial más conocido es Ritalina) en niños que presentan problemas de conducta y aprendizaje es alarmante y aunque la droga no se recomienda a niños entre 2 y 4 años también se ha incrementado en esa franja de edad.

Las posiciones oscilan entre quienes niegan la existencia del síndrome y los que preconizan un biologismo extremo.

Un punto de partida ético deberá admitir que se trata de un campo de entrecruzamientos.

La infancia está en riesgo, al menos, por dos motivos: el primero, debido al consumo que altera los lazos que constituyen la infancia y el segundo, debido a la exclusión, que produce masivamente subjetividades desamparadas.

De este modo, los psicofármacos ya no son sólo herramientas para un alivio sintomático sino que se proponen como caminos más cortos para lograr la felicidad o el máximo rendimiento. Cuando el malestar de vivir se medicaliza se corre el riesgo de crear nuevos sufrimientos en lugar de hacer desaparecer a los ya existentes. La psicofarmacología, que nació con el propósito de devolverle a los locos su palabra y ponerlos a salvo de tratamientos abusivos e ineficaces, pierde parte de su prestigio al atrapar al sujeto en una nueva alienación.



En los últimos años no sólo vemos un avance cuantitativo de los psicofármacos sino también el avance de un lenguaje de los mismos corriéndose el riesgo de que la *verdad* de un sufrimiento se vea reducida tan sólo al nombre de un neurotransmisor ausente.

El mayor peligro es que la psicofarmacología permite a los médicos, especialmente a los clínicos, tratar de igual modo toda clase de afecciones sin tener en cuenta las diferentes etiologías. Así, cuadros tan disímiles como psicosis y neurosis se abordan de modo semejante sin tener en cuenta las causas, tratando sólo la manifestación sintomática.

Sin embargo, la gravedad de algunos cuadros nos enfrentan con inercias, estereotipias, inhibiciones o desbordes. En esas situaciones, a la luz de un diagnóstico diferencial en relación a la estructura psíquica, las indicaciones psicofarmacológicas combinadas con la clínica psicoanalítica pueden abrir nuevos caminos para el sujeto.

Modificación conductual: La evaluación consiste en 3 tipos de escalas.

- 1º. escalas específicas de hiperactividad
- 2º. escalas de evaluación situacional y
- 3º. listas generales de problemas.

Estas listas generales de problemas las responden padres y maestros como si fuesen observadores no implicados. Resulta una obviedad que todo observador está comprometido al formar parte de la observación. Los padres y los maestros nunca podrán ser objetivos ya que están absolutamente implicados en la problemática del niño



Además, el cuestionario está cargado de términos ambiguos, por ejemplo, lo que significa ser *inquieto* para algunos puede no serlo para otros. Es imposible realizar un diagnóstico correcto si no se consideran las producciones del niño en cuestión.

1°-Las escalas específicas de hiperactividad son muchas y diversas; podríamos sintetizarlas en la siguiente pregunta:

¿Su niño tiene ADDH?

La respuesta podría aplicarse, prácticamente a la mayoría de los niños.

Cualquier padre que tenga niños sanos sabe de la actividad inagotable de sus pequeños hijos.

Podemos resumir los criterios para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (según el DSM IV) en los siguientes items.

Si con frecuencia el niño:

- no presta atención o no finaliza sus tareas escolares o actividades lúdicas.
- presenta dificultades para organizar actividades
- se olvida de cosas, extravía objetos
- es desorganizado e inconstante en los pensamientos,
- habla excesivamente
- no puede permanecer sentado o no puede esperar que se respondan sus preguntas,
- manifiesta agresividad
- se muestra demasiado impulsivo, etc.



Si tiene estas manifestaciones padres y maestros estarían autorizados a pensar que ese niño sufre de ADDH.

Esta es una es una super síntesis de las escalas específicas de evaluación de desatención, hiperactividad /impulsividad. Es lo que se divulga casi masivamente; es la información con la que los padres llegan a la consulta.

¿A qué se llaman escalas de variación situacional?

Son escalas que miden o comparan diferentes situaciones. Se trata de situaciones físicas de un entorno; por ejemplo: cómo se comporta el niño en la escuela, en la casa, etc. preguntando básicamente lo mismo.

Esto se complementa con la escala de conductas para padres que consta de preguntas destinadas a evaluar la relación de la competencia social de los niños con el comportamiento de los padres.

Estas escalas, suelen registrar otros trastornos: disruptivos, oposicionistas, conductas antisociales, dificultades escolares, retraimiento, trastornos psicopatológicos, problemas de ansiedad, trastornos psicósomáticos, etc.

Uno de los mayores problemas para diagnosticar el ADDH radica en que los síntomas fundamentales se presentan con frecuencia en diferentes grupos diagnósticos, por lo tanto, no es posible afirmar, lo patognomónico de este síndrome por una causalidad particular.

Si el diagnóstico se hace exclusivamente en relación a síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad se corre el riesgo de incluir a un grupo de niños cuya patología es de otro orden.



Leer los síntomas desde distintos ángulos permitirá hacer un correcto diagnóstico y una adecuada orientación terapéutica. No se trata ni de obviar lo biológico que puede estar presente ni de sobrediagnosticar como sucede cuando el enfoque es totalmente organicista.

Seguramente, quienes investigan las dificultades conductuales que presentan algunos niños han percibido que cuando un niño tiene problemas, éstos aparecen, simultáneamente, en varias áreas, es decir, han advertido que cuando un niño tiene problemas le resulta mucho más difícil que a los adultos, sectorizarlos, delimitarlos a un área específica de su relación con los otros y con el medio.

Esta manifestación diversificada de la dificultad se atribuye a una unidad funcional de trastorno.

Sin embargo, algunos cuadros neurológicos, psiquiátricos y psicológicos pueden presentar una sintomatología semejante al síndrome de TDAH. De esta manera, pueden observarse conductas similares en casos de trastornos emocionales, alteraciones del lenguaje, hipoacusia, retardo mental leve, autismo, psicosis, cuadros genéticos específicos como el retardo mental por fragilidad del cromosoma X, cuadros tóxicos, etc.

¿Cómo puede contribuir el discurso psicoanalítico a esclarecer la conducta clínica a seguir?

Si nos atenemos sólo a lo fenomenológico, las conductas descriptas en este síndrome son totalmente ciertas. De hecho, nos encontramos con niños hiperactivos, con niños con problemas prácticos, de memoria, de aprendizaje, de lenguaje, etc. Sin embargo, esta fenomenología, generalmente, aparece en concordancia con problemas en el



establecimiento de lazos sociales, es decir, se trata de niños que tienen una dificultad para representarse en el campo de los otros.

¿Qué denuncia esta correlación, esta coincidencia de la dificultad con el campo social?

Denuncia, simplemente que en estos niños, la instancia del Otro está en cuestión, es decir, falla el modo en que el sujeto se representa en el Otro.

La pregunta que se nos impone es: ¿Será que las dificultades sociales aparecen como consecuencia del síndrome pre-existente? o ¿será que esa dificultad social es indicadora del punto central de la etiología de la problemática que padecen estos niños?

Ubicarse en una posición reduccionista y totalmente organicista tal como lo propone el positivismo es desconocer una clínica de 100 años de psicoanálisis que nos muestra la importancia primordial de las fallas o de la no constitución de la instancia del Otro. Cuando no se constituye la instancia del Otro o tiene sus fallas, el circuito pulsional tiende a achatarse sobre el propio cuerpo porque no hay circulación por el campo del discurso, por lo tanto la extensión simbólica se aplanan y las expresiones pulsionales a nivel del cuerpo se agigantan.

Por lo tanto, los síntomas que se suponen típicos del síndrome de ADDH aparecen en muchos otros cuadros como por ejemplo la agitación, la falla de memoria, la falla en la atención, la ritualización, la restricción de la circulación social, el aumento de la agresividad y la impulsividad.

Todas estas manifestaciones aparecen en cualquier cuadro neurótico sin adentrarnos a indagar en cuadros psicopatológicos más graves.

Buscar las causas de las perturbaciones psíquicas en la biología niega el valor estructurante de la subjetividad para la existencia del ser humano.



En el así denominado *trastorno por déficit atencional* no se trata, entonces de una entidad única sino que abarca diversas alteraciones por *déficit* en la estructuración subjetiva.

¿Cómo leer el déficit de atención desde una clínica psicoanalítica?

Podríamos afirmar que un déficit de atención es no saber a qué dirigir la percepción, en qué situar la percepción. Es no poder darle continuidad al percepto, es decir, no poder producir en el percepto un acto de nominación que le otorgue extensión simbólica. Si no tiene extensión simbólica es porque este objeto -al no pasar por el campo del Otro- carece de significación. Es por ello que el niño no persiste.

En los niños que presentan déficit atencional e hiperactividad es clínicamente comprobable cómo la extensión simbólica está reducida y achatada sobre la cosa

Este síndrome, a la luz de la neurosis, no entraña misterio alguno.

En tanto psicoanalistas, deberemos operar devolviendo a los niños al campo de la neurosis; o sea, reintegrar a la neurosis su estatuto psicopatológico.

Analizaremos, ahora, el concepto de *debilidad* desde la óptica psicoanalítica.

En la enseñanza de Lacan observamos un corte entre dos empleos del concepto de debilidad. Antes de 1969, comparte el sentido psiquiátrico del término *mental* que se establece clínicamente en relación a la denominada anorexia mental. Después de 1969, hace otro uso, define la *debilidad* como una relación con el saber inscripto en un discurso.

Algunos analistas lograron introducir al sujeto débil en el psicoanálisis. Maud Mannoni en *El niño retrasado y su madre* afirma que el modo del Uno particular del niño retardado es la de no hacer más que uno con el cuerpo de su madre; el deseo del uno confundándose con el del Otro.



En el Seminario XI: *Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis* Lacan le responde que lo que hace uno no es el cuerpo sino la holofrase de la lengua. En los años 50 Lacan se refiere a este término en un sentido semejante al lingüístico. Luego, la consideración de una lengua totalmente holofraseada pone fin a ese sentido. A partir de aquí el nuevo nombre de la holofrase será el Uno, el S1 solo. El Uno del débil no es el del psicótico. Se impone debido a lo imaginario. *Si el ser hablante se demuestra consagrado a la debilidad mental, esto se debe a lo imaginario.* Esta noción no tiene otro punto de partida más que la referencia al cuerpo. La *debilidad* empuja al parletre a pensar que el universo no es más que el reflejo de su propio cuerpo. El débil se aferra a ello. Se trata de un cuerpo como Uno, no fusionado con el de la madre, sino consigo mismo.

El sujeto es *débil* porque no puede leer entre líneas el fingimiento del otro.

A quien lee entre líneas, Lacan le opone el que flota entre dos discursos. Llama debilidad mental al hecho de que un ser hablante, no esté sólidamente instalado en un discurso. Es éste el valor del débil. No hay ninguna definición que pueda darse de él sino la de estar -lo que se llama- un poco al margen, es decir lo que flota entre dos discursos.

Conclusión

En síntesis: el *débil* no encuentra cómo representarse en el discurso. Ubicamos, entonces, la debilidad no como una estructura sino como un síntoma de la estructura; de esta manera, podemos pensar la debilidad en relación a la psicosis, a la histeria y a la neurosis obsesiva. No hace falta ser deficiente mental para que la relación con el discurso se vea empobrecida.

Sin embargo, con el deficiente mental ocurre que la palidez del grado de complejidad lógica en que los sistemas de oposición significativa pueden desplegarse, lo dejan a



merced de lo poco que acerca de él se enuncie. Las variantes de la representación de su deseo en el discurso se ven constreñidas, por lo tanto, a su deficiencia mental se añade la debilidad.

El discapacitado mental padece una restricción en el sistema de oposición lógica. Frente a esto, puede encontrarse con distintas versiones del Otro.

a- puede ser que ese otro suponga que lo favorece si adapta su enunciado a tal restricción. Le confirmará, de este modo, que deberá restringir la variabilidad de su representación en el discurso para que lo entiendan -pequeña inversión de la demanda del otro-

b- o en el otro extremo, el deficiente mental puede encontrarse con una versión del otro que desconsidere su restricción y lo escuche desde un lugar que el deficiente mental ni imagina.

Sin embargo, esto lo sabremos después de una tal escucha, nunca antes. Frente al deficiente mental, podemos observar, entonces, tres posiciones posibles:

1-Un deficiente mental que rechaza la debilidad bajo la forma de un delirio. (psicosis)

2-Un deficiente mental que aparece como débil en el discurso que lo representa

3-Un deficiente mental que ha dejado de ser débil.

¿Cuánto y hasta qué punto el deficiente mental podrá escaparse a su restricción originaria? Únicamente lo sabremos después de escucharlo a pesar de lo real que se le impone (si es que estamos dispuestos a correr la aventura).



Referencias

- Arias, M. (1988). "La escucha de lo indecible". En *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Assoun, P. (1988). *Cuerpo y síntoma*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Arzeno, E. (3 de marzo, 2005). *Los problemas de aprendizaje y el dispositivo escolar. El niño fracasado*. Periódico Página 12.
- Coriat, E. (1998). *Psicoanálisis y discapacidad mental*. Buenos Aires: Ed. de la Campana,
- Cordié, A. (2003). *Los retrasados no existen. Psicoanálisis de niños con fracaso escolar*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ,----- (1994). *Un niño psicótico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Coriat, L; Jerusalinsky, J. (1988). "Desarrollo y maduración". En *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fendrik, S. (2004). *Psicoanalistas de niños. La verdadera historia*. Buenos Aires: Letra Viva
- Flesler, A. (junio, 2006). "¿Déficit atencional?". En *Actualidad Psicológica, Año XXXI, N° 342*, Buenos Aires.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*. Argentina: Fondo de Cultura Económica,
- ,----- (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Freud, S. (1996). "Inhibición, síntoma y angustia". En *Obras Completas (Vol. XX)*. Buenos Aires: Amorrortu editores
- Fudín, M; Debenedetti, M; Eikel, M /otro. (1999). *El impacto de la Violencia*. Buenos Aires: Letra Viva, Buenos Aires



Goldemberg de Barca, I. (1991). "La debilidad mental". En *Niños en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.

Janin, B. (2005). *Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.

----- (junio, 2006). "Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones". En *Actualidad psicológica, Año XXXI, N° 342*. Buenos Aires.

Jerusalinsky, A. (1988). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión.

----- (1994). "Escritos de la Infancia". En *Publicación de F.E.P.I Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia. N° 4*. Buenos Aires: Ediciones FEPI.

Lacan, J. (1991). Seminario I "Los Escritos técnicos de Freud". Buenos Aires: Paidós.

----- (1991). Seminario XI. "Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis". Buenos Aires: Paidós.

----- (1985). *Escritos 2*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.

----- (1991). Seminario III. "Las Psicosis". Buenos Aires: Paidós.

Laurent, E. (1991). "El goce del débil". En *Niños en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.

Mannoni, M. (1990). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós

----- (1990). *La educación imposible*. México: Siglo XXI

Nachpitz C; Grimaldi, C. (septiembre, 2001). "Clasificaciones nosográficas de las enfermedades mentales". En *El Cisne, Año XII, N° 133*. Buenos Aires.



- Oyarzabal, C. (2004). *Torcer el destino. Niños Ciegos/ Discapacidades múltiples*. Buenos Aires: Letra Viva.
- (2001). "Violencia y discapacidad". En *El Cisne, Año XII, N° 134*. Buenos Aires.
- Sanz, M. (1991). "Una actualización del enfoque sobre el retraso mental". En *Educación Especial*. Madrid: Ed. Cincel Kapeluz.
- Tallis, J. (2005). "Neurología y trastorno por déficit de atención: Mitos y realidades". En *Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Vasen, J. (2006). "Fantasmas y pastillas: Una reflexión psicoanalítica". En *Imago Agenda, N° 76*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Waserman, M. (junio, 2006). "El objeto de la atención". En *Actualidad psicológica. Año XXXI, N° 342*. Buenos Aires.