



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

EL TDAH EN RETROSPECTIVA:
UNA TRAYECTORIA DE ENFERMEDAD DE LA INFANCIA A LA ADULTEZ

Tesis o AFE para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

JAVIERA JESÚS DÍAZ- VALDÉS IRIARTE

PROFESOR(A) GUÍA:

Esteban Radiszcz Sotomayor

PROFESOR(A) CO-GUÍA:

Marianella Abarzúa Cubillos

PROFESOR INFORMANTE:

Sebastián Claro Tagle

Santiago de Chile, 13 Julio 2018

**EL TDAH EN RETROSPECTIVA:
UNA TRAYECTORIA DE ENFERMEDAD DE LA INFANCIA A LA ADULTEZ**

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a quien, a través de su relato, hizo posible este trabajo. Gracias por la dedicación y el interés por compartir tu experiencia conmigo y animarte a recorrer lo que ha sido este camino.

A Marianella por su guía, enseñanza, apoyo y aliento para realizar este trabajo.

A Esteban Radiszcz, Sebastián Claro y Gabriel Abarca, por sus comentarios y sugerencias en la reflexión y escritura de esta de investigación.

A mi familia por su apoyo incondicional.

A Gonzalo por su amor y sostén en este proceso.

A mis amigos, compañeros y colegas por siempre mantener el interés por mis ideas y, desde todos sus frentes, contribuir de alguna manera en la realización de este escrito.

*“Las palabras son un plástico material
con el que puede emprenderse toda clase de cosas”*

Sigmund Freud, 1905b, p. 34.

RESUMEN

El Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) es el problema de salud mental infanto-juvenil de mayor prevalencia en Chile, estimándose que afecta a un 10,3% de dicha población. Teniendo en consideración problemáticas como esta, en el país se ha establecido que los trastornos psiquiátricos que tienen sus comienzos en la infancia y adolescencia deben ser abordados de forma prioritaria, debido al impacto que tienen en la sociedad y por la relación que ha podido establecerse entre estos y patologías presentes en la adultez. Considerando estas premisas, es posible pensar al TDAH como un trastorno que no desaparece terminada la infancia-adolescencia de los sujetos, sino que se constituye como una fuente de malestar que se mantiene hasta la vida adulta. A partir de esto, ha sido posible constatar que, en la actualidad, existe un creciente interés científico por validar esta patología como un diagnóstico susceptible de realizarse en la adultez.

A partir de la revisión de antecedentes en torno al TDAH y la adultez, fue posible constatar que los sujetos diagnosticados durante su vida adulta presentan interés por revisar su pasado y la experiencia asociada a este diagnóstico, aspecto descuidado en las investigaciones sobre TDAH, que tienden a focalizarse en momentos específicos de la vida (infancia o adultez). En consideración de este hallazgo, se propuso realizar una investigación que, trascendiendo a la linealidad temporal, permitiera comprender retrospectivamente las transformaciones subjetivas asociadas a este diagnóstico y los destinos que éste asume en la adultez. En orden de alcanzar estos objetivos, se decidió realizar un estudio cualitativo de caso único, basado en el enfoque biográfico. A través del uso de entrevistas narrativas, se reconstruyó la trayectoria de enfermedad de un adulto diagnosticado con TDAH durante su infancia. Para el análisis se usó el método narrativo, incluyéndose como soporte lo propuesto por el método indiciario (Ginzburg) y el psicoanálisis, en su vertiente freudiana-lacanian.

Dentro de los hallazgos de este estudio, se propone que el uso de las trayectorias de enfermedad es una herramienta útil y válida para aproximarse a la comprensión de la experiencia subjetiva en torno a un determinado diagnóstico, constatándose que éste puede asumir un valor biográfico relevante en el curso de la vida. Por otra parte, la complejización del método de análisis propuesto permitió situar la relevancia de incluir, en las concepciones psicopatológicas y terapéuticas en torno al TDAH, los procesos inconcientes asociados a la constitución del sujeto -como el proceso de estructuración subjetiva, las dinámicas de identificación y la dialéctica del deseo- y su interrelación con el campo social.

Palabras Clave: TDAH, trayectorias de enfermedad, transformaciones subjetivas, destinos del diagnóstico, campo social.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	12
3. OBJETIVOS.....	12
4. METODOLOGÍA.....	13
4.1 Procedimiento.....	19
5. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	22
5.1 Trayectorias de enfermedad.....	22
5.2 Antecedentes del TDAH.....	27
5.2.1 Recorrido histórico a través del DSM.....	27
5.2.2 Abordaje del TDAH en Chile: políticas de salud mental y educación.....	30
5.3 Discursos y prácticas asociados al TDAH.....	36
5.3.1 Perspectivas Neuropsiquiátricas.....	37
5.3.2 Perspectivas Críticas.....	38
5.3.3 Perspectiva Psicoanalítica.....	41
5.4 El proceso de estructuración subjetiva.....	50
5.5 El narcisismo, el yo y el superyó.....	52
5.6 Pulsión, destinos de pulsión y dos de sus tipos.....	54
5.7 La identificación, el deseo y el goce.....	61
6. RESULTADOS: “El TDAH en retrospectiva: una trayectoria de enfermedad de la infancia a la adultez”.....	68
6.1 La infancia: “Abrirse un camino”.....	68
6.2 La adolescencia: “Masticar el déficit”.....	71
6.3 La adultez: “Ser fit y exitoso”.....	77
6.4 La adultez: “El TDAH es una suma de cosas”.....	84
7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	90
8. CONCLUSIONES.....	103
9. REFERENCIAS.....	110
10. ANEXOS.....	118

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) se ha convertido en el problema de salud mental más prevalente en la infancia en Chile (De la Barra, Vicente, Saldavia y Melipillán, 2012), estimándose que afecta a un 10,3% de la población infanto juvenil (Vicente, Saldavia, De la Barra, Kohn, Pihan, Valdivia, Rioseco y Melipillán, 2012). Cifra que, si se compara con lo establecido por el DSM- IV TR (2001, en Artigas- Pallarés, 2003), duplica la prevalencia mundial calculada entre un 3 y un 5%.

A partir de antecedentes como éste, la Organización Mundial de la Salud (en Vicente, Kohn, Saldavia y Rioseco, 2007) establece que los trastornos psiquiátricos que tienen sus comienzos en la infancia y adolescencia deben ser abordados de forma prioritaria, debido al impacto que tienen en la sociedad y por la relación que ha podido establecerse entre estos y ciertos trastornos mentales presentes en la adultez, como la depresión, el consumo problemático de alcohol, entre otras (Burke, Burke, Regier y Rae, 1990; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas y Walters, 2005; Anseolaga y Valenzuela, 2014).

En el país, esta preocupación se ha materializado en el desarrollo e implementación de intervenciones diagnósticas y terapéuticas desde la escuela y los servicios de salud. Así, desde el sistema educacional se pretende asegurar la detección, diagnóstico y abordaje del TDAH desde los primeros años de escolaridad, por medio de su inclusión como parte de las necesidades educativas transitorias en los Programas de Integración Escolar (PIE) (Ministerio de Educación [MINEDUC], 2013).

Desde el sector salud, la alta prevalencia detectada ha llevado a que, desde la década de los 90', el TDAH se incluya como parte de los programas de salud mental infantil. Paulatinamente, desde el Ministerio de Salud (MINSAL) se han creado guías clínicas donde se establecen los lineamientos para el abordaje de este trastorno, desde el establecimiento del diagnóstico hasta la planificación del tratamiento. En este último punto destacan las intervenciones farmacológicas (principalmente psicoestimulantes, como el metilfenidato) y psicosociales (psicoeducación, intervenciones familiares, psicoterapia) (MINSAL, 2008). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, investigadores como Claro (2015, p. 35) sostienen que *“no se ha podido demostrar un efecto importante [de los tratamientos] en el funcionamiento social y no se ha demostrado que este efecto perdure en el tiempo”*.

Por lo tanto, desde un punto de vista epidemiológico el TDAH podría considerarse como un factor de riesgo para el desarrollo de otras psicopatologías, en ocasiones graves, lo que complejizaría el diagnóstico no sólo en niños y adolescentes, sino que también instala una alerta en el caso de los adultos (Quintero, Loro, Jiménez y García, 2015); donde se podría sospechar que la presencia de este trastorno y otros de mayor complejidad es una continuidad del diagnóstico infantil de TDAH o una consecuencia de no haber sido diagnosticados y tratados a tiempo, por lo que se produciría un detrimento de su salud mental.

Por ejemplo, Navarro (2010) sugiere que el 60% de los adultos diagnosticados con TDAH ya presentaba síntomas desde antes de los 6 años de vida y que 3 de cada 4 pacientes presenta comorbilidad con trastornos como Ansiedad Generalizada (25-50%),

Depresión Mayor, Trastorno Bipolar y Distimia (19-37%), Consumo de Alcohol (32.53%) y Consumo de Drogas (8-32%). A partir de lo señalado, es posible pensar al TDAH como un trastorno que, lejos de desaparecer terminada la infancia-adolescencia de los sujetos como se pensaba originalmente (Comstock, 2011), representa y puede asociarse a una serie de dificultades que continúan siendo una fuente de malestar para los sujetos.

Prestando atención a este problema, se ha movilizadoun creciente interés científico por validar esta patología como un diagnóstico posible de efectuarse en la adultez. De esta forma, Joffre-Velázquez, García-Maldonado y Joffre-Mora (2007) consideran que el TDAH tiene un carácter crónico, ya que es un trastorno que clínicamente no desaparece, sino que continúa manifestándose durante toda la vida. No obstante, observan que existe un gran escepticismo en el mundo científico, basado inicialmente en la creencia de que los síntomas disminuían con el paso de los años. Ante esto, plantean que revisiones actuales (Biederman y Faraone 2005; Barkley, Fischer, Smallish, Fletcher, 2000; Spencer, Biederman, Wilens, Faraone, 1998) podrían demostrar que el TDAH en adultos es un trastorno válido, que puede identificarse en forma confiable y que presenta una evolución previsible.

De esta manera, otras investigaciones centradas en el TDAH y la adultez proponen que los adultos diagnosticados poseen una baja autoestima, debido a los frecuentes comentarios negativos que recibieron respecto de sí mismos y sus capacidades desde su infancia (Cook, Knight, Hume y Qureshi, 2014). También se ha observado que presentan una percepción de desarrollo profesional y económico inferior en comparación con sus pares; tendrían problemas en el establecimiento de relaciones personales y sociales exitosas (Brod, Schmitt, Goodwin, Hodgkins, y Niebler, 2012) y, en su mayoría, han vivido experiencias de estigmatización social comparables a otros trastornos de salud mental más severos, como la depresión (Lebowitz, 2013).

A su vez, otro estudio que buscó conocer la experiencia cotidiana de sujetos adultos diagnosticados con TDAH propone que estos cuentan con estrategias específicas para lidiar con las dificultades que atribuyen al trastorno, estableciendo que el “caos” emerge como problema basal. Esto determinaría que los sujetos se sientan en una búsqueda de control constante que nunca se alcanza del todo, marcando su cotidianeidad con una recurrente sensación de control-descontrol sobre sí mismos y sus vidas (Toner, O’Donoghue y Houghton, 2006).

Siguiendo esta línea, otros autores (Hansson Halleröd, Anckarsäter, Rastam y Hansson Scherman, 2015) que han investigado la experiencia asociada a recibir el diagnóstico de TDAH en la adultez, establecen que los sujetos refieren una valoración positiva frente al haber sido diagnosticados y tratados (principalmente con fármacos), ya que esto les permitió dar explicaciones respecto de sí mismos y los ayudó a alcanzar una mejor calidad de vida. No obstante, los sujetos que participaron de esta investigación concluyen, casi en su mayoría, que el establecimiento del diagnóstico produjo preocupación y devaluación respecto de su identidad. Esta valoración negativa se debería a que, si bien el hecho de recibir el diagnóstico de TDAH calma al dar un sentido al malestar que experimentaban desde la infancia, éste tiene consecuencias desfavorables en la percepción que los sujetos tienen de sí mismos, al vincularse sus dificultades a un diagnóstico de salud mental.

Existen otras investigaciones relevantes para este estudio, como las realizadas por Young, Bramham, Gray y Rose (2007) quienes, de manera inesperada, encontraron que, además de las experiencias señaladas, entre los sujetos diagnosticados con TDAH existe un gran interés por revisar su pasado. A partir de esto, destacan su sensación de sentirse “diferentes” a los demás y el impacto emocional que les ha causado el recibir este diagnóstico.

Este punto es relevante, pues la reflexión sobre el pasado que los sujetos se ven impulsados a hacer, da cuenta de que la vivencia del TDAH no sólo implica a la vida adulta, sino que se expresa desde un tiempo anterior y que ellos mismos buscan situar. Así, y siguiendo las investigaciones revisadas, podemos ver que los sujetos parecen requerir de la construcción u obtención de explicaciones que les permitan dar un sentido al malestar que padecen, ya que este se asocia a diversas experiencias que influirían respecto de la vivencia de la enfermedad.

En este sentido, el concepto de trayectoria de enfermedad es útil para pensar fenómenos como el descrito, en cuanto busca comprender los efectos que tiene el proceso asociado a una enfermedad en la vida de los sujetos (Castillo, 2014). Así, la trayectoria de una enfermedad se puede comprender a partir de la metáfora tomada desde la física, donde un misil lanzado al aire puede modificar su trayectoria a raíz de una serie de fuerzas que intervienen (Weiner y Dood, 2001). Por tanto, lo que puede considerarse como el curso natural de una enfermedad es alterado por un interjuego de fuerzas médicas, sociales, políticas, económicas, biográficas y psicológicas. De este modo, una trayectoria de enfermedad puede concebirse como una historia que incluye los eventos pasados, presentes y futuros; es decir, desde el inicio de la enfermedad a cómo el sujeto los vive en el presente y cómo los ha de proyectar hacia el futuro (Lindgren, Burke, Hainsworth y Eakes, 2001). Esta noción, al ser multidimensional, da relevancia a los diversos factores que afectan al individuo (y a quienes lo rodean) en la vivencia misma de una enfermedad o discapacidad (Corbin y Bernstein, 2001).

Se puede considerar, entonces, que la experiencia asociada a una enfermedad mental es factible de ser expresada como una construcción discursiva, es decir, una actividad narrativa que, de acceder a ella, permitiría aproximarse a los efectos de subjetividad presentes en el relato (Castillo, 2014). Ahora bien, siguiendo a Bourdieu (1989), existen dificultades en la idea socialmente aceptada de que la vida es susceptible de ser transformada en un relato, porque esto sería suponer que es una historia; es decir, un camino que sigue una orientación lineal (de principio a fin), organizada en secuencias ordenadas e inteligibles.

De este modo, se produciría lo que el autor llama ilusión biográfica, ya que el relato autobiográfico se organizaría siempre como una ilusión, en el esfuerzo de otorgar una lógica retrospectiva y prospectiva de la experiencia. Así, propone “*producir una historia de vida, tratar la vida como una historia, es decir como el relato coherente de una secuencia signifiante y orientada de acontecimientos, es quizás sacrificarla a una ilusión retórica, a una representación común de la existencia*” (Bourdieu, 1989, p. 123). En este sacrificio, el relato de la propia historia conllevaría una búsqueda de sentido que se aproxima al modelo oficial, en donde se produce un determinismo situacional que tiene efectos en cómo y para quién se construye este relato, aumentando los inconvenientes o

censuras específicas que orientan el esfuerzo del sujeto por realizar la mejor representación de sí mismo (Bourdieu, 1989).

Teniendo en consideración lo mencionado, la ilusión biográfica se presenta como una barrera para la comprensión de la subjetividad, ya que se encontraría interferida por una serie de demandas y acuerdos sociales en torno a cómo se puede estructurar esta narración, lo que obligaría a los sujetos a modificar y sacrificar aspectos de sí que son cruciales a la hora de aproximarse a los aspectos más propios del ser.

Este punto de inflexión ha sido largamente estudiado por el psicoanálisis, de modo que las intelecciones que se han alcanzado se traducen en sus formulaciones teóricas y prácticas, a partir de su perspectiva metapsicológica. En este sentido, se propone que la actividad consciente es sólo una parte de lo que conforma al sujeto, ya que dentro de la vida anímica existen procesos que acontecen en lo que podemos llamar otra escena (Lacan, 1964).

De este modo, el ejercicio mismo de dar sentido a la experiencia para poder transmitirla como un relato, está mediado -como señala Freud- por los esfuerzos del yo ante los requerimientos del ello, el superyó y la realidad objetiva (Freud, 1940). No obstante, como propone en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900), en *Psicopatología de la vida cotidiana* (Freud, 1901) y a lo largo de toda su obra, existen manifestaciones que parecen desprovistas de sentido pero que, al someterlas a la indagación psicoanalítica, dan cuenta del determinismo de la vida anímica sobre los procesos psíquicos conscientes. Como señala Lacan: “Freud opone la revelación de que, a nivel del inconsciente, hay algo homólogo en todos sus puntos con lo que sucede a nivel del sujeto: eso habla y eso funciona de manera tan elaborada como a nivel de lo consciente, el cual pierde así lo que parecía privilegio suyo” (Lacan, 1964).

Entonces, si se entiende al sujeto como sujeto del inconsciente, el cual se estructura como un lenguaje, hay un encuentro con la causa y la ley del significante lo que permite situar una hiancia por medio de la cual se aparece el inconsciente como fenómeno; a través de lo que tropieza, lo que falla. Es, por tanto, la discontinuidad, la forma esencial en la que algo se manifiesta como vacilación (Lacan, 1964). Al establecer esto como causa y condición del sujeto, la subjetividad no sólo se alcanzaría a partir del relato consciente y dotado de sentido que se es capaz de hacer respecto de la propia experiencia sino que, por el contrario, esto remite a una pregunta por lo inconsciente.

A partir de lo anterior, la relevancia de este estudio radica en la posibilidad de retomar la palabra de los sujetos que hayan vivido el ser diagnosticados con TDAH en su infancia, ya que el relato que ellos pueden hacer respecto de esa experiencia contiene las marcas subjetivas que la misma ha dejado, permitiendo conocer en mayor profundidad cómo se vivió el diagnóstico y qué implicancias tiene en el devenir de la subjetividad. Por tanto, una ampliación del foco temporal de las investigaciones -desde la infancia a la adultez- puede entregar luces acerca de los efectos que tiene el diagnóstico de TDAH en la biografía de los sujetos, al retomar lo que éstos pueden decir, como adultos, respecto de su infancia hiperactiva y/o desatenta; considerando que actualmente existe un vacío en la literatura, ya que las investigaciones en torno a TDAH, en su mayoría, son de corte cuantitativo y con población infanto- juvenil.

De esta manera, la relevancia de este estudio es clínica ya que, al incorporar las trayectorias de enfermedad, se sitúa al diagnóstico como un acontecer biográfico que requiere ser investigado teniendo en consideración el carácter multidimensional de la enfermedad. Esto constituye un aporte, considerando que los hallazgos que se obtengan pueden ser insumos para el trabajo clínico en torno a este fenómeno. Asociado a lo anterior, se propone también una relevancia clínica a partir de la lógica de retroactividad señalada, la cual pone en relación el padecer del sujeto adulto y del niño, dando espacio a la dimensión intrapsíquica de este fenómeno a partir del entendimiento de la subjetividad no sólo en torno a los significados que el sujeto construye, sino que desde lo que puede ser desconocido para él. En este sentido, la indagación en esta relación podría generar aportes a las nociones psicopatológicas en torno al TDAH, contribuyendo a las conceptualizaciones actuales que en ocasiones omiten esta relación.

A su vez, de esto se desprende una relevancia metodológica a partir del trabajo en torno a la reconstrucción biográfica, que busca generar un espacio para entregar voz a quienes han quedado fuera de los debates actuales, desprendiéndose de su palabra y de sus experiencias aportes a las prácticas clínicas (tradicionales). En este sentido, es relevante también el trabajo en diálogo con otras disciplinas como la antropología y la sociología, en cuanto desde ellas se consideran elementos teóricos y metodológicos que permiten integrar aspectos individuales, sociales y culturales que quedan desplazados desde el modelo hegemónico, por medio de la medicalización del diagnóstico del TDAH.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Desde la problematización realizada surge la pregunta: *¿qué transformaciones subjetivas de la experiencia adulta tienen lugar a partir del diagnóstico de TDAH realizado en la infancia?*

3. OBJETIVOS

Para responder esta pregunta se han establecido los siguientes objetivos.

Objetivo General:

1. Reconstruir la trayectoria de enfermedad de un adulto diagnosticado con TDAH en su infancia.

Objetivos Específicos:

1. Identificar y explorar el momento del diagnóstico de TDAH en la infancia, desde la perspectiva del adulto, a partir de su consideración como un hecho biográfico.
2. Conocer y analizar las transformaciones subjetivas a partir del diagnóstico de TDAH, en la infancia y hasta la vida adulta.
3. Describir y analizar, en la vida adulta, los destinos del diagnóstico de TDAH realizado en la infancia.

4. METODOLOGÍA

Para la presente investigación se propuso utilizar una metodología de carácter descriptivo-comprensivo, la cual se inscribe en un paradigma cualitativo, considerando que este se caracteriza por: tener una visión holística; tener una aproximación comprensiva del comportamiento humano desde el propio marco de referencia; realizar observaciones naturalistas y sin control; buscar y reconocer subjetividades; asumir una realidad dinámica; orientarse a la exploración, inducción y descripción; y, en el caso de la psicología, facilita el diálogo con otras disciplinas como la sociología y la antropología (Krause, 1995).

Para el diseño del estudio se utilizó el enfoque biográfico, ya que este considera que los individuos están marcados por la acción de determinantes sociales y familiares y por el trabajo que ellos mismos realizan sobre su historia, para darle un sentido. Así, desde esta perspectiva, se piensa al sujeto como producto, productor y actor de su historia (Cornejo, 2006).

En este sentido, Cornejo (2006) destaca el valor de este tipo de enfoque en las ciencias sociales, a partir de la separación que permite hacer del ideal cientificista experimental por el trabajo de investigación inductivo y exploratorio, ya que considera la significación de la experiencia vivida, buscando una aproximación comprensiva. Lo anterior se vuelve oportuno para la investigación aquí propuesta, en cuanto se busca ampliar las nociones en torno al TDAH derivadas de las investigaciones experimentales-cuantitativas, privilegiando el uso de enfoques que valoren la experiencia individual y su entrecruzamiento con lo sociocultural.

Además, es importante mencionar que el enfoque biográfico ha sido considerado desde la sociología, ya que sus fundamentos y propuesta metodológica pueden ser de gran rendimiento para la psicología, debido a que permite la articulación entre lo sociohistórico y lo individual, dejando al narrador libertad para seleccionar lo que le parezca relevante decir de su historia en el proceso de construcción de su relato de vida (Vargas, 2002, en Cornejo, 2006).

Por otra parte, como menciona Correa (1999), la elección del enfoque biográfico se origina y sostiene en la propia historia del investigador, situación también presente en este estudio, en la medida que el interés por indagar respecto de la trayectoria de adultos diagnosticados con TDAH en su infancia surge desde la práctica clínica inscrita en un centro de salud pública, donde cotidianamente se hace presente la interrogante en torno a qué efectos tendrá este diagnóstico con posterioridad en la vida de los sujetos.

Como técnica de recolección de datos se utilizó el relato de vida que, como señala Bertaux (1980), puede ser verbal o escrito, y comprende la historia de una vida tal como la persona la cuenta. En este sentido, se consideró atinente el uso de la entrevista narrativa, en cuanto esta comprende un relato en primera persona que busca rescatar las experiencias del entrevistado respecto a un momento o aspecto de su vida (Abarzúa, 2010).

La entrevista narrativa, como la describe Flick (2004), es adecuada para este tipo de investigaciones ya que considera al entrevistado como un experto y teórico de sí mismo. Como señala Schütze (1976, en Flick, 2004), en la narración retrospectiva de

experiencias los acontecimientos a los cuales hace referencia el narrador son valiosos en cuanto éste los experimenta como actor. Esta técnica proporciona datos que otras técnicas no pueden, debido a que la narración asume cierta independencia durante su relato, las personas saben y pueden presentar mucho más de su vida de lo que han integrado en sus teorías de sí mismos. También, porque se asume que existe una relación de analogía entre la presentación narrativa y la experiencia narrada.

Según Appel (2005), la entrevista autobiográfica narrativa se nutre de *“tres marcos teóricos: el Interaccionismo Simbólico, la Fenomenología Social y la Etnometodología”* (p.5). Mencionando brevemente estos marcos, como soporte de la elección de la técnica de producción del material, se puede decir que el Interaccionismo Simbólico -al considerar que la realidad social se desarrolla a partir de la interacción entre los miembros de la sociedad- destaca que ésta no es estática sino que produce una dinámica interactiva en la cual, con el transcurso de la actuación, se cambian las identidades de grupos sociales o de los individuos. Desde la Fenomenología Social se postula que la realidad social es construida por los miembros de la sociedad, por tanto se vuelve relevante la consideración por los mecanismos que intervienen en el cómo los individuos se apropian de las reglas y prácticas sociales. Finalmente, desde la Etnometodología se recogen elementos asociados al método y análisis de la entrevista autobiográfica narrativa, en cuanto ésta considera la microestructura de las conversaciones en el acto oral.

Este tipo de entrevista, de acuerdo con lo señalado por Flick (2004), se caracteriza por comenzar desde un relato improvisado sobre el tema de estudio -que en este caso es el diagnóstico de TDAH realizado en la infancia y su devenir hasta la adultez- buscando que éste sea coherente y estructurado (inicio-desarrollo-final). Se estructura en tres tiempos, el primero parte por la “pregunta generadora de narración” y es no-directivo, ya que el investigador escucha sin intervenir el relato del sujeto entrevistado. En el segundo momento se realizan “preguntas de narración”, para desarrollar en mayor detalle posibles interrogantes en torno al relato. Finalmente, el tercer momento comprende una “fase de balance”, en donde el entrevistado produce explicaciones teóricas encontrando posiblemente un denominador común a su relato. Por tanto, la orientación primaria es proporcionar al entrevistado libertad para contar su historia (sin restricción de tiempo) y las intervenciones concretas, estructurantes o de profundización temática se posponen hasta su parte final, en la que el entrevistador puede examinar temas introducidos antes y hacer preguntas más directas.

La pregunta generadora de narración se formula de manera amplia, pero lo suficientemente específica para que el dominio de experiencia interesante se adopte como tema central. Es necesario asegurarse de que la pregunta generadora de narración efectivamente lo sea y así evitar interrumpir u obstruir el relato, para favorecer la calidad de los datos. El estadio final lo indica una “coda” como “eso es todo lo que tengo que decir”. Esto permite pasar a la fase siguiente, donde se profundiza sobre fragmentos del relato que no se hayan abordado o que no hayan quedado claros con la pregunta generadora. Del mismo modo, la segunda y tercera fase de estas entrevistas permite abordar una de las limitaciones de este método, en tanto se debe considerar que no todos

los entrevistados son capaces de ofrecer presentaciones narrativas de sus vidas, por lo que las preguntas complementarias pueden ayudarlos a realizarlas (Flick, 2004).

Este tipo de entrevistas es útil para las investigaciones en el campo de la psicología (y otras disciplinas), ya que proporciona una solución al dilema entre la libertad para desplegar puntos de vista subjetivos y la dirección y limitación de la temática de lo que se menciona. Sin embargo, se considera como una de sus limitaciones que en las entrevistas para cada caso serían como “la historia de” y no un estado o rutina siempre recurrente (Flick, 2004).

Para el análisis del material se utilizará el método narrativo, el cual retoma los relatos de un sujeto, valorando la perspectiva del participante (Abarzúa, 2010). En este sentido, el análisis narrativo se dirige al contenido y a la forma en que se construye el relato, considerando el contexto en que se sitúa el mismo. Dicho método es pertinente a la investigación propuesta, ya que parte de sus mayores rendimientos se encuentran en el estudio de eventos que resultan disruptivos y/o que alteran la biografía (Capella, 2009, en Abarzúa, 2010).

Siguiendo a Castillo (2014), este análisis consiste en buscar segmentos de los relatos que son relevantes para comprender la construcción de la subjetividad de los sujetos hablantes, teniendo presente las diferentes posiciones discursivas que utilizan para construir sus relatos y para introducir objetos y personajes a este.

De acuerdo con lo establecido previamente, desde el marco metodológico se presentan vicisitudes para la comprensión de la subjetividad. Teniendo en consideración lo señalado respecto de la ilusión biográfica y la consecuente búsqueda de sentido que el sujeto realiza en el esfuerzo de narrar su historia -aspecto también presente las entrevistas narrativas, donde es valorado que el relato sea estructurado y con sentido- se encuentra un problema hermenéutico asociado a la búsqueda de sentido. Dado esto, se ha decidido complejizar la metodología propuesta, ya que las trayectorias de enfermedad, por sí mismas, no serían capaces de dar enteramente cuenta de la subjetividad o sus procesos de transformación.

Como señala Aulagnier (1991, p. 443), *“las relaciones causales que el sujeto tejerá entre ese tiempo que vive, el futuro que anticipa y ese pasado, serán en gran parte ilusorias, conformes a su manera de construir o, por decirlo mejor, de reconstruir en conformidad con el presente que vive, ese pasado perdido”*. Para esta autora, el sujeto construiría (de manera inconciente) un *“fondo de memoria”*, que se caracteriza por ser una fuente que contiene los encuentros o acontecimientos que marcan la vida del sujeto, otorgando al yo un registro de identificaciones y capital fantasmático, el cual incidirá en qué representaciones puedan ser investidas y cuáles serán rechazadas. Esto supone que el tiempo de la infancia concluirá con la delimitación de lo singular, permitiendo que este tiempo perdido se transforme y continúe existiendo psíquicamente a través del discurso donde la infancia se establece como un antes, ligado al presente y que otorga una causa al ser, es decir, un futuro.

Esta particularidad del relato o discurso que el yo es capaz -y en ciertos casos no- de hacer, le permite sostener la idea de que la vida es susceptible de ser construida como una biografía, donde existe un orden temporal lineal (Abarzúa, 2013). Sin embargo, como

se mencionó anteriormente, esto posee un carácter ilusorio que es necesario para el sujeto, en tanto sostiene al yo; pero no necesariamente habla de la subjetividad, al entenderse esta como algo más allá del sentido que el sujeto construye sobre su experiencia.

Siguiendo esta línea, se ha incorporado como complemento metodológico lo propuesto por Ginzburg (1986) como paradigma indiciario y los elementos de la teoría psicoanalítica que dialogan con él, en tanto se puede retomar el valor heurístico del psicoanálisis, no sólo considerando su valor interpretativo por medio del desentrañamiento del sentido y su atención sobre el detalle, sino que también sobre lo que se ha dejado de lado y que hace síntoma en el campo de un determinado saber (Aceituno y Radiszcz, 2013).

Respecto del paradigma indiciario, es relevante mencionar que este se diferencia del positivista en cuanto este último da prioridad a lo repetible, medible, comunicable y generalizable (es decir lo cuantitativo) y el indiciario, por su parte, prioriza lo irreplicable, singular, original y sorprendente (por ende, lo cualitativo) (Ginzburg, 1986). Esto permite que su interés se vuelque hacia lo individual o el caso particular. De este modo, reuniendo a Morelli, Doyle y Freud, Ginzburg rescata el valor de lo desechado, de lo considerado irrelevante como una forma de investigación propia de las ciencias conjeturales; las cuales, por medio de huellas, indicios, síntomas y signos, descifran la realidad que habitualmente se presenta opaca (Padvalskis, 2010).

De acuerdo con Jiménez (2012), esta propuesta permite renovar los métodos tradicionales de investigación al dar voz a los que parecen no tenerla, al cambiar el estatuto de las pruebas y las formas de control y verificación de los resultados historiográficos. Como se mencionó, este método parte de la examinación de los detalles menos trascendentes de una pieza de arte (Morelli), de la ficción literaria en torno a la investigación de delitos a partir de indicios (Doyle en Sherlock Holmes) y por medio de la invención de un método interpretativo a partir de lo secundario, es decir, los datos marginales considerados reveladores (Freud) (Jiménez, 2012).

Por lo anterior, es posible establecer cierta correspondencia entre el psicoanálisis y el paradigma indiciario, ya que en ambos el interés por lo desechado se convierte en pieza central del análisis o investigación, lo que sería central para las ciencias conjeturales. Es sabido que Freud tenía conocimiento de la técnica desarrollada por Morelli y que no sólo compartía profesión con Doyle, por lo que (sin mayor dificultad) es posible encontrar desde los inicios del psicoanálisis una predilección y estrecha relación con lo indiciario (Gallo y Ramírez, 2012). Este diálogo y retroalimentación mutua son elementos que se han incorporado a la técnica del análisis, privilegiando el lugar de los indicios como un rastro, una pista, una marca que da cuenta de los procesos inconcientes asociados a las transformaciones subjetivas en el sujeto adulto a partir del diagnóstico de TDAH en su infancia; y también como un modo de rastrear los destinos de este diagnóstico, en cuanto se apuesta a que este método permite una comprensión de la subjetividad que va más allá de lo descriptivo y biográfico que, sin desmerecer su valor, también se considerará en el análisis, a través de la reconstrucción de la trayectoria.

Siguiendo a Schenquerman (1998), el paradigma indiciario es susceptible de considerarse un modo de aproximación al inconciente, no por traducción simultánea ni

por recurrencia a un código preestablecido de sentido, sino que a través del descubrimiento a partir de elementos fenoménicos que, traspuestos, permiten la aproximación a restos considerados marginales en el discurso. El autor destaca el valor de la atención flotante en este proceso, ya que plantea que los indicios, primeramente, pueden organizarse en unidades de significación atendiendo al discurso no como una unidad, sino que detectando los puntos de tensión. De este modo, un aspecto que pudo ser considerado irrelevante en un momento del análisis, posteriormente puede asumir relevancia a partir de su encadenamiento a otros fragmentos del discurso. Para este autor, el valor de lo indiciario radica en que a través es posible limitar el “furor interpretativo” y la búsqueda de sentido, que se presenta como un riesgo recurrente en la clínica o la investigación.

De esta manera, para emprender la tarea de reconstruir una trayectoria de enfermedad, es relevante comprender el carácter indicial que se le atribuye a algunos fragmentos, actos o palabras susceptibles de localizarse en el discurso en general, pero con mayor probabilidad en la narración retrospectiva y prospectiva de la experiencia asociada a una enfermedad.

Para esto, es necesario comenzar por cuestionar la intelección común que se hace de la capacidad de recordar. De este modo, un primer cuestionamiento que se quiere introducir y que se debe al trabajo freudiano (1899; 1901; 1905a) es la especificidad del olvido, el cual no se considera como una insuficiencia en la memoria, sino como el resultado de complejos procesos psíquicos por medio de los que se determina que podrá (o no) acceder a la conciencia. En palabras de Freud (1901, p. 50), *“el fracaso y descaminamiento de la función reproductora indica, mucho más a menudo de lo que conjeturaríamos, la injerencia de un factor partidista, de una tendencia, que favorece a un recuerdo en tanto se empeña en trabajar contra otro”*.

Freud (1899, en Sanhueza, 2017), en su trabajo *Sobre los recuerdos encubridores*, que existiría una naturalización del olvido, en la forma común en que se piensa la capacidad humana de recordar y narrar su propia historia. Sin embargo, este proceso no es azaroso sino que lo que se olvida se debe a un intenso monto afectivo o carga libidinal que es sofocado en pos de mantener el equilibrio entre placer y displacer dentro del aparato psíquico.

Por medio del esclarecimiento de la función de pantalla de algunos recuerdos que se presentan con un hiperrelieve desproporcionado a la relevancia que se les atribuye, Freud (1899, en Sanhueza, 2017) elucida el papel de las fantasías producto del influjo de la sexualidad infantil en los recuerdos, estableciendo que este hiperrelieve no se debe al momento en que se produce el recuerdo sino que al momento en que son recordados, ya que por medio del desplazamiento o descentramiento que produce la intensidad del recuerdo se mantienen alejadas las mociones que intenta encubrir. De esta manera, el estatuto de los recuerdos de infancia no tiene valor a partir de la veracidad o posible corroboración de estos sino que, como señala Sanhueza (2017), paradójicamente en el falseamiento de los recuerdos es donde el sujeto se hace más presente que en cualquier otro sitio.

Como es sabido, las vivencias infantiles son la materia prima de lo que constituirá el psiquismo y la memoria pero, a pesar de su importancia, en la adultez sólo es posible

acceder a fragmentos o partes de estas vivencias, debido a la amnesia que opera sobre la posibilidad de recordarlas. De esta manera, la narración que el sujeto hace (sobre sus recuerdos) nunca coincide con el sujeto mismo, porque existe algo que escapa al relato: esto es la pulsión en su condición de real, la cual deja huellas que, como restos, permiten restituir lo olvidado (Sanhueza, 2017). Por tanto, la atención que se preste al relato no cobra valor sólo a partir de escenas o hechos biográficos que se logren reconfigurar, sino que también a partir de los indicios que parecen irrelevantes al sujeto pero que, gracias a la escucha analítica, dan cuenta de puntos de tensión donde es posible identificar fragmentos o restos que logran emerger a pesar de la amnesia que se despliega sobre ellos.

En un trabajo posterior (*Psicopatología de la vida cotidiana*), Freud (1901) continúa su interrogación sobre la memoria y el olvido, a través de diversos fenómenos que llamará operaciones o acciones fallidas, las cuales le permiten extrapolar fenómenos observados en las psiconeurosis al funcionamiento de la vida psíquica en general y, por otra parte, reafirmar su hipótesis en torno al determinismo de la vida anímica en la actividad conciente. De este modo, Freud (1901) define a estas operaciones fallidas como perturbaciones momentáneas y pasajeras ante las cuales no se registra motivación alguna, y ante las que se tiende a atribuir desatención y causalidad. Dentro de ellas clasifica algunas formas de olvido y errores, los deslices en el habla, la escritura y la lectura, el trastocar las cosas confundido y las acciones casuales.

A diferencia de los recuerdos encubridores, estas operaciones no cuentan con un hiperrelieve sino que, a menos que se intente su análisis de manera deliberada, parecen carecer de significación. Sin embargo, por medio de una revisión exhaustiva de cada una de ellas, Freud (1901) concluye que son el indicio de que algo interfirió o perturbó la acción que se buscaba realizar, debido a tendencias que tienden a exteriorizarse y que son constreñidas por impulsos contrarios, debido al displacer que se les asocia.

Acerca del origen de los pensamientos y mociones que se expresan en las operaciones fallidas, Freud (1901) sitúa que estas provienen de la sofocación de mociones de la vida anímica (corrientes sexuales), ante las cuales cobra gran importancia la moral y las instancias anímicas superiores. Así, por ejemplo, propone que el olvido de acciones se debe a un antagonismo que se produce entre un deber convencional y una evaluación interna no confesada. Por lo que, dependiendo del vínculo que se establezca entre lo reprimido y su susceptibilidad de expresión conciente, dicha expresión se logra sólo de manera parasitaria o luego de importantes modificaciones. Al igual que en el trabajo del sueño, el carácter común en ambos mecanismos reside en que este tipo de fenómenos reconduce a un material psíquico que ha sido sofocado de manera parcial y que por esto es forzado a apartarse de la conciencia.

Lo señalado permite reforzar la idea de que la posibilidad de recordar no implica sólo una actividad conciente, sino que está mediada por procesos inconcientes que son los responsables de la accesibilidad de los recuerdos. Entonces, desde el punto de vista de la psicopatología de la vida cotidiana, se puede agregar a los recuerdos (infantiles) que las operaciones en ellos olvidadas no se hacen sin dejar huella sino que, al contrario, en ellas se aprecia el influjo de la sexualidad. Citando a Freud (1901, p. 51), "*intensos poderes de la vida posterior han modelado la capacidad de recordar las vivencias infantiles,*

probablemente los mismos poderes en virtud de los cuales todos nosotros hemos enajenado tanto de la posibilidad de inteligir nuestra niñez”.

Por lo tanto, en el estudio de la subjetividad es necesario rescatar -por medio de las trayectorias de enfermedad- otras formas de expresión de lo psíquico, que no necesariamente son parte de recuerdos. Una posibilidad se encuentra a través del análisis de los momentos en que se interrumpe o se corta el discurso, asumiendo valor indicial ese cortocircuito del sentido, por ejemplo, a través de los chistes, la risa y el humor. Como propone Freud (1905b) en *El Chiste y su relación con lo inconciente*, en lo cómico se abre otra posibilidad de encuentro con lo inconciente. El chiste, al compartir un mecanismo similar al de las operaciones fallidas, puede ser considerado como un indicio a través del cual es posible seguir el rastro de mociones reprimidas capaces de sortear barreras internas y externas al sujeto, por medio de la cancelación de la inhibición y sofocación de estas tendencias, produciéndose su descarga y su consecuente placer por medio de un ahorro en el gasto psíquico.

Otro punto que considerar en el carácter indicial de ciertos fragmentos del discurso que contribuirán al análisis propuesto, se relaciona al distingo que hace Freud (1937; 1939) entre verdad histórica vivencial y verdad material. En *Construcciones en el análisis* (1937), especifica que esta verdad histórica-vivencial tiene una fuente infantil, es decir, ella corresponde a la prehistoria olvidada del sujeto, la cual se encuentra a través de indicios o *“jirones de recuerdo, asociaciones y externalizaciones activas del analizado”* (p. 261). A partir de esto trabaja las semejanzas entre el psicoanálisis y la arqueología, destacando que en la última el trabajo se hace a partir de restos u objetos destruidos donde muchas veces algunas de sus partes, dado su carácter material, se pierden de manera irremediable; sin embargo, en el objeto psíquico esto es diferente, ya que se trata de algo todavía vivo, donde todo lo esencial se conserva, aunque parezca perdido u olvidado porque a pesar de que pueda ser inasequible al individuo -a menos que medie un análisis-, está presente en alguna parte.

Existiría entonces una diferencia fundamental entre la verdad material que correspondería al acontecer histórico objetivo, y la verdad histórico-vivencial, que refiere a lo originario reprimido y que es justamente lo que se aspira a localizar a través de los indicios señalados. Sobre esta diferencia y el encuentro y desencuentro inevitable entre ambas verdades es que la metodología empleada para este trabajo de investigación encuentra una de sus mayores riquezas e intersticios.

4.1 Procedimiento

Para la elección de participantes se realizó un muestreo selectivo, el cual buscó que el/los casos elegidos proporcionen la mayor riqueza de información posible en torno al fenómeno que se quiere estudiar. Por tanto, se utilizó un diseño propositivo, por medio de la técnica de “bola de nieve o cadena”, en donde se identificaron los posibles casos de interés a partir de un informante clave, quien puso en contacto al investigador con posibles candidatos (Martínez- Salgado, 2012). Para este estudio, el efecto de cadena comienza a generarse a partir del trabajo realizado por el Laboratorio Transdisciplinar de Prácticas Sociales y Subjetividad (LaPSoS), desde la investigación en curso: “Trayectorias

de malestar en niñas y niños diagnosticados con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH): Experiencia subjetiva y social de un malestar multiforme”, desde la cual se generó el contacto con informantes claves y posibles candidatos para este estudio, a partir de entrevistas individuales y grupos de discusión realizados en la investigación señalada.

Como criterios de selección, se consideró que el/los posibles entrevistados fueran adultos entre 25 y 45 años, que hayan sido diagnosticados con TDAH en su infancia y que, preferentemente no presentaran comorbilidad para otros trastornos de salud mental. Además, que contaran con el interés y disponibilidad para participar en la reconstrucción de su trayectoria de enfermedad, considerando los riesgos que puede tener el recuerdo y narración de sus experiencias pasadas.

Es necesario mencionar que se estableció este rango etario considerando que la confirmación diagnóstica habría tenido lugar a finales de la década de los 90’ y comienzos del 2000, lo que tiene relación con el periodo en que se produce la formalización del diagnóstico en el DSM IV y su consecuente expansión (Lange, Reichl, Lange, Tucha y Tucha, 2010). Además, porque es durante este periodo que en Chile se establecen las primeras guías clínicas y lineamientos terapéuticos, motivados por el aumento en la prevalencia del diagnóstico en el país (MINSAL, 1998).

Respecto al tamaño de la muestra, este tipo de muestreo propone una orientación para la búsqueda de los participantes, pero su incorporación se hace en forma paulatina, siguiendo la información que va surgiendo en el trabajo de campo. En este sentido, lo decisivo no es el tamaño de la muestra sino la riqueza de los datos aportados por los participantes y las habilidades del investigador (Martínez- Salgado, 2012), lo que se adapta bien al estudio de caso, pudiendo ser único o múltiple (Flick, 2004).

Siguiendo esto, se decidió realizar un estudio de caso único, considerando las posibilidades de realización de la investigación y la riqueza de los datos aportados por el caso trabajado. Resguardando la identidad del entrevistado, se puede mencionar que es un adulto de 27 años, que fue diagnosticado con TDAH alrededor de sus 10 años. Realizó su educación escolar y universitaria en instituciones privadas, así como su diagnóstico y tratamiento, que también se realizó en el sistema privado de salud.

Para realizar la metodología propuesta, se comenzó por contactar al caso elegido vía telefónica. A partir de este primer contacto, se informó al entrevistado de las características de la investigación propuesta y se acordó el lugar donde se realizarían las entrevistas. En el primer encuentro se procedió a leer y firmar el consentimiento informado¹, dando espacio para aclarar las preguntas e inquietudes del entrevistado.

Se realizaron 6 entrevistas, con una duración de 70 minutos (aproximadamente). El número de entrevistas realizado se encuentra sujeto a los criterios de saturación (Flick, 2004). Siguiendo los criterios previamente establecidos para las entrevistas narrativas, se comenzó por presentar al entrevistado la pregunta generadora de narración: *“Háblame sobre tu experiencia de haber sido diagnosticado con TDAH cuando eras niño/a y cómo esta experiencia ha ido cambiando a lo largo de tu vida. Es importante que trates de hablar libremente sobre todo lo que quieras decir, comentando lo que se te venga a la*

¹ Ver anexo 1

mente, aunque parezca irrelevante o que no se debe decir. Puedes detenerte en lo que consideres necesario”.

Posteriormente se recurrió a una pauta auxiliar de preguntas², a través de la cual se buscó profundizar en ciertos aspectos del relato pertinentes a la investigación, de acuerdo con lo consignado en la segunda fase de las entrevistas narrativas. En la fase final o de balance se buscó dar un espacio de “micrófono abierto” donde el entrevistado pudiera exponer sus impresiones asociadas al proceso de entrevista, complementando (si lo deseaba) algunos puntos de su relato que pudieran haberle parecido relevantes.

Es relevante mencionar que, si bien las entrevistas se basaron en las orientaciones propuestas por Flick (2004) para las entrevistas narrativas, se hicieron algunas modificaciones que permitieran subsanar lo ya señalado en torno a la búsqueda de sentido que representa la narración de la propia historia. Para esto se incluyó y alentó que el sujeto contara con la mayor libertad posible para realizar su relato, explicitándose la posibilidad de incorporar elementos que pudieran parecerle irrelevantes, asociaciones, recuerdos, etc.

Además, se dio espacio para que el relato se hiciera de manera fluida, permitiendo que este se construyera siguiendo la lógica temporal que el sujeto considerara pertinente, sin incentivar a la realización de un relato lineal. En este sentido, se buscó rescatar las similitudes de la entrevista narrativa con la entrevista abierta reduciéndose las intervenciones, instrucciones e interlocuciones, de modo de dar cabida a la asociación libre (propuesta por la teoría psicoanalítica), de modo de evitar asumir una posición informativa o restrictiva ante el relato.

Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas, para facilitar el análisis del material. Durante el proceso de transcripción se reemplazaron los nombres propios y algunos datos del entrevistado, buscando resguardar su confidencialidad. Las modificaciones introducidas apuntan mayormente a la forma y no al contenido, de modo de no alterar la riqueza del material.

A partir del texto establecido desde las entrevistas, se procedió a realizar el análisis del material, basándose en lo propuesto por el método narrativo, en lo que puede considerarse dos fases o momentos. La primera corresponde a la reconstrucción de la trayectoria de enfermedad, en donde se sitúan -de manera descriptiva y comprensiva- los principales eventos y coordenadas biográficas, desde el diagnóstico de TDAH realizado en la infancia hasta su expresión en la vida adulta. En la presentación de los resultados se decidió seguir una lógica temporal, buscando respetar la forma en que el entrevistado construyó su relato y como un modo de facilitar la presentación de la reconstrucción realizada.

Luego se dio paso a un segundo momento del análisis donde, a partir de lo propuesto por el método indiciario y la teoría psicoanalítica, se fueron seleccionando fragmentos del discurso que, siguiendo las claves mencionadas, permitieron dar cuenta de las transformaciones subjetivas acaecidas y los destinos de este diagnóstico infantil en la experiencia adulta.

² Ver anexo 2

5. ANTECEDENTES TEÓRICOS

5.1 Trayectorias de Enfermedad

A partir del objetivo propuesto para esta investigación, es relevante revisar las principales nociones en torno al concepto de trayectoria de enfermedad, así como sus implicancias teórico-prácticas. En la exploración bibliográfica fue posible constatar que el concepto de trayectoria es polisémico, a partir de las diversas disciplinas que lo utilizan, por lo que a continuación se expondrán algunas nociones en torno a este concepto; asumiendo que la revisión alcanzada de ninguna manera puede considerarse exhaustiva. Desde los diversos abordajes que aquí se busca introducir, se ha procurado establecer un marco mínimo que permita situar lo que se entenderá por trayectoria en esta investigación; intentando rescatar, de esta diversidad, los elementos que en mayor medida se ajusten a los requerimientos y posibilidades de esta.

Dentro de los antecedentes revisados, es posible identificar el problema de la dicotomía individuo/sociedad, la cual atraviesa la definición de subjetividad por medio de la priorización de uno u otro de estos constructos. De este modo, se observa que la noción de trayectoria varía a través de las consideraciones que los diversos campos disciplinares (medicina, sociología, antropología, entre otros) hacen de ella, junto con su relación con subcategorías como: de enfermedad, de vida, entre otras.

Teniendo presente esto, se ha decidido hacer una delimitación del concepto a partir de los trabajos desde el área de la salud, dado que en la investigación propuesta el TDAH es un eje central, buscando encontrar en ellos y en otras perspectivas dentro de las ciencias sociales aspectos que integren y releven al sujeto, la subjetividad y su interrelación con aspectos históricos y socioculturales.

Para comenzar, se puede identificar como pioneros en este campo los trabajos de Glaser y Strauss en 1960 (Corbin y Bernstein, 2001) que, asociados a la medicina y la enfermería, se centraron en comprender el concepto de muerte a partir de la vivencia de enfermedades crónicas. Así también puede situarse el trabajo de Goffman (1961), quien desarrolla la noción de carrera moral, a través de la cual busca comprender los cambios de acreditación y desacreditación sobre el sí mismo que experimenta un sujeto en un determinado contexto institucional (instituciones totales).

Posteriormente, se aprecia que las propuestas mencionadas fueron recogidas en la noción de trayectoria de enfermedad, término que no había sido usado previamente pero que se vislumbraba. De esta forma, es posible considerar a la trayectoria de enfermedad como una historia que incluye los eventos que remiten al comienzo de una enfermedad o discapacidad, lo que está sucediendo en el presente y lo que podría o no suceder en el futuro. Por tanto, la trayectoria es esencialmente un reservorio mental de sentimientos y experiencias de las personas involucradas en la enfermedad/discapacidad, a través del tiempo (Lindgren, et. al, 1992).

En este sentido, se observa que la noción de trayectoria de enfermedad se introduce como un esfuerzo por reconocer el curso multidimensional de una enfermedad, el cual afecta al individuo y a aquellos alrededor de éste, en todos los aspectos de su vida y no sólo en las implicancias médicas de una enfermedad o discapacidad, incluyéndose las

habilidades actuales y susceptibles de ser desarrolladas para lidiar con la enfermedad misma. Lo anterior difiere de las perspectivas que consideran a la enfermedad como un proceso unidimensional y que afecta sólo la fisiología del individuo enfermo; dando cabida a la consideración de aspectos sociales, culturales, políticos y psicológicos, entre otros. Por tanto, se postula que el curso de una enfermedad puede ser modelado y manejado, incluso si el pronóstico de esta no varía en absoluto, ya que a pesar de que los efectos sobre “el cuerpo” (en su sentido biológico) no experimenten cambios, el reconocimiento de otros factores presenten en el transcurso de una enfermedad permite ampliar el foco de las intervenciones terapéuticas (Robinson, Bevil, Arcangelo, Reifsnnyder, Rothman y Smeltzer, 1993).

Dado esto, es posible apreciar que las trayectorias de enfermedad han tenido sus mayores rendimientos en el campo de la salud, en cuanto permiten mejorar las intervenciones y abordajes de las enfermedades crónicas, al relevar el carácter multidimensional de estas. Por tanto, los trabajos luego desarrollados por Corbin y Strauss (1990, en Riemann y Schütze, 1991) son trascendentales en el campo de la medicina y la enfermería, ya que permitieron comprender con mayor profundidad las vivencias y experiencias de los pacientes con enfermedades y discapacidades crónicas, con el fin de orientar las prácticas clínicas. Sorteando la complicada relación que existe entre el desarrollo de una enfermedad y los diversos tipos de trabajo que se hacen para manejarla, la incorporación del término “trayectoria” permitió hacer un abordaje más comprensivo, dando luces de las posibles fases del proceso de enfermedad (Riemann y Schütze, 1991) por una parte y por otra, abriendo este campo a otras disciplinas como la antropología, sociología y psicología, desde donde se ha intentado integrar aspectos psicológicos, sociales y contextuales; estableciéndose nuevas formas de pensar una enfermedad y sus implicancias para los individuos que las padecen, en determinados momentos de la historia y la cultura.

Como señalan Wiener y Dodd (1993), el valor teórico de este concepto -a partir de lo propuesto por Corbin y Strauss (1988)- es que permite incorporar el contexto social de un determinado trabajo o tratamiento, así como las interacciones sociales que inciden sobre el mismo. El valor desprendido de esto se sitúa en que, al introducir una dimensión social y relacional a la evolución de una enfermedad, se pueden cuestionar ideas como las “formas de enfrentamiento de una enfermedad”, considerando que esto no es sólo un proceso individual sino que, al contrario, implica a todos los actores presentes, entendiéndose estos no sólo como los profesionales de la salud a cargo de las intervenciones o tratamientos, sino que también a los familiares y otros significativos que, desde esta perspectiva, también se consideran participantes activos.

Una vertiente de las trayectorias de enfermedad ha buscado destacar los aspectos biográficos asociados a una enfermedad o discapacidad, por sobre los mencionados, que se refieren más bien al proceso de enfermedad (o de tratamiento). En estas consideraciones se busca priorizar las experiencias individuales asociadas a un padecimiento, en su condición de acontecer biográfico, el cual se relaciona con lo público o social (los otros), pero requiere ser estudiado en sí mismo. En este sentido, autores como Riemann y Schütze (1991), critican los postulados de Goffman, al señalar que la noción de carrera, si bien busca integrar los aspectos personales y públicos, no capta

adecuadamente la interconexión de los procesos sociales y subjetivos. Por tanto, destacan los trabajos de Strauss, pero añadiendo que para la concepción de trayectoria sería beneficioso abordar los procesos de sufrimiento severo como fenómenos biográficos propiamente dichos, ya que estos procesos y su impacto en las diversas esferas de la vida de los sujetos no son concebibles sin suponer, tácitamente, que producen cambios en la biografía y la vida de los enfermos y quienes los rodean, al tratarse de fenómenos que inciden en la identidad que construyen los enfermos y sus familias.

Para Riemann y Schütze (1991), la centralidad de los procesos biográficos en las trayectorias reside en que estos son experiencias históricas, producidas en la interacción social y que son interpretadas o sedimentadas en el curso de esta interacción, por lo que inciden en las actitudes que los sujetos asumen ante otros grupos, el mundo y sí mismos. Estas actitudes se ordenarían de manera secuencial en las historias de vida, a la vez que dicho orden se establece por medio de patrones de expectativas institucionales (principios normativos de la biografía) y esquemas de acción biográfica extendidos (principio intencional), por lo que los procesos de trayectoria pueden perturbar o destruir el orden biográfico. Esto conllevaría a que el sujeto intente desplegar acciones orientadas a escapar de las dinámicas de la trayectoria, entre las cuales pueden darse los siguientes esquemas de acción: 1) Escape de la situación actual, en donde no se resuelve la trayectoria porque la persona se mantiene aferrada a las identificaciones de la trayectoria; 2) una organización sistemática de la vida para lidiar con la trayectoria, desde la cual pueden emerger nuevos procesos de acción biográfica y metamorfosis creativas, que son sostenidas por las redes establecidas y 3) la eliminación del potencial de la trayectoria por medio de la reorganización de la situación de vida, incluido el trabajo biográfico en el propio desarrollo personal.

Como es posible desprender de este enfoque, la consideración de las trayectorias de enfermedad como un conjunto de eventos biográficos, se apega a la linealidad o temporalidad de las fases de un proceso de enfermedad y de los arreglos posibles de efectuar, por parte del sujeto, para lidiar con la trayectoria. Estas concepciones, aunque buscan hacer un esfuerzo integrativo entre lo individual y lo social, terminan por descuidar este último al reducirlo o sustancializarlo, como si la trayectoria fuera algo que termina por imponérsele al sujeto -a través de las modificaciones biográficas- o algo sobre lo que el sujeto actúa.

Si bien es posible distinguir elementos útiles desde esta noción de trayectoria -ya que, para los fines de esta investigación, los elementos biográficos se consideran como uno de los tantos elementos que componen la experiencia asociada a una enfermedad, en tanto, la narración biográfica da soporte al yo-, probablemente las transformaciones subjetivas o los destinos que pueda alcanzar el diagnóstico de TDAH en la adultez no se deban sólo a estos elementos. Ante esto, se considera necesario complementar esta propuesta a través de otras vertientes de las trayectorias de enfermedad, donde los elementos biográficos sean valorados pero no exclusivos.

Una propuesta interesante es la realizada por Raikhel y Garriott (2013), quienes trabajan la noción de trayectoria en la investigación antropológica, asumiendo una postura crítica a la noción de movimiento espacial y de las personas en esta disciplina y a la noción de trayectorias de enfermedad desde la tradición señalada, a partir de

señalamientos metodológicos que contribuyen a delimitar lo que consideran como trayectorias de adicciones y la manera en que es posible investigar en esta materia. Definen entonces que la noción de trayectoria por ellos empleada apunta al *movimiento dirigido*, el cual implica las fuerzas y procesos sociales, psicológicos y biológicos que dan forma a esa direccionalidad. Por tanto, las trayectorias de adicciones pueden verse como trayectorias de experiencias que atraviesan lo biológico y lo social, lo médico y lo legal, lo cultural y lo político. Asumiendo que existe una deuda con los trabajos en torno a las trayectorias de enfermedad, proponen que es necesario hacer un paso desde este enfoque sincrónico -es decir centrado en los síntomas- a uno diacrónico, que tendría mayor consideración por los individuos y los cambios que experimentan a partir de la experiencia asociada a una enfermedad, sus experiencias individuales, el curso de la vida y los procesos ambientales.

De esta manera, Raikhel y Garriott (2013) sostienen que las trayectorias pueden ser temporales y espaciales (o ambas a la vez) y localizadas sobre dimensiones sociales e institucionales. Sin embargo, enfatizan que, si bien la temporalidad de la vida puede incorporarse, en el caso de las adicciones las trayectorias requieren ir más allá de este punto y los procesos asociados a la enfermedad. Sugieren, entonces, que en las trayectorias de las adicciones es posible incorporar elementos relativos al movimiento, temporalidad y cambio, así como también las fuerzas que estructuran procesos sociales y las posibilidades de las personas de tomar diferentes caminos dentro de ellos, ya que en este caso se traspasaría el orden temporal incorporándose el movimiento (como desplazamiento) de personas, sustancias, ideas, técnicas e instituciones a lo largo de las dimensiones espaciales, temporales, sociales y epistémicas; recogiendo además los factores culturales e institucionales presentes.

Dado esto, proponen tres tipos de trayectorias: Epistémicas, Terapéuticas y Experienciales y Experimentales. Brevemente, se puede señalar que las trayectorias epistémicas recogen lo propuesto por Hacking (2002, en Raikhel y Garriott, 2013) a partir de su concepto “historical ontology”, el cual permite incorporar cómo las adicciones se vuelven un objeto de estudio e investigación bajo condiciones particulares. A través de esto no se busca desconocer el carácter experiencial de una adicción, sino que profundizar en los conceptos y su evolución a través del tiempo y las instituciones, permitiéndose penetrar en los cambios que experimenta una categoría diagnóstica y cómo se va construyendo.

Las trayectorias terapéuticas, por su parte, se focalizan en comprender la interacción entre las prácticas discretas de regímenes terapéuticos específicos y las personas que participan de ellos, considerando que este proceso está mediado por fenómenos institucionales, políticos, de comunicación de masas, etc.; teniendo presente además el origen histórico e institucional de cada tratamiento, el cual determina las lógicas y tecnologías que han de emplearse (medicamentos, tipos de terapias, grupos, etc.). Este tipo de trayectorias permite, por ejemplo, comprender las formas de acceso de las personas a los tratamientos y los arreglos o decisiones que hacen sobre los mismos.

Las trayectorias experienciales y experimentales recogen las experiencias y comportamientos asociados a las demandas y expectativas de la vida moderna. Desde esta perspectiva, se considera que las adicciones están relacionadas a lo que Rose (2007,

en Raikhel y Garriott, 2013) llama “políticas de la vida misma”, dentro de las cuales se incluyen los procesos de la vida, la creación de identidades personales e incluso la voluntad de vivir, asumiéndose la vida (lo vital) sin separarla de la muerte (lo letal). A su vez, existe una relación entre lo experiencial y lo experimental, entendiéndose esto como las configuraciones institucionales, sociales, discursivas y materiales a través de las que se forjan las trayectorias. Por tanto, lo experiencial o subjetivo no se da sin los elementos experimentales, los cuales pueden considerarse como una forma de movimiento físico (desplazamiento) y subjetivo dentro de las trayectorias, por lo que en su estudio se las debe seguir incluso si pueden llevar a la muerte (como el caso de Alma, trabajado por García, 2013 en Raikhel y Garriott, 2013). La riqueza de esta consideración está en que al seguir la experimentación (hacia atrás y también hacia adelante), se puede profundizar en cómo y por qué esta experimentación, a pesar de ser destructiva, puede ser vital (Deleuze, 2007 en Raikhel y Garriott, 2013). Esta comprensión de la experimentación puede ser entendida también como esos aspectos subjetivos inexplicables para el sujeto (como el consumo compulsivo de una sustancia a pesar de que se quiere detener el consumo), pero que tienen una función de sostén o compromiso subjetivo.

Otra perspectiva que se ha incluido en el marco de esta investigación es la propuesta por Boltanski y Chiapello (2002, en Longa, 2010), quienes también matizan la postura de los enfoques biográficos, para señalar que actualmente ha cambiado el sentido y dirección de las trayectorias desde la linealidad a las “travesías nómadas” o en zigzag, donde es posible apreciar proyectos fluctuantes y en constante recomposición donde existe una yuxtaposición de sentidos en el rumbo que asume la vida. Retomando lo propuesto por Bertaux (1999), Boltanski y Chiapello (2002, en Longa, 2010) destacan este carácter fluctuante de las trayectorias, el cual respondería a los numerosos cambios que acontecen en la vida de las personas, los cuales se relacionan a las posibilidades de movilidad geográfica, política, laboral, entre otras. Desde esta perspectiva, Longa (2010) afirma que esta consideración de trayectoria permite localizar que las transiciones vividas se inscriben en trayectorias que les permiten dar una forma y sentido distintivo a sus vidas.

Finalmente, se ha querido incorporar la propuesta de Deleuze (1989, en Uribe, 2018), en donde lo subjetivo se comprende a través de las nociones de devenir y pliegue, a través de las cuales se le otorga un carácter dinámico y múltiple. A partir de esto, la subjetividad sería un continuo movimiento, en donde la producción del sujeto, por medio de la articulación entre diversos pliegues y el exterior, permite situar una concepción cartográfica de la subjetividad (más que de trayectoria). Como propone Uribe (2018), al retomar el trabajo de Deleuze (1996), la crítica a la arqueología freudiana establece una alternativa que es cartográfica a la hora de pensar la subjetividad y su relación con lo social, por lo que en las trayectorias se combinaría no sólo la subjetividad en relación al entorno, sino que la subjetividad del entorno, en tanto es reflejada por los sujetos.

Existiría entonces una dimensión fronteriza en la producción de subjetividad, en tanto el sujeto se produce en y desde lo social, difuminándose el límite entre ambos a través del encuentro de lo subjetivo no con objetos y personas, sino que con otros trayectos y devenires. Por tanto, la noción de mapa sería más adecuada para dar cuenta de estos movimientos, en donde el deseo -entendido por Deleuze (1996, en Uribe, 2018)

como el resultado de procesos de agenciamiento complejos- configuraría territorios, articularía trayectorias históricas y mundiales a partir de una subjetividad en devenir que es heterogénea y simultánea, es decir, compuesta por mapas que se superponen unos a otros y donde lo relevante es conocer los desplazamientos de un mapa a otro, más que sus orígenes (Uribe, 2018).

5.2. Antecedentes sobre el TDAH

5.2.1 Recorrido histórico a través del DSM

Para comprender el estatuto del diagnóstico del TDAH en la actualidad, es necesario hacer un recorrido por los principales hitos asociados a su establecimiento y definición. Se ha decidido asumir una postura crítica del mismo, dado el carácter controversial y polémico del TDAH a partir del trabajo realizado por Mallett, Natarajan y Hoy (2014), quienes realizaron una revisión histórica de este diagnóstico, estableciendo los cambios que ha experimentado a lo largo del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM) que, como se sabe, es el manual de referencia a *nivel mundial* y en él se expresa la evolución de la clasificación psiquiátrica de desórdenes mentales, a partir de las diversas influencias e intereses que han mediado su construcción y posteriores revisiones.

La perspectiva crítica que estos autores incorporan a su análisis es relevante ya que da cuenta de los problemas históricos que ha enfrentado el manual a partir de sus cuestionados métodos, los cuales se encontrarían vigentes hasta su última edición. Específicamente para el TDAH, los autores realizan una historiografía a partir de la literatura publicada desde 1930 hasta el 2013, con la cual se rastreó la evidencia científica que da soporte a esta categoría, señalando cómo fue establecida y conceptualizada desde sus orígenes y a través de las cinco ediciones del DSM.

Para comprender la evolución de esta categoría diagnóstica, Mallett et al. (2014) refieren que es necesario remontarse a 1900, antes de que el DSM fuera establecido. En este tiempo la psiquiatría comienza a interesarse en la epidemiología, dada la creciente preocupación que existía a nivel mundial respecto de los problemas de salud mental. El movimiento higienista motivó, al interior de la psiquiatría, la preocupación por la prevención y la movilización del trabajo desde las instituciones hacia las comunidades (Mechanic, 2008, en Mallett et al., 2013). Con este movimiento, la psiquiatría se encontró con problemas como el alcoholismo, el comportamiento criminal, el retraso y los problemas conductuales en los niños (Menninger, 1947; Grobb, 1991 en Mallett, et al., 2013). A partir de esto, algunos médicos comienzan a identificar que ciertos niños presentan problemas atencionales, a los cuales podía atribuírsele un origen en factores sociales (más que a problemas en el control o la atención).

Luego en 1918 se publicó el primer manual estandarizado (Manual Estadístico para Instituciones de Insanos), en el cual se establecían 22 grupos de categorías diagnósticas, donde sólo una incluía anotaciones para niños y adolescentes menores de 15 años. La posterior revisión de este manual, que se extendió hasta 1942, concluyó con la

designación de una categoría de desorden de comportamiento primario en niños (Grob, 1991, en Mallet et al., 2013).

Tras 6 años de debate al interior de la American Psychiatric Association (APA) y con el soporte del Centro Nacional de Marcas Biométricas en Salud Mental se decidió terminar la utilización de este primer manual en 1948 dadas las confusiones que presentaba a nivel nosográfico y por su fuerte influencia psicodinámica, la cual parecía no corresponder con las tendencias de la época (Mallett, et al., 2013).

Dado lo anterior, en 1952 se publica el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM), donde se buscó que el sistema de diagnóstico fuera dinámico y fluido. Para esto, se amplió la categoría de problemas y desórdenes a través de diversos dominios. En él no existía una categoría específica para la infancia y adolescencia, ni tampoco desórdenes específicos para estos grupos, aunque ya para este tiempo podían distinguirse algunos trastornos que compartían rasgos con lo que posteriormente se denominará TDAH. En ellos se incluía: reacción de ajuste de la infancia o perturbación de los hábitos, incluida en la categoría de desorden transitorio situacional de la personalidad, y una reacción ansiosa que se especificaba en los trastornos psiconeuróticos (APA, 1952, en Mallett et al., 2013).

En 1968 se publica el DSM-II, en el cual se incluye por primera vez una categoría específica para la infancia y la adolescencia, titulada: Desórdenes de Comportamiento en la Infancia y la Adolescencia. En ella se incluyó la reacción hiperkinética en la infancia (o adolescencia), caracterizándose como una sobrerreacción a las situaciones, distractibilidad, inquietud y cortos periodos de atención, comportamientos que disminuirían con la adolescencia. Sin embargo, al igual que su predecesor, esta versión del DSM no hacía referencia a ningún estudio publicado que ayudara a validar los cambios de estructura en la categorización ni el establecimiento de la sección de desorden del comportamiento en la infancia y la adolescencia (Mallett et al., 2013).

Con el DSM- III, publicado en 1980, se produjo un cambio de paradigma en la nosología psiquiátrica, desde uno dinámico a uno descriptivo, basado en síntomas, los cuales buscan que se establezca un diagnóstico multiaxial. Nuevamente, esta transición cuenta con poca o escasa evidencia publicada lo que vuelve cuestionable su uso (Rutter, 1969; Feighner et al., 1972; Shieehy y Endicott, 1977, en Mallett et al. 2013). En esta edición se expande exponencialmente las categorías establecidas para la infancia y la adolescencia, pasándose de 7 a 36 trastornos. Dentro de estos se establece el trastorno de déficit atencional, el cual se dividía en tres categorías que eran usadas por separado: déficit atencional con hiperactividad, sin hiperactividad y de tipo residual. Para la descripción de este trastorno se entregaba un resumen de los posibles comportamientos u observaciones que podían estar presentes, junto con una lista de síntomas de los cuales era necesario presentar tres (de cinco) para el diagnóstico de inatención; tres (de seis) para impulsividad y dos (de cinco) para hiperactividad. A pesar de que esta versión del DSM contó con limitada evidencia para sustentar los cambios propuestos para esta categoría, ella estableció las bases para el futuro del déficit atencional (Mallett et al., 2013) y, como señala Lynn et al. (1993, en Mallett et al., 2013), no se cuestionó que los reportes sobre la utilidad de esta nueva definición fueran publicados antes de que la revisión sobre la validez de la lista de síntomas fuera completada.

En 1987, siete años después de la publicación del DSM- III, la APA publicó su versión revisada (DSM-III-R), intentando dar cuenta de las mejoras realizadas a la validación empírica de las categorías diagnósticas (APA, 1987, en Mallett et al., 2013). En esta versión, el desorden de déficit atencional se renombró como desorden de déficit atencional e hiperactividad, dos de sus subtipos fueron removidos y el de desorden de déficit atencional con hiperactividad incluido en una categoría residual. Los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad fueron combinados en una lista, con un nuevo requerimiento de cumplimiento (8 de los 14 criterios establecidos), por un periodo de seis meses. Estos 14 criterios fueron descritos por expertos clínicos (sin especificarse la fuente), a partir de un reporte de tasa de confiabilidad interna (0.90, con el corte de ocho síntomas basado en una valoración predictiva mayor a 0.80). En esta edición, además, se establece un criterio de comienzo antes de los 7 años y una escala de clasificación de mediana a severa intensidad (Mallett et al., 2013).

Luego, en 1994, se publicó el DSM- IV y la lista de síntomas del TDAH se dividió nuevamente en dos subtipos, concentrándose los síntomas de desatención por una parte y los de hiperactividad-impulsividad por otra. A partir de estos dos subtipos se establecían tres diagnósticos por separado: TDAH de tipo combinado, con predominio de la desatención y con predominio de la hiperactividad-impulsividad. Sumado a lo anterior, se redujo la lista de síntomas, requiriéndose seis de nueve síntomas observados. Además, se estableció como requisito la presencia de deterioro en dos o más ambientes, incluyendo un deterioro clínicamente significativo; y se mantuvo la edad de comienzo (antes de los siete años). Los cambios mencionados se basaron en ensayos de campo, sin segundos análisis de los datos o revisiones sistemáticas de la literatura. A pesar de que las pruebas de validación empírica no fueron concluyentes, se mantuvo la recomendación de realizar estos cambios sobre los subtipos del TDAH, criterios que se mantuvieron por casi 20 años (Mallett et al., 2013).

Con la introducción del DSM-5, en el 2013, el diagnóstico de TDAH fue sólo levemente modificado. Dentro de los cambios establecidos la edad de comienzo varió de los 7 a 12 años, siendo necesario un deterioro severo asociado a los síntomas. Se redujo la cantidad de síntomas necesarios de 6 a 5, se estableció que no se requiere la presencia de síntomas severos para un diagnóstico situacional, se permitió el uso de diagnósticos expansivos (es decir, la presencia de comorbilidad con trastornos del espectro autista) y se estableció el criterio de síntomas límite para el diagnóstico en adultos (APA, 2013, en Mallett et al., 2013). A pesar de los esfuerzos realizados, nuevamente no se aportó evidencia empírica para establecer la estructura actual del diagnóstico de TDAH, lo que entra en conflicto con otras revisiones de la literatura, no validadas por la APA, donde se concluyó que la evidencia para respaldar este diagnóstico es escasa (Woo y Rey, 2005, en Mallett et al., 2013). En adición a esto, se permitió aceptar una baja confiabilidad de los resultados -en comparación a lo solicitado para otras disciplinas médicas- y se realizó un escaso trabajo para respaldar la validez del diagnóstico y la estructura de los síntomas, manteniéndose mayormente lo establecido en 1980, realizándose sólo modificaciones leves a través de las revisiones de este manual (Mallett et al., 2013).

Dado lo anterior, Mallet et al. (2013) sostienen que no existe evidencia suficiente para confirmar que el diagnóstico de TDAH es válido, y que es desproporcionada la

cantidad de niños y adolescentes siendo tratados por este diagnóstico en comparación a la evidencia que se tiene para probar su validez. Plantean además que, pensando hacia adelante, es necesario establecer y mejorar la confiabilidad que atribuyen los científicos y profesionales a este diagnóstico, ya que muchas veces la asignación de un diagnóstico termina por dañar a los mismos niños que se está intentando ayudar.

Como plantean Isaac Galatzer-Levy y Robert Galatzer-Levy (2007), la publicación del DSM-III transforma la psiquiatría estadounidense (y a quienes recogen su influencia), al intentar perfeccionar la nosología psiquiátrica que se consideraba confusa y difícil de aplicar, dada su relación a teorías ampliamente cuestionadas (entre ellas, el psicoanálisis). Sin embargo, aunque se intentó elaborar un manual a-teórico, basado en lo observable, medible, etc.; esto no fue posible, dada su estrecha relación con el modelo médico en salud mental, excluyéndose otras perspectivas pertinentes a este campo. Lo anterior ha tenido indudables consecuencias, que se traducen en el desarrollo de fármacos, los estudios terapéuticos y su validación, la educación psiquiátrica, la actitud hacia los pacientes, la percepción pública de la psiquiatría y las decisiones administrativas y legales; dentro de las cuales se encuentran, por ejemplo, las políticas públicas de salud mental de los países que incorporan esta perspectiva.

5.2.2 Abordaje del TDAH en Chile: políticas de salud mental y educación

Desde 1960, en Chile y en otros países latinoamericanos se han implementado importantes acciones preventivas en el campo de la salud mental. Estas tuvieron como ejes centrales: 1) la consideración de que las acciones preventivas requerían ser multisectoriales y con participación activa de las organizaciones comunitarias; 2) que estas acciones deben buscar su institucionalización no sólo en los sectores asistenciales y académicos, sino que también dentro de otros sectores participantes; 3) que estas acciones deben coordinarse con las estructuras político-administrativas del país; 4) que los equipos especializados de salud mental y psiquiatría deben cumplir, además de sus funciones específicas en los niveles secundarios y terciarios de salud, una función de capacitadores y asesores respecto de los niveles primarios. De este modo, el Plan Nacional de Salud Mental de 1990, *“Estrategias de salud para el año 2000”*, reemplazó a las políticas de salud mental previas y se proponía establecer nuevos objetivos y lineamientos, en un plazo de 10 años. En este plan se incorporaron los programas Infantil y del Adolescente, Maternal, Adulto y Senescente, teniendo como objetivo ampliar la cobertura asistencial psiquiátrica, dándose énfasis al nivel primario de salud, con el objetivo de realizar prevención en salud mental por medio de la coordinación con los servicios locales y el diseño de programas de intervención (MINSAL, 1990).

El programa Infantil y del Adolescente incluye las necesidades asociadas a la salud mental, a partir de que se estima que el 15% de la población escolar entre 6 y 12 años presentaba algún trastorno como: alteraciones conductuales, trastorno de aprendizaje, retraimiento y oscilaciones del ánimo y, en el caso de los adolescentes entre 12 y 19 años, se estima que un 10% presenta problemas asociados a un beber anormal y un 2% a otras farmacodependencias como uso de marihuana, consumo de estimulantes sin prescripción

médica y uso de solventes volátiles (MINSAL, 1990). A pesar de la escasa evidencia empírica con la que se contaba, aspecto señalado en el manual, estas cifras en torno a la prevalencia de los trastornos en la infancia y la adolescencia comenzaron a guiar el trabajo en el área de la salud mental infanto-juvenil.

Dentro de las acciones implementadas estuvo la realización de actividades educativas que incluían la salud mental como objetivo central, dada su prevalencia, mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar de la comunidad. A través de la prevención precoz, se incentivó la realización de diagnósticos tempranos de aspectos comportamentales de la población, de factores ambientales y de la relación entre ambos (MINSAL, 1990). En este plan no figura el trastorno de déficit atencional e hiperactividad y tampoco los trastornos conductuales. A diferencia de la actualidad, los trastornos de las emociones y los de aprendizaje eran abordados en el nivel secundario de atención, siendo para el primero atingente el tratamiento por médico, enfermera, asistente social, matrona y auxiliar; y para el segundo, médico y enfermera. A pesar de que en este plan nacional se enfatiza la diferencia entre las especialidades de neurología y psiquiatría infantil, no queda especificado cuál de las dos áreas debe hacerse cargo de los trastornos asociados a alteraciones conductuales de mayor complejidad (MINSAL, 1990).

La paulatina incorporación del diagnóstico de déficit atencional e hiperactividad en el país estuvo sujeto a la inclusión de este en los principales manuales diagnósticos. De este modo, considerando que el CIE-10 es el principal instrumento utilizado en el diseño y planificación de las políticas públicas de salud en Chile, es relevante mencionar la conceptualización que se ha hecho de esta categoría diagnóstica a través del tiempo; la cual, a su vez, puede leerse en paralelo con la revisión hecha respecto del DSM.

En 1996, el CIE-10 incluye este diagnóstico dentro de los Trastornos mentales y del comportamiento, especificando que el comportamiento hiperkinético (o hiperactivo) no responde a falta de educación en el niño, sino que es causado por una disfunción de la atención y del autocontrol, que se considera congénita. Refiere además que en algunos niños y adolescentes este problema puede seguir presente hasta la edad adulta, pero que en la mayoría de los casos sería posible lograr una adaptación total a la sociedad. Por ende, entre los tratamientos se recomienda el uso de refuerzos positivos, evitar los castigos, informar a los profesores, reducir los distractores, incrementar la actividad física para favorecer la liberación de energía, hacer uso de los servicios de psicología o tutoriales de las escuelas. El uso de medicación (principalmente estimulantes como el metilfenidato) es sugerida para los casos más severos, dados sus efectos positivos sobre el incremento de la atención y la reducción de la hiperactividad. Finalmente, se recomienda la consulta con especialista cuando las medidas implementadas en atención primaria no tengan los resultados esperados (MINSAL, 1998).

De lo anterior, es posible desprender que el comportamiento hiperactivo o desatento se atribuye a una inadaptación de los niños al sistema normativo, a partir de factores biológicos. De este modo, parecen descuidarse los factores ambientales, a pesar de que previamente existía un reconocimiento de los mismos en las políticas orientadas a la prevención de los trastornos de salud mental en la infancia y adolescencia. A su vez, es posible suponer que la inespecificidad del diagnóstico contribuye a que exista una homologación de las intervenciones escolares y psicoterapéuticas, a través de la no

especificación de las particularidades de cada una y de la consideración de intervenciones eminentemente conductuales. Además, como no se especifica la especialidad médica a la cual se recomienda recurrir en el caso de que las acciones implementadas no logren los objetivos propuestos, incide en que no se produzcan los resultados esperados, esto es, la reducción del comportamiento inquieto y de la desatención.

Posterior a este plan, se crean las *“Normas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hiperkinéticos en la atención primaria 1997-1998”*, a partir de los criterios del DSM-III-TR y el CIE-10, usados indistintamente. En ellas se indica que la prevalencia mundial del trastorno de déficit atencional e hiperactividad es de un 3- 5%, estimándose que 1 o 2 de cada 100 escolares requieren tratamiento específico para este trastorno (MINSAL, 1998). En Chile se consideraba que existía una alta prevalencia (6,2%), por lo que este diagnóstico se convirtió en el mayor motivo de consulta en los servicios de Neurología, Psiquiatría, Salud Mental Infantil y Servicios de Atención Primaria (APS), requiriéndose una importantes destinación de recursos económicos (MINSAL, 1998).

En el documento señalado se establece que los trastornos de la actividad y la atención son frecuentes en preescolares y escolares, afectándose las condiciones para el aprendizaje y la conducta social de los niños, debido a que producen un deterioro en el rendimiento escolar, generando además problemas emocionales y conductuales. Se mantiene la consideración de que su origen se debe a factores biológicos y genéticos, los cuales pueden ser influidos por el ambiente. Su diagnóstico es clínico, aunque es posible - y en casos recomendado- incorporar pruebas complementarias como electroencefalogramas (MINSAL, 1998).

Como se observa, en este tiempo se da mayor cabida a los factores psicosociales (ambiente familiar y escolar), considerándose los tan influyentes como los biológicos y, por ende, determinantes en la expresión sintomatológica, la mantención del problema y el desarrollo de trastornos reactivos. A partir de esto, se buscó demostrar que la modificación de estos factores era influyente en el pronóstico, haciéndose un llamado a mejorar la coordinación intersectorial en el abordaje de estas problemáticas. Dada las características del trastorno, se esperó que los centros de atención primaria alcanzaran una alta resolutivez con los casos de baja complejidad y que los centros de atención especializada (Neurología y Psiquiatría infantil) abordasen los casos más severos (con patologías asociadas o con insuficiente respuesta a los tratamientos realizados en la atención primaria). Dentro de los tratamientos se consideró la prescripción de fármacos y la coordinación con las escuelas, por medio de los programas de salud escolar y otros servicios locales, que tenían un rol fundamental en la detección precoz y tratamiento integral (MINSAL, 1998).

Además, se recomendaba la realización de intervenciones psicosociales a nivel familiar y escolar, las cuales refieren fundamentalmente a psicoeducación, basada en técnicas de modificación conductual. Las intervenciones con el niño consideran apoyo psicológico (entrenamiento cognitivo-conductual, habilidades sociales, estimulación psicomotriz y rehabilitación psicopedagógica si existe la necesidad) y tratamiento farmacológico (estimulantes del Sistema Nervioso Central como Metilfenidato, Pemolina y Anfetamina). Dentro de la evolución del cuadro, se considera que la hiperactividad suele disminuir con la adolescencia. Sin embargo, podría persistir hasta la edad adulta y, aunque

la hiperactividad y el déficit atencional desaparecen, suelen persistir comportamientos disociales y trastornos emocionales (MINSAL, 1998).

A partir de esta normativa, es posible observar cómo desde 1998 se enfatiza el trabajo intersectorial en la salud pública, organizando a los distintos dispositivos y niveles de salud para el abordaje del TDAH. Así, la mayor parte de las consultas se concentraría en la atención primaria, reservándose la atención secundaria para los casos más complejos. Además, se realizan mayores especificaciones a los tratamientos, pero sólo a partir de psicoeducación e intervenciones conductuales, las cuales están orientadas a intervenir sobre los factores psicosociales pero, probablemente, terminan siendo insuficientes al centrar todos los esfuerzos en el niño y su comportamiento, y no en los factores ambientales como se propone.

En el 2008, es decir 10 años después de esta normativa, se crea la *“Guía Clínica de Atención Integral De Niñas/Niños Y Adolescentes Con Trastorno Hiperactivo/Trastorno De La Atención (THA)”*. Su objetivo principal es mejorar la detección, el diagnóstico y tratamiento integral de niños, niñas y adolescentes que tengan el diagnóstico de Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA o TDAH), como también optimizar la atención de la población objetivo; con el fin de anticipar el daño, mejorar el uso de recursos y la calidad de vida. Para lo anterior, se establecen las principales orientaciones técnicas para los profesionales que participan en los procesos vinculados con el cumplimiento del objetivo principal, alineando las intervenciones (evaluación, tratamiento, seguimiento, rescate, entre otras) y los profesionales que deben realizar cada una de ellas.

Nuevamente, a partir de la consideración indiferenciada de los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10, el TDAH o THA es definido como un cuadro de origen principalmente neurológico, asociado a factores genéticos, los cuales pueden verse acentuados o influidos por los factores ambientales. De este modo, los factores ambientales se plantean como criterios de exclusión (cuando el TDAH es secundario a ellos). Dentro de las características del trastorno se establece la dificultad para mantener la atención de manera persistente, presencia de hiperactividad e impulsividad. Muestra alta comorbilidad con trastornos oposicionistas desafiantes, conductuales, depresivos, ansiosos y del aprendizaje (MINSAL, 2008).

De acuerdo con el nivel de evidencia con que cuentan los instrumentos, intervenciones y tratamientos, es que se establece un grado de recomendación para su uso. Por tanto, existen ciertos instrumentos y tipos de intervenciones más recomendados que otros, a partir del tipo de evidencia que los sustenta, dándose mayor valor a la que proviene de ensayos aleatorizados y menor a las opiniones de expertos. Tienen mayor nivel de valoración y recomendación los cuestionarios utilizados (TOCA-RR: Teachers Observation of Classroom Adaptation y PSC: Pediatric Symptom Checklist) y tratamientos farmacológicos, y menor valoración y recomendación las intervenciones psicosociales. Dado esto, se establece que el proceso diagnóstico debe ser integral, con enfoque de salud familiar. Este proceso se hace primeramente en los servicios de atención primaria (MINSAL, 2008).

A partir de este tipo de diagnóstico se recomienda realizar un tratamiento integral, en el cual las intervenciones sugeridas, se hacen a partir del nivel de evidencia científica

con el que cuentan. Dado esto, se propone iniciar tratamiento psicosocial en primera instancia y luego farmacológico, en caso que la respuesta no sea positiva. Dentro de las intervenciones psicosociales se incluye la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades para padres y niños, la participación en actividades recreativas, deportes y grupos de autoayuda. No se incluye la psicoterapia. En los casos que presenten comorbilidad, se recomienda realizar un tratamiento integral, multimodal, donde se realice una evaluación más exhaustiva de la sintomatología y la incidencia de la comorbilidad. El tratamiento recomendado incluye las intervenciones psicosociales mencionadas, además de la posibilidad de iniciar psicoterapia -sin embargo, se cuestiona su efectividad y no se recomienda rutinariamente- y tratamiento farmacológico, principalmente con psicoestimulantes como el metilfenidato (MINSAL, 2008).

En paralelo a lo desarrollado desde el área de la salud, el TDAH también ocupa un lugar importante en las políticas educacionales del país. De este modo, se lo ha incorporado dentro de las Necesidades Educativas Especiales de carácter transitorio, por lo que su abordaje forma parte de los Programas de Intervención Escolar (PIE). Al considerarse la escuela como la primera instancia formal donde los niños desarrollan su potencial y habilidades, el apoyo que pueda darse a quienes presentan dificultades escolares asociadas al TDAH se considera fundamental, por lo que se creó la *“Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educación Básica”* (MINEDUC, 2009), donde se establece que es central:

La comprensión de las fortalezas y dificultades de los niños con TDA con y sin Hiperactividad, la reflexión acerca de las propias creencias, expectativas y actitudes hacia ellos y ellas, la revisión de las prácticas pedagógicas generales y específicas con los y las estudiantes con dificultades de atención e hiperactividad, y la toma de decisiones en el camino de ofrecer las mejores respuestas educativas y pedagógicas tanto en el ámbito del aula como de la institución escolar (MINEDUC, 2009, p.8).

Posteriormente, estas indicaciones han sido incluidas en el *“Manual de orientaciones y apoyo a la gestión (Directores y Sostenedores)”* (MINEDUC, 2013), en el cual se define el PIE como:

Una estrategia inclusiva del sistema escolar cuyo propósito es entregar apoyos adicionales (en el contexto del aula común) a los estudiantes que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE), sean éstas de carácter permanente o transitorio, favoreciendo con ello la presencia y participación en la sala de clases, el logro de los objetivos de aprendizaje y la trayectoria educativa de ‘todos y cada uno de los estudiantes’, contribuyendo con ello al mejoramiento continuo de la calidad de la educación en el establecimiento educacional (MINEDUC, 2013, p. 4).

Desde esta perspectiva, el abordaje de las necesidades de los niños diagnosticados con TDAH se hace a partir de intervenciones en el aula y fuera de ella, por los profesionales que componen los equipos PIE (psicólogos, psicopedagogos, educadores diferenciales, entre otros). Estas intervenciones -y el funcionamiento del PIE en general- es regulado por medio del Decreto n°170 (2009, en MINEDUC, 2013) de subvención

escolar, donde además se establecen requisitos que deben cumplir los establecimientos para la implementación de estos programas.

Desde lo revisado, es posible apreciar que el abordaje del TDAH en Chile se realiza de manera conjunta entre los servicios de salud y educación. Si bien no es simple unificar ambos abordajes (o al menos parece no haberse hecho de manera sistemática por parte de la política pública), durante el 2011 se declaró al TDAH (o THA) como una *Prioridad Programática*, a partir de lo que se elaboró un documento que recoge la caracterización diagnóstica y lineamientos de las intervenciones estipulados en la Guía Clínica ya mencionada, pero además se especifican algunos puntos que dan cuenta de la interrelación entre salud y educación. Entre ellos se menciona:

Las acciones para la promoción, prevención y detección son más efectivas si se realizan en los establecimientos de educación pre escolar y en el primer ciclo básico de las escuelas; la intervención integral se realiza mediante un conjunto de prestaciones que han demostrado ser eficaces para modificar los factores psicosociales y bio médicos involucrados en la aparición y mantención del trastorno, mediante actividades en las que participa activamente la familia y en estrecha coordinación con la escuela; los equipos de Salud general deben realizar acciones de capacitación a los docentes para la detección en la escuela de conductas de riesgo asociadas a síntomas del trastorno hiperactivo, con el fin de realizar una intervención y un tratamiento precoz al niño y su familia (MINSAL, 2011, p. 1).

Por otra parte, a partir de lo establecido por el MINSAL en la Guía Clínica y en las prioridades programáticas revisadas, los diversos servicios de salud del país han desarrollado e implementado guías locales como, por ejemplo, Orientaciones Generales para el abordaje clínico de niños con diagnóstico de Déficit Atencional de la Corporación Municipal de Puente Alto (CMPA), correspondiente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (2012); Protocolo de Referencia y Contrareferencia para pacientes con Déficit Atencional (TDA/TDAH) del Hospital de niños Roberto del Río, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Norte (2013), entre otras. En estas guías locales, orientaciones y/o protocolos se busca adaptar las recomendaciones de la Guía Clínica (MINSAL, 2008) a la realidad local, por medio de la especificación de los dispositivos y agentes intersectoriales (por ejemplo, CESFAM, Centros de Salud, COSAM, CDT, entre otros) que participan de la detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH; los flujos de derivación entre ellos, etc.

De este modo, más allá de algunas adaptaciones locales, en la actualidad se continúa planificando y estableciendo los modos de abordaje del TDAH en la salud pública del país a partir esta Guía Clínica, fue elaborada hace 10 años aproximadamente. En este documento es posible apreciar que existe una tendencia a priorizar y destinar más espacio a las intervenciones médicas, relegándose el papel de las intervenciones psicosociales, las cuales son brevemente descritas y abordadas, a pese al énfasis que se hace en su inclusión.

Además, a través de esta Guía Clínica es posible detectar un cierto alarmismo ante las conductas disruptivas, que da cuenta de los principios ideológicos detrás de su construcción: por ejemplo, en la asociación que se hace entre trastornos de salud mental en la infancia y trastornos antisociales, conductas delictivas y consumo de sustancias en la adolescencia y adultez. En esto parecen descuidarse los factores sociales, históricos y

políticos, determinantes en problemas como la delincuencia y el consumo de drogas, patologizándose algunas conductas propias de la infancia. Por otra parte, esta preocupación alienta el uso de fármacos al interior del documento, al establecerse que su uso reduciría este tipo de problemas en el futuro, estableciéndose relación estigmatizante y desmedida entre TDAH y delincuencia.

Como se menciona en *“Glosario ilustrado del malestar”* (Abarzúa, Aceituno y Valenzuela eds., 2016), históricamente los niños ingresan a las políticas públicas a partir de su condición de marginalidad, es decir, desde su lugar como huérfanos, delincuentes, sujetos a corregir y/a educar y niños enfermos o deficientes. Desde estas consideraciones por la infancia es que se crean instituciones como el reformatorio y la escuela, desde los cuales se ha buscado corregir a los individuos considerados incorregibles o delincuentes y entregar los elementos propios de la cultura y la educación a los normales, detectándose (y segregándose) a los que presentan algún tipo de desviación o trastorno de aprendizaje. De este modo, a pesar de que desde los años 90 el Estado estableciera una política de salud mental enfocada en la infancia, lamentablemente esta se construyó a partir de *“un modelo médico psicopatologizante, biologicista y medicalizador, que ha favorecido una separación artificial del sufrimiento psíquico con el contexto sociocultural en el que se produce”* (Marchant, 2016, en Abarzúa et al, 2016, p.68).

5.3. Discursos y prácticas asociadas al TDAH

A continuación se expondrán diversas perspectivas en torno al TDAH, con el fin de establecer un marco referencial que permita comprender los discursos desde donde un sujeto diagnosticado con TDAH puede comprender y significar dicha experiencia en su vida. Lo anterior -al igual que el diagnóstico en sí mismo- no está libre de controversias ya que, como señala Claro (2015, p. 32), en la actualidad se ha movilizado un intenso debate que ha *“enfrentando a quienes afirman que se trata de una enfermedad genuina (Barkley, 2002; Biederman & Faraone, 2005) y quienes sostienen que es un producto social (Timimi & Taylor, 2004), un fraude (Baughman, 2006) o un mito (Stolzer, 2009)”*. Por tanto, sin querer entrar en un debate considerado estéril para muchos, es importante poder situar las diversas perspectivas que en él se contrastan ya que, como se mencionó, a partir de estos diversos discursos es que los sujetos dan sentido a su padecer, determinando los significados que el mismo adopta en sus vidas.

Haciendo el ejercicio de contrastar los extremos, se presentarán la perspectiva neurológica y psiquiátrica y la perspectiva crítica, buscando establecer sus principales ideas y postulados en torno al origen, estado y abordaje del TDAH en la actualidad. Finalmente, dado el marco psicoanalítico que ha decidido incorporarse a la investigación, se presentarán las concepciones sobre el TDAH desde esta perspectiva. Si bien existen otras corrientes de pensamiento que han dedicado sus esfuerzos a la comprensión de esta categoría diagnóstica, se considerarán las que han asumido una mayor fuerza en el discurso social y cultural.

5.3.1 Perspectivas Neuro- psiquiátrica

Considerando como introducción y antecedente de este apartado los elementos revisado sobre el recorrido histórico del TDAH a través del DSM, junto con lo establecido en las políticas públicas de salud y educación del país, es posible observar que, para las ciencias médicas, especialmente desde la neurología, se considera que el TDAH se origina en factores biológicos altamente heredables, siendo posible asociarlos a deficiencias neurobiológicas en la corteza prefrontal y el sistema subcortical. Además, las investigaciones etiológicas han identificado genes candidatos (responsables de la enfermedad) y factores pre y perinatales que pueden ser responsables de la manifestación del trastorno, como el consumo de alcohol y drogas de la madre durante el embarazo. Desde este enfoque, la etiología del diagnóstico se atribuye a causas orgánicas, por lo que su diagnóstico se realiza a través de la observación de la sintomatología y se complementa mediante test y pruebas como electroencefalogramas (Spencer, Biederman, Wilens y Faraone, 2002).

La psiquiatría, por su parte, comparte los criterios de la neurología; respaldando que la manifestación comportamental del TDAH tiene un origen orgánico, sobre el cual inciden componentes ambientales, psicológicos y sociales (Sandoval, Acosta, Crovetto, León, 2009). De este modo, desde la psiquiatría se ha buscado mejorar los criterios y validez del diagnóstico -hecho histórico que se aprecia claramente en las mutaciones que ha sufrido el TDAH a través del DSM (Comstock, 2011)- con el fin de establecer órdenes categoriales específicos y asegurar un adecuado diagnóstico y tratamiento. Desde esta perspectiva, se sostiene que el TDAH es un trastorno de origen neurológico y, por tanto, requiere ser pensado como otros trastornos médicos que, de ser diagnosticados y tratados, disminuyen sus efectos negativos en la vida de los sujetos.

Lo anterior se respaldaría en los resultados de numerosas investigaciones (Spencer, Biederman, Wilens y Faraone, 2002; Sandoval, Acosta, Crovetto, León, 2009; APA, 2013) en las cuales se evidencian los efectos positivos de las intervenciones farmacológicas (principalmente con metilfenidato) y psicoeducativas. Es relevante mencionar que, desde estas perspectivas, los efectos positivos o resultados esperables de los tratamientos apuntan a disminuir los comportamientos disruptivos, mejorar el rendimiento académico y la adaptabilidad social.

Tal vez profundizando algunos elementos ya mencionados en torno al diagnóstico, se puede agregar que desde estas nociones el TDAH se define como un trastorno: es decir, un cuadro complejo, de manifestación frecuentemente precoz y evolución crónica, que repercute en diversos contextos (escuela, familia, etc.). Se caracteriza por la dificultad para mantener la atención, modular el nivel de actividad y controlar las acciones impulsivas (Sandoval, Acosta, Crovetto, León, 2009). La falta de atención se manifiesta a través de la actividad errante, carente de persistencia, la dificultad para enfocarse en una tarea, desorganización y falta de compromiso no asociado a falta de comprensión. La hiperactividad se refiere a la locuacidad y a la actividad motora excesiva, que se vuelve inapropiada al contexto. La impulsividad se relaciona a acciones precipitadas y que tienen un alto potencial de daño para el individuo (APA, 2013).

Dado su origen infantil (antes de los 12 años), desde estas perspectivas es fundamental la intervención temprana por medio de un diagnóstico clínico sustancial, que debe ser complementado por información auxiliar (APA, 2013), entendiéndose ésta como datos objetivos posibles de ser reportados por terceras personas respecto a inicio, duración y severidad de los síntomas. Estos mismos criterios aplican cuando el diagnóstico es realizado en etapas posteriores a la señalada.

Además, desde estos enfoques existe la creencia de que los síntomas varían dependiendo del contexto y pueden minimizarse o ausentarse cuando el individuo recibe recompensas por su comportamiento adecuado, está bajo supervisión, se encuentra en un entorno novedoso, se dedica a actividades interesantes, tiene estimulación externa consistente (por ejemplo, a través de pantallas electrónicas), o cuando interactúa en situaciones uno a uno (APA, 2013).

Como se mencionó en la introducción de este apartado, estas perspectivas se encuentran en el centro del debate internacional principalmente por el uso de psicofármacos en sus tratamientos, ya que se considera que estos generan un efecto de dopaje que impide el desarrollo y la expresión del individuo por medio de la psicopatologización del comportamiento infantil. Esta situación ha movilizado una serie de investigaciones que buscan validar el uso de medicamentos y desmitificar sus efectos, como son los trabajos realizados por Singh (2012), quien por medio de entrevistas a 150 niños ingleses y estadounidenses busca ampliar las concepciones médicas, al incluir la percepción que los niños tienen respecto de este tipo de tratamientos. En este estudio concluye que, desde el discurso de los niños, es posible apreciar que el uso de metilfenidato no afectaría sus capacidades de agenciamiento moral, sino que éste actuaría como una herramienta auxiliar para la emergencia del verdadero “sí mismo”, mediando en la adquisición de habilidades personales que luego permitirían a los niños enfrentar asertivamente sus dificultades.

5.3.2 Perspectivas Críticas

En el extremo opuesto a la perspectiva neuro- psiquiátrica se encuentra el examen crítico del TDAH principalmente, pero no exclusivamente, de las ciencias sociales. Desde estas perspectivas se intenta visibilizar una alternativa en la comprensión de esta categoría diagnóstica, que se separa de la perspectiva médica, incorporando los aspectos sociales e individuales presentes en la denominación TDAH.

Para comenzar, es necesario mencionar que, desde este punto de vista, lo primero que se cuestiona es la categoría de enfermedad o patología que se le atribuye al TDAH. De este modo, se establece que la categoría de enfermedad atribuida al fenómeno se debe al predominio del modelo médico y el uso de manuales como el DSM en la comprensión del comportamiento individual. Como señala Comstock (2011), durante el siglo XX surgió una nueva relación entre el poder, el conocimiento, el cuerpo y las prácticas éticas de autoformación asociadas al TDAH. Al examinar estas, es posible apreciar cómo el sujeto desviado se configuró como tal, primero, a partir de los valores morales y jurídicos de la época; los cuales luego fueron reemplazados por una nueva inteligibilidad del yo, a partir

de la autoadministración. Desde el análisis de esta inteligibilidad, el autor propone que es posible avanzar en la comprensión de las nuevas tecnologías implicadas en la asociación que se ha hecho entre comportamiento e identidad, lo que determina nuevas relaciones de poder para el sujeto capturado en la medicalización predominante de este tiempo.

En este sentido, Conrad y Bergey (2014) señalan que el TDAH ha sido medicalizado progresivamente desde 1960, a partir de la influencia de Estados Unidos en la definición de los criterios diagnósticos materializados en el DSM. Dado esto, afirman que la expansión del diagnóstico que se ha producido a otros continentes está asociada a la utilización de este manual y a la incorporación de las metodologías propuestas para conceptualizar y tratar este trastorno. Identifican, por tanto, algunos de los fenómenos que han favorecido la migración del diagnóstico, dando cuenta de los procesos sociales e ideológicos presentes en los mismos. Entre ellos mencionan: la industria farmacéutica transnacional; la influencia de la psiquiatría occidental; el uso del DSM; la función de Internet y la facilidad de acceso que este permite a diagnósticos online, que favorecen el autodiagnóstico; y los grupos de autoayuda (advocacy) que a menudo son financiados por farmacéuticas y están conectados a organizaciones internacionales dedicadas a brindar educación, tratamiento, apoyo legal, etc., con prestadores que componen estas mismas redes (por ejemplo, psiquiatras, psicólogos, entrenadores, servicios de asesoramiento).

A partir de estas vías de migración, Conrad y Bergey (2014) visibilizan cómo ha ocurrido un cambio en las fuerzas detrás de la medicalización, desde la profesión médica y los movimientos sociales a la biotecnología (industria farmacéutica), el sujeto como consumidor y la industria de seguros, produciendo que en ocasiones los profesionales médicos queden en un lugar secundario. Asociado a lo anterior, los autores sostienen que la predominante utilización de los criterios DSM ha contribuido a aumentar la prevalencia del diagnóstico en niños y adolescentes, dadas las metodologías y parámetros que se utilizan para su establecimiento y el contraste que se puede hacer con las prevalencias observadas en países que utilizan otros manuales o parámetros diagnósticos, como es el caso de Francia e Italia, donde hay un mayor escepticismo ante el diagnóstico. Además, también existiría una variación de la prevalencia en los países donde el diagnóstico puede efectuarse exclusivamente por psiquiatras infantiles y donde existe mayor restricción en la prescripción de medicamentos psicoactivos.

En esta misma línea, Vale (2013) sostiene que el DSM cumple una función en torno a la patologización de ciertos comportamientos y estados, a través de los cuales se ejerce regulación y control social. De esta manera, su acelerada diseminación reproduce prácticas excluyentes, que tienen como resultado la medicalización de niños cada vez más pequeños. Usando como ejemplo la situación de Puerto Rico, esta autora revisa y discute los mecanismos de regulación que operan sobre la niñez en la actualidad, proponiendo que es necesario trabajar en aras de despatologizar la infancia, a través de la inclusión de perspectivas que respeten la subjetividad y que favorezcan el rechazo de la medicalización de las situaciones cotidianas que atraviesan los niños. A su vez, esta autora critica el uso de la farmacoterapia, a partir de sus efectos de supeditación y de exclusión de los factores contextuales, históricos y subjetivos que considera imprescindibles en el abordaje del TDAH.

De esta manera, Vale (2013) propone que el DSM es la estructura que produce-recoge-circula lo que se entiende por desorden o enfermedad mental y, retomando lo señalado por Braunstein (1978, en Vale, 2013), afirma que el DSM ilusoriamente da continuidad a categorías discontinuas, por medio de la idea de homogeneidad, que en otro contexto sería imposible. Las enfermedades, por tanto, existirían en un espacio clasificatorio a través de sus efectos y de su materialidad simbólica. Como menciona Watzlawick (1996, en Vale, 2013), el DSM tiene un carácter profético que posibilita que las categorías circulen en el entramado social, dándoles materialidad por medio de la identificación de conductas que son llamadas síntomas, patologías, síndromes o trastornos por medio de un régimen político regulatorio de la conducta. De este modo, el DSM se ha convertido en la mayor autoridad respecto del TDAH, dominando el campo de la psiquiatría, la psicología, lo cotidiano y lo familiar, a través de discursos sociales que dan las condiciones de posibilidad para que cada sujeto se los apropie en una definición de sí mismo (Vale, 2013).

Por tanto, para Vale (2013) es necesario deconstruir e interrogar la noción de desarrollo que se utiliza actualmente, ya que ella favorece la consideración de los niños que no alcanzan los parámetros mínimos de cada etapa como objetos de intervención, desconociéndose la especificidad del contexto, las diferencias y las particularidades de las formas en que se vive la infancia. Siguiendo a Rudinesco (2011, en Vale, 2013), quien reafirma la idea de que el uso de fármacos en el abordaje del TDAH se hace con el fin de normalizar la conducta y suprimir los síntomas, sin dar espacio a su significado. Esto borra las consideraciones por la subjetividad, a partir de un reduccionismo explicativo sostenido en un sofisticado andamiaje técnico. Así, la centralidad que se le da en esta época al cerebro no sólo borraría las experiencias subjetivas, sino que también quitaría la responsabilidad al sujeto a través de las explicaciones neuroquímicas que se hacen de su conducta, sustituyéndose paulatinamente su espectro relacional y los procesos psicológicos por un enfoque genético y bioquímico.

Sin embargo, aunque muchos de los trabajos sobre TDAH desde un enfoque crítico se hagan desde las ciencias sociales, dentro de la medicina también existe cierta reserva y cuestionamiento del diagnóstico. Rafalovich (2005) exploró este punto, concluyendo que, dentro de los profesionales médicos, existe incertidumbre y precaución acerca de la validez diagnóstica del TDAH como lo describe el DSM, y ambivalencia respecto de los tratamientos con psicoestimulantes dados sus posibles efectos secundarios. De esta manera, la naturaleza conflictiva del TDAH incide en las prácticas médicas, a partir del escepticismo que produce al interior de la disciplina, haciendo que algunos de estos profesionales procedan de manera autónoma en la interpretación de los protocolos diagnósticos y los tratamientos.

Otra controversia al interior de los profesionales de la salud se constituye, como señala Bianchi (2015), a partir del pronóstico que puede hacerse del futuro de los niños diagnosticados y tratados por TDAH, debido a la relación que se hace entre el TDAH y otras patologías mentales, físicas y sociales, desestimada por algunos profesionales y sostenida por otros que consideran que la ausencia de tratamiento necesariamente conllevará esas dificultades.

Lo anterior se debería, según Bianchi (2015), a que en el diagnóstico de TDAH convergen y se articulan otros trastornos psiquiátricos (como la depresión, ansiedad, consumo de drogas, etc.) y condiciones relacionadas al desenvolvimiento social (como la delincuencia, el fracaso escolar, las dificultades familiares y laborales), lo que atribuye un carácter de peligrosidad al diagnóstico, en cuanto a partir de él se podrían anticipar ciertas trayectorias vitales que poseerían una potencialidad disruptiva del orden social.

Como propone Rose (2010, en Bianchi, 2015), esto daría cuenta de una nueva estrategia de control que no respondería a principios eugenésicos, sino que a la concepción actual de biología, la cual no se entiende como un destino ineludible. Por el contrario, estaría abierta a la sospecha, la predicción y la prevención. Esto permitiría que la “biocriminología” opere sobre las conductas antisociales y violentas de los individuos que se considera fallan en su autogobierno, identificándolos como susceptibles de intervención, con el fin de disminuir el riesgo que representarían para la comunidad.

Por tanto, se estaría frente a un problema transversal a la historia de la salud mental, donde la “infancia peligrosa” ha funcionado como soporte para la acción de diversos dispositivos disciplinares, presentes en el surgimiento de la psiquiatría y la psicología (Rose 1998; Foucault 2001 en Bianchi, 2015), siendo este un concepto base en el trasfondo histórico de la dimensión conductual y neurológica presente también hoy en las prácticas discursivas asociadas al TDAH (Bianchi, 2015).

5.3.3 Perspectiva Psicoanalítica

Cercana a la perspectiva crítica, desde el psicoanálisis es posible encontrar un extenso desarrollo teórico que cuestiona la categoría diagnóstica del TDAH y su consecuente tratamiento. Si bien se asume que es necesario establecer un diagnóstico, éste se debe hacer sin patologizar la singularidad, posibilidad que cada vez se encuentra más lejana en la “profesionalización” de la infancia, a partir del comportamiento que resulta “molesto” para el adulto (Punta Rodulfo, 2016).

En este sentido, se propone que existe una diferencia entre diagnosticar y clasificar, en tanto el primero implica la generación de un diagnóstico que no es clasificatorio, sino que se utiliza con el fin de conocer a quién se tiene en frente dando espacio para que a lo largo del análisis ese mismo diagnóstico pueda ser olvidado o conservado sólo como una “teorización flotante” (Punta Rodulfo, 2016). Es decir, desde la perspectiva psicoanalítica no se busca supeditar al sujeto a la categoría, sino que se atiende su singularidad en un diagnóstico construido sobre la diferencia, cuidando que no se produzca un desliz desde el diagnóstico a la categorización o al rótulo (“niño TDAH”) (Punta Rodulfo, 2016).

Por tanto, aunque los problemas escolares, conductuales o de aprendizaje son el motivo inicial de numerosas consultas en la clínica infanto juvenil actual, se piensa que los niños clasificados como TDAH no pueden ser unificados en un diagnóstico único; ya que esto reduciría la vida psíquica infantil a un paradigma simplista y biologizante, donde se excluye la subjetividad del niño, la de quienes participan en el diagnóstico y los aspectos socioculturales circundantes (Ubieto, 2016).

A partir de esto, algunos psicoanalistas comparten la idea de que el TDAH *“no es una categoría diagnóstica, sino que se agrupan con ese nombre múltiples expresiones del sufrimiento infantil que merecen ser consideradas en su singularidad y tratadas teniendo en cuenta su multideterminación”* (Janin, 2015, p. 14). De esta manera, el TDAH parece ser una gran *“bolsa de gatos”* que tiende a confundir distintas formas del malestar infantil, borrando los aspectos de la subjetividad individual y contemporánea. A partir de esto, sería habitual que se diagnostique con TDAH, por ejemplo, a niños que presentan cuadros psicóticos, otros que están en proceso de duelo, que han sufrido cambios sucesivos o que han sido víctimas de episodios de violencia, por nombrar algunas posibilidades (Janin, 2015).

Siguiendo una perspectiva freudiana y lacaniana, se presentarán algunos trabajos y conceptualizaciones psicoanalíticas en torno a la categoría diagnóstica del TDAH. Entendiendo las limitaciones de esta investigación, la revisión que se presentará no pretende ser exhaustiva, sino que intenta dar cuenta de las diferentes perspectivas que se asumen al interior del psicoanálisis, a partir de las dos vertientes mencionadas respecto del malestar o sufrimiento infantil, junto con algunas propuestas a las terapéuticas actuales.

Como antecedente a los trabajos psicoanalíticos contemporáneos en torno al TDAH puede recordarse lo expuesto por Dolto en el prefacio a la obra *“La primera entrevista con el psicoanalista”* (Mannoni, 1965), al describir cómo, cuando el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta. Desde este punto, destaca la noción propuesta por Mannoni en torno a que un niño perturbado encarna, mediante sus síntomas, conflictos familiares y/o conyugales que pueden ser aceptados o ignorados por los padres. En este sentido, Dolto (en Mannoni, 1965) establece que el niño se convierte en el soporte inconsciente de las tensiones emocionales y sexuales de sus padres, cuyo efecto de contaminación es más intenso mientras más lo sea el silencio y el secreto que guarden. Lo anterior convierte al niño en el portavoz de sus padres, debido a que sus síntomas representan sus propias angustias y formas de reacción ante las angustias de sus padres.

Por tanto, al hablar de desórdenes escolares -ya que la nomenclatura de TDAH no aparece explícitamente-, Mannoni (1965) introduce que, a pesar de que muchos de los niños que son llevados a consultar tengan problemas pedagógicos reales, el síntoma les sirve para encubrir otros motivos. El psicoanalista, al no tomar la demanda de los padres (o de la escuela) en su sentido concreto, abre las puertas para comprender la neurosis familiar de la cual el síntoma del niño se vuelve soporte. En este sentido, el síntoma representa una forma de lenguaje a la cual el sujeto se aferra y que es necesario trabajar por medio de la transferencia, para ser comprendida. Aislar la enfermedad -como se ha hecho en el caso del TDAH- produce desentendimientos y un cierre en la posibilidad de acceso al mundo simbólico, lo que no daría posibilidades a un trabajo que otorgue el estatuto que realmente merece el síntoma del niño.

Por tanto, al pensar la psicopatología infantil, Janin (2015) sostiene que los niños no pueden ser encuadrados en las mismas categorías que se usan para los adultos. Por el contrario, hay que considerar que sus malestares, sufrimientos y dificultades generalmente se relacionan a deseos, prohibiciones, identificaciones y defensas del

psiquismo infantil, pero también al de los padres. Así, partiendo de la pregunta *¿de qué se trata el TDAH?*, señala que es innegable que algunos niños presentan problemas de aprendizaje a partir de una dificultad para mantener la atención de manera sostenida, o que hay niños que se mueven de manera caótica, sin meta. Sin embargo, refiere que estas manifestaciones no representan nada en sí mismas, sino que es necesario develar su origen y significado. Para Janin (2015), el TDAH refiere a *“patologías de borde, déficit en la estructuración subjetiva, trastornos narcisistas...”, son modos de nominar aquello que, más que denunciar un conflicto intrapsíquico, plantea dificultades de organización del psiquismo en un terreno de conflicto intersubjetivo”* (p. 37).

En este sentido, propone que el proceso de estructuración subjetiva³ se da en un contexto determinado y a partir de los vínculos que el niño establece con otros humanos, por tanto, los deseos, las normas superyoicas, etc. que se arman en el intercambio con otros y que determinan la presencia de una multiplicidad de historias desde donde la organización representacional que da constitución al yo ejercerá una función inhibitoria sobre el devenir pulsional permitiendo sus posibilidades de ligazón y traducción. A partir de esto, sostiene que no existe un trastorno único sino que, al contrario, una diversidad de trastornos de la atención y la motricidad, por lo que es necesario determinar en el caso a caso a qué corresponden, ya que si se piensa al niño como un sujeto en devenir, por qué encasillarlo de manera eternizada en un funcionamiento patológico que sólo cerrará la construcción del futuro, a partir del establecimiento de un diagnóstico que será “de por vida”.

De este modo, siguiendo a Janin (2015), al profundizar en los mecanismos que componen la atención y la motricidad se pueden encontrar luces respecto de la multidiversidad del TDAH. Desde un recorrido por la teoría freudiana, diferencia que existen dos tipos de atención: una refleja, que se encuentra en el límite entre lo biológico y lo psíquico y que está ligada a la conciencia primaria (sensaciones); y una atención psíquica o secundaria, que es resultado de la inhibición de los procesos psíquicos primarios y que está ligada a la conciencia secundaria. La atención, por tanto, es el resultado de las operaciones psíquicas donde se conjuga la percepción, la conciencia, el yo y el examen de realidad, lo cual permite intuir que los trastornos de atención se relacionan con una dificultad en el yo para investir aspectos de la realidad y/o en la inhibición de procesos psíquicos primarios.

Respecto de la motricidad o hiperactividad-impulsividad, como se le denomina en la clasificación TDAH, Janin (2015) también diferencia los procesos psíquicos en juego. Primeramente, establece que usualmente se confunde la vitalidad, que implica cierto grado de inquietud, con la hiperactividad como patología. Entre sus diferencias se encuentra que la vitalidad en el movimiento sirve a una meta, un objetivo y que es parte del comportamiento infantil “normal”. La hiperactividad, por su parte, responde al movimiento sin meta u objetivo y que por ende es desorganizado.

Este tipo de movimiento se considera patológico (no en el sentido médico), en la medida que funciona en un circuito de erotización constante (incluso compulsivo en ocasiones) que promueve una mayor excitación en lugar de producir placer y descarga,

³ Este concepto se desarrollará con mayor profundidad en el siguiente apartado.

siendo necesario que exista contención externa para poder detenerlo. De igual manera que la desatención, la hiperactividad se debe a fallas en la estructuración del yo, impidiéndose al niño lograr la traducción o tramitación de la excitación, la cual permanece como urgencia (Janin, 2015). Como señala Bergès (1990, en Janin, 2015) la capacidad de dominar los propios movimientos se constituye como una historia que es parte de la memoria del cuerpo.

La dificultad en el control de la motricidad daría cuenta, entonces, de problemas específicos en el proceso de estructuración subjetiva; asociados a la diferenciación yo-no yo, estímulo-pulsión donde, si no es posible hacer estas diferenciaciones, las necesidades y los deseos se registrarían indistintamente, por lo que se huiría sin realizar acciones que permitan aliviarlas. Esto llevará al niño a moverse de forma descontrolada, buscando escapar del displacer y las tensiones internas que se tramitan a través de descargas, sin dar lugar a rodeos (pensamientos). Por tanto, estos niños no pueden parar de moverse porque se encuentran permanentemente en una huida sin destino, debido a su dificultad en el procesamiento secundario de las representaciones, lo que afecta su capacidad de representar, ligar y traducir en palabras lo pulsional (Janin, 2015).

En esta misma línea, Sanfeliu (2011), trabaja la hipótesis de que la hiperactividad se constituye como una acción inagotable. Señala que, ante estos niños, el adulto que es capaz de reflexionar sobre sus acciones no logra imaginar ni dimensionar lo que implica la vivencia de obrar sin motivo. Propone entonces que lo que se encuentra detrás de esta acción inagotable es la a-historicidad, desprovista de fantasías que lleva a que los movimientos del niño sean carentes de propósito, al no mediar el pensamiento. Para ella, la hipermotilidad se da en un espacio que no tiene límite, ya que habría una deficiencia en el otro para situar una barrera tácita al niño, que le permita sentirse cómodo y racional en su actividad. En este espacio, el niño llamado hiperactivo buscaría perseguir la fusión y actuar el deseo de retornar con la madre (estado de indiferenciación yo-no yo), produciéndose un juego de atracción/rechazo en el que ambos quedan atrapados.

Por tanto, similar a Janin, Sanfeliu (2011) asume una perspectiva crítica ante la noción médica de TDAH, señalando que se suele encasillar en este diagnóstico lo que no se sabe, lo que se considera inmaduro, lo que sigue trayectorias no habituales; patologizándose al niño y a la relación que mantiene, por ejemplo, con la madre (entendiéndosela en su función de objeto primario). Propone entonces que, en la terapéutica de estos niños, es fundamental dar lugar a ese movimiento que responde a la descarga de pulsiones truncas que adolecen de un objeto en que modelarse y realizar una función envolvente, a través de las palabras que el niño no es capaz de construir aún, hasta que se logre un vínculo que oriente hacia la explicación de sí y del otro, ya que sólo así podrá dejar de perseguir al objeto una vez que lo haya internalizado y construir una historia que atrape y dote de sentido las pulsiones, dejando la actividad sin rumbo (Sanfeliu, 2011). Si bien para esta autora las intervenciones terapéuticas con estos niños deben hacerse de manera multidisciplinaria, no se puede olvidar lo mencionado en el reduccionismo biológico, sino que se debe incluir el cuerpo en tanto agente orgánico, subjetivante y social.

Ampliando este tipo de perspectivas, Guinard (2012) propone como hipótesis que *“la sintomatología [del TDAH] puede ser considerada no solo bajo el ángulo de la descarga*

– *frecuentemente evocada en la agitación del niño – sino bajo el ángulo de una compulsión, que tiene la particularidad de generalizarse a todo el cuerpo*” (p.198). Desde este postulado, insiste en que los tratamientos farmacológicos actuales son a la vez idealizados y estigmatizados, por lo que la incorporación del enfoque psicodinámico es un aporte a la comprensión de este fenómeno, en cuanto permite afinar las modalidades de comprensión y tratamiento.

Por medio de un riguroso análisis de su práctica clínica, en la cual incorpora el uso de pruebas proyectivas y el análisis del dibujo infantil, Guinard (2012) explora el estado de tensión y desequilibrio que se expresa en esta categoría diagnóstica, donde se hace una conjunción entre falta (déficit) y exceso (hiper). Al desmenuzar el TDAH, considera que es necesario comprender cómo este desequilibrio se manifiesta a nivel económico, en la distribución de las investiduras narcisistas y objetales; a un nivel tópico, en el ejercicio de las funciones adaptativas del yo; y en un nivel dinámico, en la tensión entre la angustia y los mecanismos de defensa, conceptualizando a partir de esto las *figuras del desequilibrio*.

La primera de ellas sería *“el desbordamiento psíquico”*, donde existiría un ritmo psíquico abrumado y desbordante, debido a que las fuentes de estímulos parecen venir de manera indiferenciada del interior y del exterior, produciendo representaciones borrosas y confusas, en las cuales se difumina la diferencia entre lo interno y lo externo. Lo abrumado del aparato refiere, en este caso, a la constante interrupción de los procesos de pensamiento por descargas motoras y verbales que parecen ser expulsadas sin discriminación, y en donde la actividad psíquica puede reanudarse gradualmente sólo si el objeto logra establecer una función de límite.

Una segunda figura sería *“los caprichos del trabajo de representación, entre demasiado lleno y demasiado vacío”*, en donde el desequilibrio se asocia al exceso, pero también a la ausencia (demasiado vacío) que a veces conviven en el mismo niño. Aquí el desequilibrio se manifiesta en la necesidad o urgencia de multiplicar las representaciones que se vuelven incontrolables. En este caso, el comportamiento intentaría llenar el agujero de la desinvestidura materna, que opera a través de llenar el pensamiento por medio de un uso compulsivo de las representaciones; sin embargo, este proceso en sí mismo sólo contribuye a amplificar el dolor que se busca evitar. Respecto del *“demasiado vacío”*, en contraste con el desbordamiento, la psiquis se experimenta como un espacio interior desierto a causa de la inhibición.

Una tercera figura es *“la dificultad de ligazón entre la representación cosa y la representación palabra”*, donde el desequilibrio se expresa en la dificultad del niño para decir con palabras lo que parece pensar en imágenes, las cuales entran en escena por medio de posturas, gestos, expresiones con las manos, entre otras, que buscan compensar la falta de palabras. En este caso, la dificultad para encontrar y usar palabras parece retrasar la adecuación de la palabra a la cosa, ya que cuando se encuentran se produce la agitación y sobreexcitación. El lenguaje parece separado de su función representativa, por lo que se lo expresa a través de onomatopeyas, ecolalias, ráfagas de sílabas, etc. Estas manifestaciones pueden comprenderse como una expulsión, pero también desde su dimensión autoerótica sobre la zona oral, por lo que puede establecerse que ocurre una condensación, por así decirlo, de la oralidad y analidad; del autoerotismo y del llamado al objeto.

Como cuarta figura se encuentra *“el aislamiento perceptivo al servicio del tratamiento de la excitación”*, donde el desequilibrio surge de la sustitución de la aprehensión del conjunto por una atención excesiva al detalle, donde lo uno se separa del todo. La hipótesis detrás de esta figura es que la división del todo en partes pequeñas lo hace abordable y el proceso asociativo se alcanzaría sólo a través de un todo reducido a sus hebras.

Finalmente, la quinta figura sería *“la dialéctica entre las investiduras narcisistas y objetales”*, donde el desequilibrio se atribuye a la distribución de estas investiduras. La investidura de las representaciones de objeto debería ir de la mano de la representación del yo, el cual se encuentra investido libidinalmente. Sin embargo, en estos casos existe una dificultad al nivel de la investidura de las relaciones objetales. La libido narcisista desinvieste al objeto, dificultando que éste cumpla su función de apuntalamiento y ante la pérdida de objeto, emerge la ansiedad de castración; llevando a que la libido se movilice hacia el yo como refuerzo narcisista, lo que impide la circulación libidinal.

A partir del análisis de estas figuras, Guinard (2012) señala que en el caso de los niños denominados TDAH existe una fragilidad en el yo sobre sus aspectos adaptativos e identificadorios, los que interfieren su posibilidad de reconocer un objeto total, la diferencia entre los sexos y las relaciones de parentesco. Además, en los niños donde priman las defensas psicóticas esta fragilidad afectaría su relación con lo real. Sin embargo, esto también es susceptible de observarse en niños donde la base de la identidad es más fuerte y estos elementos están mejor anclados, a causa de la confrontación con las representaciones edípicas que pueden ser más problemáticas que la confrontación con las representaciones arcaicas (Guinard, 2012).

Por otra parte, Guinard (2012) destaca que en el análisis de los componentes de la fragilidad del yo, es necesario poner atención a cómo se articula la pasividad y la actividad. Refiere que en el caso de los niños más pequeños es difícil mantener esta interrogante, ya que la identificación sexual se reemplaza por la identificación con objetos parciales, haciendo que la representación de sí sea frágil y escindida. Pero en el caso de los mayores, localiza una identificación a la posición activa y una resistencia a la pasividad que incluso, en el caso de algunos preadolescentes, lleva a que el movimiento de una posición a otra sólo se alcance a través de representaciones bisexuales, pero en las cuales persiste el conflicto con las figuras parentales y la problemática identificatoria (Guinard, 2012).

En torno a la angustia y los mecanismos de defensa que operan en la fragilidad del yo descrita por Guinard (2012), se encuentra la angustia ante la pérdida de los objetos primarios, la angustia de castración y las fantasías. Estas últimas son construidas desde las fantasías originales y la conflictiva edípica que, enlazadas, escenifican la lucha de los deseos prohibidos y la expresión de la culpa. Esto lleva a que se movilicen defensas dentro de las cuales identifica: escenificaciones de valencia sadomasoquista, debido al predominio de la analidad en las fantasías; la interrupción de la fantasía frente a la masividad de las representaciones en torno a la pérdida, que termina en ocasiones en una sobreinvestidura de la separación o un uso compulsivo de la alternancia entre presencia y ausencia; el reemplazo de las fantasías edípicas por figuraciones de caída o dolor físico; el uso apresurado y lúdico del lenguaje, que se encuentra en el borde de la manía; entre otras. La diversidad de estas organizaciones defensivas es variable para cada niño y

pueden expresarse de manera lábil o más rígida, pero siempre dan cuenta del tropiezo de la defensa para contener la excitación movilizada por la pérdida de los objetos y la castración.

Del desarrollo anterior, Guinard (2012) concluye que, si bien se suele atribuir la disarmonía e inestabilidad presente en estos niños a una falta de “mentalización”, el análisis de las mencionadas “figuras del desequilibrio” permite ver el papel activo de las fantasías edípicas, lo que lleva a suponer que las modalidades del comportamiento no cortocircuitan el trabajo psíquico, sino que más bien son parte de las estrategias del niño para dar forma al afecto, son modos de figuración y significación. Por tanto, la naturaleza simbólica de estas figuras permite situar a la agitación y el comportamiento de estos niños no del lado de la expulsión sino que del de la compulsión, en tanto la acción compulsiva tiene significación e historia. Como lo explica Freud (1920, en Guinard, 2012), el juego del carretel es un intento de elaboración del niño ante la pérdida de la madre, por medio de un acto que implica asumir una posición activa ante la pasividad de la pérdida.

Por tanto, para Guinard (2012), el acercar a estos niños a las habilidades de adaptación y de aprendizaje (entendido en sentido psicoanalítico), a la posibilidad de figuración y de soñar sería, una manera de conducirlos por medio de una presencia vinculante y objetalizante por este camino obstruido, facilitando su salida del registro de la compulsión.

Por otra parte Renard (2012), cuestiona el sistema cognitivo actual a partir de la evaluación de la inteligencia, en donde las orientaciones académicas y terapéuticas quedan subsumidas en una biotecnología que rechaza cualquier etiología psíquica, en pos de un orden cada vez más moral y normativo que se impone a la infancia. Por tanto, busca especificar el distanciamiento que se hace de este modelo a la hora de pensar el padecimiento infantil asociado a la categoría de TDAH desde el psicoanálisis. Critica cómo los estudios cognitivos de inteligencia han evolucionado hacia la construcción de una medida de la atención a partir de índices de velocidad de procesamiento y memoria de trabajo, y cómo esto se relaciona con el orden neurobiológico que, por medio de un supuesto alivio de los síntomas, atribuye un origen orgánico al TDAH. Esto la lleva hacia la terapéutica actual del TDAH donde, en consideración a los aspectos mencionados, se priorizan las terapias conductuales, basadas en teorías neurobiológicas que operativizan la enfermedad mental, eliminando al niño sujeto de su síntoma.

A partir de esto, Renard (2012) señala que para el enfoque psicoanalítico la hiperactividad o desatención no es un error en el tratamiento de la información, sino un signo clínico dentro de un trastorno neurótico o psicótico que tiene que ver con los efectos del inconsciente en lo infantil, donde estas expresiones comportamentales dan cuenta de un rasgo de estructura. Basándose en los postulados de Lacan, Renard (2012) analiza un caso en donde la distracción se manifiesta en las situaciones de trabajo escolar que no dan placer sino que, al contrario, se convierten en un trabajo repetitivo que lleva a una situación de fracaso. Desde la presentación de este caso, cuestiona la demanda escolar y materna de tratamiento, que se centra en la imposibilidad del niño para rendir en la escuela; señalando que leer y escribir refiere a la falta, en tanto son tareas donde se le pide al niño que haga frente a la falta que lo destrona como objeto fálico de disfrute

materno, por lo que requiere permanentemente que se le erija como tal, afectándose su proceso de aprendizaje escolar.

En tanto el niño viene a resolver para la madre su propio problema de castración (Mannoni, 1964, en Renard, 2012), repitiendo en sus síntomas lo que esto implica, siendo entonces un objeto sin deseos propios, cuyo único papel será llenar el vacío materno. Al no encontrarse con la “falta en ser” de la madre, la operación de alienación y separación que debería dar sentido a la falta del niño se ve obturada, produciéndose una objetivación de su falta que ocultará la enfermedad de la madre. Por tanto, si el padre no desaloja al niño de su identificación con el falo imaginario, éste se aferrará a su lugar y sólo experimentará culpa. Así, en el caso expuesto, esta autora propone que la dificultad del niño para elegir letras, cortarlas y dejar agujeros se ve interrumpida ya que se requiere de pensamientos que llenen la falta en el Otro, que finalmente producen los problemas atencionales. En conclusión, para Renard (2012), la demanda “psi” proviene de la inflación de categorías nosográficas como el TDAH, las cuales generan un circuito bio-tecnonormativo cerrado sobre el inconciente, lo que termina por excluir el padecimiento psíquico, condenándolo a la repetición incesante dentro de este circuito.

Finalmente, un último trabajo que se incluirá es el de Condant (2011), quien a partir del análisis de la categoría TDAH intenta revelar un funcionamiento psíquico específico, que da cuenta de un modo particular de relación entre el sujeto y el significante. En primer lugar, destaca que clásicamente la consulta por estos niños se hace a partir de la suposición de un sufrimiento que rara vez es reconocido por ellos mismos, en tanto la hiperactividad, la impulsividad y la desatención no son motivo de sufrimiento. El malestar que perciben proviene de lo que expresa el entorno, la familia, la escuela, los maestros, sus compañeros respecto de ellos (discriminación, por ejemplo) y por el fracaso escolar que experimentan. Entonces, el TDAH afecta el vínculo social es decir, la relación al otro a partir de la imposibilidad de encajar en el orden social.

Siguiendo a esta autora, los niños a los que pueda atribuírseles los criterios DSM son niños que han ingresado al lenguaje y que, por tanto, tienen acceso a la represión. Sin embargo, lo que se observa en la clínica es que la represión no está en primer plano, por lo que no les es posible confiar en ella – menos en la sublimación- cuando se trata de cumplir con la ley o aprender. Desde una perspectiva freudiana, esto se entendería desde un fracaso en el ideal del yo que, como se sabe, está implicado en la configuración del narcisismo (Freud, 1914, en Condant, 2011) y desde una perspectiva lacaniana, esto se comprendería con la introducción del estadio del espejo como formador de la función del yo (Lacan, 1949, en Condant, 2011), donde se da cuenta de la transformación del sujeto en la medida que asume una imagen y las posibles vicisitudes de este proceso.

Dentro de estas, donde la imagen total del cuerpo que puede asemejarse a lo descrito como el yo ideal freudiano, es dada desde el exterior; posee una calidad de señuelo y una forma primordial en el lenguaje. Así, la toma de lo simbólico tendrá lugar (o no) a partir de la conjunción de la presencia del otro en el discurso del cual el niño está identificado, y en la tensión entre lo real del cuerpo y la imagen de este cuerpo (la totalidad virtual en el espejo). Por tanto, la identificación imaginaria con la forma sólo tiene lugar en la medida que el sujeto fue previamente identificado en el Otro, en un punto preciso que inscribe como el Ideal del yo, el cual contiene las marcas insignia por las

cuales el sujeto estaba representado en el Otro, desde el discurso de sus padres (Lacan 1960, en Condant, 2011).

El significante, como broche del sujeto, se convierte en una de sus características identificándolo simbólicamente, haciendo que se pierdan las demás cualidades que construyen la imagen especular. El sujeto se construye entonces por una elisión del significante, desde la cual reserva los atributos dados por el Otro a través del discurso de la madre y por la constitución de la falta. Como refiere Lacan (1960, en Condant, 2011) la identificación simbólica del sujeto en el discurso de la madre esta estructuralmente acompañada de una pérdida (que se constituye como el objeto *a*), en donde lo real del cuerpo, como imagen especular, será socavado en la ley del lenguaje. La madre estará ausente en tanto desea algo más que el niño (el padre) y el niño, identificado como deseo de la madre, deberá descubrir que no lo encarna o que no posee lo que ella desea (el falo). Por medio de la inscripción de la metáfora paterna, El-Nombre-del-Padre, se representará la significación de esta falta en la madre y la castración para el niño actuará como un nudo, que expresa el objeto perdido y que reconfigura la falta original en el orden simbólico (Conant, 2011).

Sería en este espacio donde se encuentra la problemática de los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH para Condant (2011), quienes evolucionan al margen de este comienzo. Los padres se sienten convocados a no estar nunca ausentes, pero siempre hay algo que escapa de ellos, el niño anticipa lo que recibe de ellos como su deseo, identificándose como el objeto de deseo de la madre y como falta. Como señala Bergès (1975, en Condant, 2011), los niños hipercinéticos no juegan con palabras ni con sus cuerpos: juegan con lo que falta. El niño hipercinético o hiperactivo se encuentra atrapado en un juego de espejos entre su narcisismo y el de sus padres, que produce una búsqueda identificatoria en ocasiones con inversión de lugares (se posiciona como una caricatura del adulto) y en la cual está como controlado remotamente por la madre. La hiperactividad sería, entonces, el intento del cuerpo por mirar en el otro y reencontrar o renovar una imagen que se había experimentado previamente en el estadio del espejo, pero que permanece en el límite del lenguaje y que no se integra en un espacio en tres dimensiones. Si estos niños han pasado por la castración y la falta que esto simboliza, es como si no hubieran podido dar continuación a la secuencia de las primeras metáforas, como si no pudieran seguir hablando en un discurso que renueve y sostenga la falta en un orden simbólico. El discurso social tendría aquí un impacto trascendental, dada su fragilidad simbólica y la abundancia de objetos de consumo que contribuyen a que los niños con TDAH no pueden identificarse con un lugar que estaría vacío o libre para ellos. Al contrario, en la actualidad la imagen y la apariencia prevalecen sobre las palabras y estas usualmente se usan para llenar la falta original evitando cualquier ansiedad, pero a la vez cualquier deseo (Condant, 2011).

Desde Freud y su propuesta en *Tres Ensayos de Teoría Sexual* (1905, en Condant, 2011), la actividad académica y la atención que esta implica están ligadas a una excitación sexual, por lo que el TDAH podría entenderse como una especie de fijación a la excitación que proviene de la actividad muscular, pero en ausencia de sí, por lo que el niño no podría cambiar de actividad o dirigir su atención. Sería entonces un trastorno en la sexualidad infantil, que impide que el niño se concentre en el aprendizaje cuando se le pide que lo

haga (Condant, 2011). Para Lacan (1958, en Condant, 2011), la castración hace posible la represión, prohíbe el acceso al goce y obliga a seguir un canal fálico que contiene la otredad y el acceso a la cultura, pero en el caso de los niños diagnosticados con TDAH, el goce no logra ser canalizado por el disfrute fálico, sino que se queda en islotes de goce Otro. A partir de esto, la desatención puede considerarse como un hecho clínico donde el niño está en otro lado, fuera del campo de la relación; y la hiperactividad como un intento por salir de ese modo de goce Otro. Al jugar con la falta, el niño re-juega la escena del espejo, pone en tensión un movimiento autoerótico y uno de disolución que podría permitir que la libido se mueva hacia el canal fálico, pero como no puede hablar, se pierde en movimientos desordenados (Condant, 2011).

Contraria a quienes conceptualizan el TDAH como un acto, Condant (2011) señala que ni el movimiento incesante, ni el discurso intempestivo, ni la ausencia psíquica o la falta de atención actúan, sino que están fuera del sentido porque si el niño se encuentra comprometido corporalmente, no está allí como sujeto. Tampoco podría hablarse de pasaje al acto en la hiperactividad, ya que el movimiento es sólo un intento de capturar una imagen donde lo real no emerge. Tampoco es un acting-out, porque eso implicaría un significado que subyacería a la escena. Sería entonces un modo particular de relación al objeto y al goce, donde el sujeto no puede permanecer como sujeto parlante, al ser incapaz de mantener la relación con la falta en el orden simbólico. El TDAH termina por aparecerse como islotes de goce Otro que se asocian al problema de la identidad subjetiva de los niños, quienes quedan atrapados en juegos de espejos, fuera del campo de la relación. De esta manera, si en su tratamiento -como se plantea en el DSM- sólo se interpreta su movimiento o se le da un significado, este se repetirá infinitamente, congelando la relación en una dimensión imaginaria. En cambio, si el niño puede descansar en el habla, si el otro puede encarnar durante un tiempo el lugar del Otro, le permite en la transferencia volver a registrarse como una falta y ocupar un lugar de sujeto en el lenguaje (Condant, 2011).

A partir de las perspectivas psicoanalíticas revisadas, más allá de las diferencias conceptuales o de los aspectos de la teoría psicoanalítica que uno u otro autor destacan, se puede observar que a la hora de comprender el TDAH es central el lugar del proceso de estructuración psíquica o subjetiva, del narcisismo (yo y superyó), del devenir pulsional, de la(s) identificación(es), del deseo y el goce. Dado esto, se vuelve necesario profundizar con mayor detalle estos aspectos, con el fin de incorporar estas dimensiones teóricas al análisis del material que sostiene esta investigación.

5.4. El proceso de estructuración subjetiva

Como se mencionó, el proceso de estructuración subjetiva es uno de los conceptos centrales en los desarrollos teóricos revisados. Sin embargo, no es obvio lo que se entiende por este proceso, ni tampoco el lugar que su delimitación asume en la conceptualización y terapéutica del TDAH.

Janin (2015) destaca que un hito relevante en este proceso, y quizás su comienzo, se sitúa en la posibilidad del niño de diferenciar el adentro y el afuera. Esta primera diferenciación, que tiene origen en el encuentro del niño con el pecho y que permite la

transformación de la necesidad en experiencia de gratificación, hace posible comenzar a diferenciar lo que es un estímulo (que se caracteriza por ser intermitente, externo y ante el cual es posible huir) de la pulsión (la cual es constante, interna e incoercible; es decir, inevitable a través de la huida). Esta diferenciación es fundamental para el psiquismo, en tanto permite desplegar modos específicos de afrontamiento que buscan mantener el principio del placer. En el caso del estímulo, si se vuelve displacentero, emprender la huida; y en el caso de la pulsión, lograr su satisfacción por medio de rodeos (Freud, 1915a). Por tanto, si esta primera diferenciación sufre tropiezos, lo que ocurrirá es que se reacciones de manera indiferenciada ante el estímulo y la pulsión; manteniéndose, por ejemplo, una huida permanente. Esta fase puede ligarse al problema de la desatención y la hiperactividad, en tanto ambas pueden representar intentos de fuga frente a esta indiferenciación que anega el psiquismo.

En segundo lugar, para Janin (2015) es necesario que se establezca la diferenciación entre yo y no-yo, desde la cual el niño investirá el mundo exterior. Esta investidura se sostiene en el proceso de identificación que se realiza con un otro que va libidinizando y metabolizando el mundo, por lo que si el otro, que usualmente se representa a través de la madre, no puede erotizar nada más que su propio cuerpo o sensaciones; no transmitirá una mirada deseante hacia el mundo, haciendo que difícilmente el niño invista algo externo a sí mismo.

En tercer lugar, esta autora sitúa que es necesario que se construya la diferenciación yo-otro. Esta diferencia se logra con la función de espejo que realizan los otros, por medio de la atribución de una imagen al bebé. La configuración de esta imagen estará marcada por lo que los adultos u otros incorporen a ella, poniéndose de relieve el amor, la permanencia y la estabilidad de los objetos. Este proceso de constitución desde el “yo placer” al “yo realidad” permitirá que, en conjunto al superyó y el ideal del yo, se internalicen las normas e ideales que posteriormente permitirán, por ejemplo, seguir instrucciones en la sala de clase.

De este modo Janin (2015), por medio del proceso de estructuración subjetiva da cuenta cómo se requiere de complejos procesos psíquicos -los cuales pueden sufrir contratiempos- para que esté presente la capacidad de poner atención, seguir indicaciones y normas, entre otras capacidades esperables en la infancia. También destaca que, para que el aprendizaje tenga lugar, es necesario que el deseo sea motor de búsqueda y que esta lleve al sujeto hacia metas cada vez más distantes de lo primitivamente deseado. A su vez, es necesario también que opere el proceso secundario como freno o contención del devenir pulsional, evitándose así que predomine la exigencia de seguir los propios deseos, ya que cuando hay una dificultad en el procesamiento secundario se está frente a un problema en la posibilidad de representar, ligar y de traducir en palabras lo pulsional.

Quizás se pueda comprender en mayor profundidad el proceso de estructuración psíquico propuesto por esta autora, si se recuerdan las tres polaridades que según Freud (1915a) gobiernan la vida anímica. Estas polaridades se sitúan en la oposición entre: sujeto (yo)-objeto, placer-displacer y actividad-pasividad. La primera de estas, que ocurre en la temprana diferenciación entre yo y no-yo (mundo exterior, objetos externos), proviene de la experiencia de dominación o apaciguamiento que el sujeto logra sobre los

estímulos externos y la indefensión que experimenta ante las pulsiones, que se consideran de origen interno. La segunda oposición se establece a partir del principio de placer, entendiéndose la ganancia de placer como la reducción de energía o tensión al interior del aparato y el displacer como un aumento de la energía al interior del psiquismo. La tercera, asociada a la opción activo-pasivo, que más tarde se fusionará con la polaridad masculino y femenino, da cuenta de la pasividad que mantiene el yo-sujeto hacia el mundo exterior y la actividad a la que se ve compelido por el devenir pulsional.

Estas tres polaridades se enlazan recíprocamente, coincidiendo en su origen dos de ellas. El yo se encuentra, al comienzo de la vida anímica, investido por pulsiones y de manera autoerótica es capaz de satisfacerlas⁴. A partir de este “yo-placer” se originará más tarde el “yo-realidad”, dadas las tendencias libidinales que buscarán investir objetos externos como deriva de las pulsiones de autoconservación. A partir del “yo-realidad” se distingue el adentro-afuera. El yo-placer, que pone al placer por encima de todo, descompone el mundo exterior en una parte de placer que incorpora y otra, un resto que le es ajeno y que es experimentándolo como hostil. Existe entonces una nueva coincidencia entre las polaridades yo-placer y mundo exterior-displacer. Con el ingreso del objeto en la etapa del narcisismo se despliega el odiar, como antítesis del amar. Así como la oposición amor-indiferencia refleja la oposición yo-mundo exterior, la oposición amor-odio da cuenta de la polaridad placer-displacer, estableciendo modos de relación del yo con el objeto. Cuando este último reporta sensaciones placenteras, el yo busca acercarse a él y cuando las sensaciones son displacenteras, el yo aumenta la distancia emprendiendo la huida por la repulsión u odio que experimenta ante el objeto y que incluso puede devenir en deseos de aniquilación. El amar al objeto se instala en el vínculo entre placer del yo y el objeto, que en definitiva constituye y se fija en los objetos sexuales y en los que satisfacen las necesidades sexuales sublimadas. En resumen, citando a Freud (1915a):

Los destinos pulsionales consisten en que las mociones pulsionales son sometidas a las influencias de las tres grandes polaridades que gobiernan la vida anímica. De estas tres polaridades, la que media entre actividad-pasividad puede definirse como la biológica; la que media entre yo y mundo exterior, como la real; y, por último, la de placer-displacer como económica (p. 134).

5.5 El narcisismo, el yo y el superyó

A partir de lo revisado hasta aquí, se requiere situar que se entiende por narcisismo y cómo este se relaciona con el yo y el superyó.

Para Freud (1914), el concepto de narcisismo se encuentra ligado a la teoría de la libido. A partir de él establece que existe una investidura originaria, que luego se convierte en investidura de objeto. A partir de esto, diferencia que existe la libido yoica y la libido de objeto, por medio de la cual la investidura originaria que recaería sobre el yo luego es cedida a los objetos, pero siempre conservándose una parte, es decir, al interior del yo

⁴ Lo que se denomina estado narcisista y que se revisará con mayor detalle a continuación.

permanece un monto de libido que no es trasmudada a los objetos y, al mismo tiempo, las investiduras que se extienden a los objetos puede ser retiradas hacia el yo nuevamente. Existiría por tanto una oposición entre la libido yoica y la de objeto, la cual produce que mientras más se gaste en una más se empobrece la otra.

De esta manera, Freud (1914) observa que, en un comienzo, las energías psíquicas se encuentran unidas en el estado de narcisismo y sólo a través de las investiduras de objeto es posible diferenciar la libido (energía sexual) de las pulsiones yoicas. Bajo el supuesto de que el yo no está presente desde el origen (Bleichmar, 1984) y, por tanto, debe ser desarrollado; es posible identificar que se requiere de una nueva acción psíquica que se suma al autoerotismo para formar el narcisismo.

El traspaso de la libido yoica a los objetos sobreviene cuando la investidura del yo sobrepasa cierta medida, haciéndose necesario que se dirija hacia objetos externos para preservarlo, lo que además lo pone en riesgo si es frustrado en ese intento. En este punto, la elaboración psíquica se encuentra al servicio del desvío interno de las excitaciones que no logran descarga directa hacia el exterior, o que pueden parecer indeseables en ese momento. El desvío que opera en este punto puede hacerse sobre objetos reales (externos) o irreales, siendo problemático esto último sólo cuando se produce una estasis libidinal por introversión o devuelta al yo y no sobre las fantasías (Freud, 1914).

La elección de objeto en el niño se hace a partir de las primeras satisfacciones sexuales autoeróticas que provienen de la autoconservación, estas se apuntalan al comienzo en la satisfacción de las pulsiones yoicas, para más tarde separarse de ellas. Sin embargo, existe otro tipo y fuente de elección de objeto que no es por apuntalamiento (tipo anaclítico), sino que es de tipo narcisista. En este último, el desarrollo libidinal experimenta una perturbación que lleva a que no se elija un objeto de amor de acuerdo con el modelo de la madre o de quien realizó su función; sino que se hace en base a sí mismo, por predominio del narcisismo primario. De acuerdo con esto, según el tipo narcisista de elección de objeto se ama a lo que uno es, fue, querría llegar a ser (problema del ideal del yo) y a la persona que fue parte de sí mismo (hijo). En cambio, según el tipo de elección de objeto por apuntalamiento, se amaría a la madre nutricia y al padre protector (Freud, 1914).

El narcisismo originario o narcisismo primario (proveniente de las atenciones y cuidados de los padres) está expuesto a perturbaciones asociadas al “complejo de castración” (angustia por el pene en el varón, envidia del pene en la niña), que moviliza el complejo de Edipo y la represión, haciendo posible que de esta última se obtengan luces sobre el destino de la libido yoica (Freud, 1914). Como se ha venido desarrollando, la libido yoica no se traspasa íntegramente a los objetos, sino que el yo conserva una parte de ella en la conformación del ideal del yo. En palabras de Freud (1914):

Sobre este yo ideal recae ahora mismo el amor de sí mismo de que en la infancia gozó el yo real. El narcisismo aparece desplazado a este nuevo yo ideal que, como el infantil, se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas. Aquí, como siempre ocurre en el caso de la libido, el hombre se ha mostrado incapaz de renunciar a la satisfacción de que gozó una vez. No quiere privarse de la perfección narcisista de su infancia, y si no pudo mantenerla por estorbárselo las admoniciones que recibió en la época de su desarrollo y por

el despertar de su juicio propio, procura recobrarla en la nueva forma del ideal del yo. Lo que él proyecta frente a sí, como su ideal, es su sustituto del narcisismo perdido de su infancia, en la que él fue su propio ideal (p. 91).

De este modo, es posible sostener que la formación del ideal del yo parte de la conciencia moral y la influencia crítica de los padres, a la que se suman los educadores, los maestros y todas las personas del medio (el discurso social). El desplazamiento de la libido hacia un ideal impuesto desde afuera y la satisfacción que se obtiene mediante su cumplimiento permite el desarrollo del yo, al favorecer el distanciamiento del narcisismo primario. En paralelo, el yo emite investiduras de objeto que, al igual que el ideal del yo, lo empobrecen; pero que pueden enriquecerlo, a través de las satisfacciones que obtiene de los objetos y del cumplimiento del ideal. Se puede concluir, entonces, que estas tres instancias conforman al yo (narcisismo infantil, cumplimiento del ideal y satisfacción de la libido de objeto) (Freud, 1914).

Como una parte diferenciada al interior del yo se encuentra el superyó, el cual tiene su génesis en la resignación de los objetos sexuales primarios que debe hacer el yo, produciéndose una alteración que termina en una erección del objeto en su interior. De este modo, se puede suponer que mediante una introyección el yo logra resignar sus objetos, conservando una identificación que es la facilitadora de este proceso (Freud, 1923).

A través de esta introyección, el yo cobra los rasgos del objeto y se impone al ello como objeto de amor, permitiendo que en la trasposición de libido de objeto a libido narcisista se lleve a cabo la resignación de las metas sexuales, es decir, que ocurra una desexualización de estas (Freud, 1923). Estas primeras identificaciones serán universales y duraderas, representando la génesis del ideal del yo, y serán reforzadas por las posteriores identificaciones que devienen de la resignación del padre y la madre como objeto sexual. Citando a Freud (1923):

Así como resultado más universal de la fase sexual gobernada por el complejo de Edipo, se puede suponer una sedimentación en el yo, que consiste en el establecimiento de estas dos identificaciones, unificadas de alguna manera entre sí. Esta alteración del yo recibe su posición especial: se enfrenta al otro contenido del yo como ideal del yo o superyó (p. 36).

A partir de esto, el superyó conservará el carácter del padre y, dependiendo de la intensidad que haya asumido el complejo de Edipo, será la rigurosidad del superyó a través de la conciencia moral y el sentimiento de culpa. La separación del superyó del yo no es producto de la contingencia, sino que representa los rasgos más representativos del desarrollo del individuo y de la especie (la sociedad y la cultura), procurando el influjo parental sobre el individuo y eternizando los factores que lo originan. En base a esto, se sostiene que el ideal del yo es el heredero del complejo de Edipo, ya que contiene las mociones libidinales más potentes para el sujeto y representa uno de los destinos libidinales más importantes del ello (Freud, 1923). Posteriormente el influjo parental será asumido por maestros y autoridades que, retomando el papel del padre, sostendrán sus

mandatos y prohibiciones ya que estas permanecen vigentes en el ideal del yo, ejerciendo la conciencia moral y la censura moral.

5.6. Pulsión, destinos de pulsión y dos de sus tipos (apoderamiento y saber)

Si bien el concepto de la pulsión permanece oscuro en la mayor parte de la obra freudiana, el desarrollo conceptual que Freud logra es fundamental para la comprensión de la actividad al interior del aparato psíquico y que, como se propuso previamente, se encuentra en las conceptualizaciones psicoanalíticas actuales sobre el TDAH. Así, la pulsión puede comprenderse inicialmente en Freud (1915a) como:

Un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Repräsentant} psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal (p. 117).

Con el desarrollo de la obra freudiana, el concepto de pulsión sufre diversas modificaciones. Así, en *Más allá del principio de placer* Freud (1920) señala que la pulsión es un esfuerzo propio de lo orgánico vivo, por medio del cual se busca reproducir un estado anterior que debió ser resignado por el influjo de fuerzas externas y que es, por tanto, una elasticidad orgánica que exterioriza la inercia de la vida. En este tiempo, la contraposición entre pulsiones yoicas y sexuales se abandona, estableciéndose que ambas contienen componentes libidinales por lo que se las agrupa en las pulsiones de vida o Eros, en contraposición con las pulsiones de muerte, que concentrarían las tendencias del organismo a retornar a un estado inerte. Posteriormente, en *El yo y el ello*, Freud (1923) agregará que ambos tipos coexisten en el individuo, ligándose entre sí y entremezclándose, siendo susceptibles de sufrir una desmezcla o desunión más o menos completa, que lleva en ocasiones a que predominen los aspectos o características de una sobre la otra.

Un punto central de la teorización en torno a la pulsión se encuentra en el predominio del principio del placer en la vida anímica, el cual se deriva del principio de constancia. Como se supone originalmente, este principio domina y orienta todas las actividades del psiquismo; sin embargo, su estudio da cuenta que, a pesar de su fuerte tendencia, hay instancias en donde se ve cuestionado, como sería el caso de las neurosis traumáticas. A partir de esto, es posible diferenciar que el principio del placer es una forma de trabajo propia del proceso primario (proceso que ocurre en el inconsciente de investidura libre), el cual es relevado por el influjo del principio de realidad y la actividad del yo. Sin resignar el propósito de ganancia de placer, el yo logra posponer la satisfacción por medio de este principio, renunciando a ciertas formas de alcanzarla y tolerando el displacer proveniente de este ejercicio, dándose paso a lo que se entiende por proceso secundario (proceso que ocurre en la vida de vigilia, donde hay ligazón de las investiduras). A esto se suma el trabajo de la represión, la cual también genera rupturas en el principio de placer, por medio de la transformación de una posibilidad de placer en fuente de displacer, como ocurre en el sentimiento de culpa (Freud, 1920).

Otro principio relevante que se desprende del principio del placer y de la relación entre el proceso primario y secundario se relaciona a la posibilidad que encuentra el sujeto de trocar la posición pasiva por una activa (el juego del fort-da), que permite dominar el displacer, dando paso al placer por medio de diversas vías que elaboran y convierten en objeto de recuerdo lo que podía ser displacentero (Freud, 1920). Sin embargo, existe también otro tipo de recuerdo, que más bien no puede constituirse como tal, sino que lleva al sujeto a la repetición. Esta reproducción tiene por contenido fragmentos de la vida sexual infantil, por ende del complejo de Edipo, que son escenificadas en la transferencia. Esta “compulsión a la repetición” de un material reprimido inconsciente produce que en su re-vivenciar se experimente displacer en un sistema y placer en otro (Freud, 1920).

No obstante, la compulsión a la repetición también devuelve vivencias que no son placenteras para ninguno de los dos sistemas, por lo que se encontrarían más allá del principio de placer. Entre estas se encuentran las asociadas a la cicatriz o herida narcisista, que puede expresarse a través del “sentimiento de inferioridad”; el desengaño ante una satisfacción que nunca llegó por parte del progenitor del sexo opuesto; el nacimiento de un hermanito; la exigencia creciente de la educación; entre otras, que se repiten en la transferencia del neurótico. Esta repetición también es susceptible de encontrarse en personas no neuróticas, quienes tienen la experiencia de un destino fatal que las persigue. Este último material, escrutado desde un punto de vista analítico, devela que este destino es autoinducido y que responde a los influjos de la vida infantil. Este “eterno retorno de lo igual” puede ocurrir a través de conductas activas que lleva a la repetición de ciertas vivencias, como buscadas por el sujeto mismo o de manera pasiva, donde se experimenta la repetición como un destino ajeno a sus actos (Freud, 1920).

En este momento de la teoría freudiana, el principio de placer es el responsable de que el aparato psíquico quede libre de excitación y de que esta se mantenga constante o al mínimo posible, por lo que se considera que el principio del placer se encuentra al servicio de la pulsión de muerte. Más tarde se establecerá que el principio de placer aspira a la vida y que, en contraposición, se encuentran las pulsiones de muerte, que tienden al estado original de inercia. Si bien el principio de placer se establece como una ley del aparato psíquico, las pulsiones por su parte, no tienen esta característica.

Como referirá Freud al final de su obra (1940), el poder del ello expresa el genuino propósito vital del individuo y consiste en satisfacer necesidades congénitas. El propósito de mantenerse con vida, es decir, la autoconservación y protegerse de la angustia, corresponde al yo. Este además tiene que encontrar la manera más favorable de satisfacción, con miramientos por el mundo exterior. El superyó, por su parte, aunque puede imponer nuevas necesidades al yo, tiene como tarea limitar la satisfacción.

Las pulsiones son entonces fuerzas tras la tensión, a partir de las necesidades del ello. Representan los requerimientos del cuerpo a la vida anímica y, aunque son las responsables de toda actividad, su naturaleza es conservadora. Se puede distinguir un número indeterminado de pulsiones, pero todas se agrupan entre las pulsiones de vida o de muerte. Las primeras tienen como función la ligazón y producción de unidades vitales cada vez mayores, y las segundas disolver nexos y destruir las cosas del mundo, siendo su última función la de transportar lo vivo a un estado inorgánico anterior. En la vida

psíquica, ambas pulsiones se combinan y producen efectos la una sobre la otra. Así el comer, por ejemplo, es un acto de destrucción del objeto pero que busca la incorporación de este; la acción sexual una agresión que aspira a una unión más íntima (Freud, 1940).

Siguiendo a Freud (1940), se establece que la pulsión no puede circunscribir a las provincias anímicas, se encuentra por doquier. En un estado inicial, la íntegra energía del Eros o libido está presente en el yo-ello, que aún se encuentra indiferenciado y neutraliza las inclinaciones de destrucción simultáneamente presentes. Esta última produce efectos en lo interior como pulsión de muerte, pero de manera muda y sólo es susceptible de ser identificada, cuando se externaliza como pulsión de destrucción, y el que esto acontezca sirve a la necesidad de conservación del individuo. Ciertos montos de la pulsión de agresión son fijados en el interior del yo por acción del superyó, y aunque esto representa un riesgo para el yo (porque retener la agresión puede ser insano), implica una vía necesaria para el desarrollo cultural.

En relación con los destinos de la pulsión, los cuales son trabajados con mayor especificidad en un momento más temprano de la obra freudiana (1915a), se distinguen cuatro principales: el trastorno hacia lo contrario, la vuelta hacia la persona propia, la represión y la sublimación. A continuación se mencionarán brevemente las principales características de estos destinos, en tanto se apuesta a que sus mecanismos pueden incorporarse como claves de análisis en la presente investigación y porque entregan coordenadas fundamentales acerca del operar psíquico.

Siguiendo a Freud (1915a), los destinos pulsionales pueden comprenderse como variedades de defensa del aparato psíquico contra las pulsiones que, como se mencionó, son efectuadas por el yo. El trastorno hacia lo contrario puede descomponerse en dos procesos: el primero, es la vuelta de una pulsión de la actividad a la pasividad, en donde se realiza el cambio de la meta (por ejemplo, paso del sadismo al masoquismo), y el segundo refiere al trastorno del contenido por medio de una mudanza de objeto (paso del amor al odio). La vuelta hacia la persona propia implica un cambio de vía en el objeto, que ahora es reemplazado por el yo asumiéndoselo como objeto, pero manteniéndose inalterada la meta (por ejemplo, el masoquismo en cuanto puede entenderse como un sadismo hacia el yo, en este caso se cambia el objeto de uno externo al yo, pero se mantiene la agresión como meta o el exhibicionismo, donde se cambia el objeto voyerista por el yo, pero se mantiene la meta del mirar). Estos casos de mudanza pulsional, por trastorno de la activada en pasividad y por vuelta sobre la persona propia, nunca afectan íntegramente el monto de la moción pulsional, manteniéndose la moción más antigua (activa) junto a la reciente (pasiva). Además, estos dos destinos pulsionales dependen de la organización narcisista del yo, por lo que llevan impresos las características y propiedades de esta fase, siendo tal vez modos de defensa más primitivos o primarios.

El destino pulsional de la represión tiene por objetivo desalojar aquellas constelaciones representacionales donde, por algún proceso, la satisfacción que podría obtenerse de ellas se transforma en displacer. En este sentido, se afirma:

La satisfacción pulsional sometida a la represión sería sin duda posible y siempre placentera en sí misma, pero sería inconciliable con otras exigencias y designios. Por tanto, produciría placer en un lugar y displacer en otro. Tenemos, así, que la condición para la represión es

que el motivo de displacer cobre un poder mayor que el placer de satisfacción (Freud, 1915b p.142).

A esto, además, hay que agregar que la represión no es un mecanismo de defensa presente desde el origen (Bleichmar, 1984), sino que se establece posteriormente a la separación entre actividad conciente e inconciente, ya que su función es desalojar de la conciencia y mantener alejado de ella lo que pueda producir displacer, por lo que ocurre una modificación a nivel de lo inconciente (Freud, 1915b). Previamente a esta etapa, los destinos de la pulsión que se señalaron como primitivos o primarios tenían a su cargo, la defensa contra las mociones pulsionales; luego con la instalación de la represión, esta aparece como una vía alternativa, propia de un estado de mayor complejización del psiquismo.

Según Freud (1915b) existe una represión primordial que se constituye como una primera fase de la represión, en la que a la agencia representante {Repräsentanz} psíquica (agencia representante-representación) de la pulsión se le deniega la admisión en lo conciente, estableciéndose una fijación. Aquí, la agencia representante en cuestión persiste inmutable y la pulsión sigue ligada a ella. Luego acontecería una segunda etapa, que es la represión propiamente dicha, la cual actúa sobre los retoños psíquicos de la agencia representante reprimida que se encuentran en relación con ella y que experimentan, por tanto, el mismo destino que lo reprimido primordial. Es importante mencionar, que tal como la represión implica una repulsión, también ejerce una atracción con todo aquello que pueda relacionarse o conectarse con ella. Tras la represión, la agencia representante de la pulsión continúa existiendo en lo inconciente, por lo que puede organizarse, formar retoños y hacer conexiones. En base a esto se sostiene que, la represión sólo perturba el vínculo con lo conciente, porque es sobre este sistema que se mantiene el esfuerzo de distanciamiento o desalojo de ciertos contenidos psíquicos. Sin embargo, la represión no mantiene alejados a todos los retoños de lo reprimido primordial; en la medida en que estos se distancien del representante reprimido -por deformación o porque existen conexiones intermedias que refuerzan la distancia- pueden alcanzar la conciencia.

La represión se caracterizaría entonces por: ser individual, es decir, aplica sobre cada retoño, dándole destinos muy diferentes a cada uno; es en alto grado móvil; exige un gasto de fuerza constante, ya que si retrocediera peligraría su resultado, haciendo necesario un nuevo acto represivo; ejerce una presión continua en dirección a lo conciente, por lo que el equilibrio sólo se mantiene por contrapresión; su cancelación implica un ahorro de energía, dado lo anterior y por lograr movilidad en el sueño.

Otro punto importante de este destino pulsional implica que la moción pulsional, a pesar de la represión, puede encontrarse en diversos estados (activa e inactiva), dependiendo del monto de investidura psíquica. Cuando se encuentra activa por un aumento en la investidura, no necesariamente cancela la represión, pero sí pone en marcha todos los mecanismos para evitar su paso a la conciencia. Se puede decir entonces que, en términos de la represión, un aumento de la investidura implica un acercamiento a lo inconciente y su disminución un alejamiento. De este modo, en las acciones que producen un debilitamiento de la investidura se encuentra un refuerzo o sustituto a la

represión (Freud, 1915b), como se observa en el chiste y en los actos fallidos previamente mencionados.

También se debe tener en cuenta que la represión separa la representación representante de la pulsión (factor cualitativo) y la energía pulsional o monto de afecto (factor cuantitativo). Dado esto, la representación representante de la pulsión sale de la conciencia (si era conciente) o sigue coartada si tenía posibilidades de volverse conciente. Por su parte, la energía pulsional está destinada a ser sofocada, lo que implica que puede salir de maneras cualitativamente distintas (como afectos) o se convierte en angustia o displacer (lo que se considera un fracaso de la represión). Esto autoriza a considerar que si la represión no logra impedir que el yo experimente displacer o angustia ha fracasado, aunque la representación haya podido desalojarse. Además, se advierte que la represión por regla general, crea formaciones sustitutivas y síntomas sobre la parte representante de la representación, aunque es sabido que los mecanismos de formación de los últimos difieren de los de la represión, debiendo su génesis a procesos diversos (Freud, 1915b).

La sublimación, al igual que la represión, ha sido desarrollada a lo largo de toda la obra freudiana. En un comienzo se la asocia a la curiosidad sexual que es susceptible de ser desviada a una meta más elevada, a través de los llamados diques psíquicos -asco, vergüenza y moral-, que corresponden a formas de sublimación, en tanto son maneras de circunscribir la pulsión en fronteras “normales”, ya en la vida temprana del individuo. Además, estos diques contienen un sedimento histórico de las inhibiciones externas que la pulsión ha experimentado desde la psicogénesis de la humanidad y que continúan apareciendo como parte de la educación y la influencia de lo social en la conformación del sujeto, alentándose así los logros culturales (Freud, 1905a).

Respecto del mecanismo de la sublimación, Freud (1905a) lo sitúa como una forma de drenaje que se hace de las excitaciones hiperintensas de las diversas fuentes de la sexualidad, permitiéndose el empleo de esta energía en otros campos donde se reduce su peligrosidad e incrementa el rendimiento psíquico, como se observa en las actividades artísticas. Como una subvariedad de la sublimación, se considera la sofocación de las mociones pulsionales a través de la formación reactiva, la cual tiene sus comienzos en el periodo de latencia y puede extenderse a lo largo de toda la vida. Así, una parte del monto de excitación proveniente de las zonas erógenas favorecerá la vida sexual, y la otra, puede ser desviada a metas diversas que ya no contienen un carácter sexual. Un ejemplo de esto se encuentra en el erotismo anal, el cual es uno de esos componentes de la pulsión que, en acuerdo con la cultura, es inaplicable a metas sexuales; por lo que a través de la sublimación se convierte en rasgos de carácter del sujeto, como la pulcritud, ahorratividad y obstinación (Freud, 1908a). En este sentido, se puede entender la sublimación como la facultad psíquica de permutar la meta sexual original de la pulsión por una no sexual, pero que psíquicamente se encuentra emparentada a ella, siendo posible disponer de ella para el trabajo cultural, sin que ocurra un menoscabo de su intensidad (Freud, 1908b).

Posteriormente se establecerá que la sublimación es un proceso de desarrollo que permite evitar el desarraigo de las pulsiones, que en muchos casos se asocia a las neurosis. De esta manera, este destino pulsional permitiría que la energía de mociones infantiles de deseo no sea bloqueada (como ocurriría en la neurosis), sino que permanecería aplicable por medio de su traslado a metas superiores, no sexualizadas

(Freud, 1910a). En este sentido, es posible pensar que la ineptitud de la pulsión sexual para procurar una satisfacción plena cuando es sometida a los reclamos culturales es la fuente de los más grandes logros culturales que, expresados en las pulsiones sociales, dan paso a la amistad, la camaradería, el sentido comunitario y el amor universal por la humanidad (Freud, 1911, 1912).

Por tanto, es posible señalar que la sublimación es un proceso que atañe a la libido de objeto, en donde la pulsión se traspasa a una meta distante de la sexual. A pesar de que pueda generarse confusión, es importante señalar que la formación del ideal del yo no puede considerarse un proceso de sublimación, ya que el hecho de que el narcisismo sea trastocado por la veneración de un ideal no implica que se haya alcanzado la sublimación de sus pulsiones libidinosas (Freud, 1914). De esta manera, se considera que las pulsiones sexuales de meta inhibida tienen una gran ventaja funcional en comparación con las que no. Esto se debe a que, al no ser susceptibles de una satisfacción cabal, son aptas para crear ligazones duraderas, a diferencia de las que tienen una meta sexual directa, porque estas pierden su energía cada vez que alcanzan la satisfacción. Además, las pulsiones de meta inhibida pueden mezclarse con las no inhibidas, dadas sus formas parciales y así, como surgen de estas, también pueden retornar a ellas (Freud, 1921). En conclusión:

El destino de la pulsión más importante pareció ser la sublimación, en la que el objeto y la meta sufren un cambio de vía, de suerte que la pulsión originariamente sexual halla su satisfacción en una operación que ya no es más sexual, sino que recibe una valoración social o ética superior (Freud, 1923, p.251).

Dado que el TDAH es el objeto central de esta investigación, es relevante mencionar dos tipos de pulsiones parciales que, desde la teoría, se encuentran estrechamente ligadas a esta categoría diagnóstica. Así, la pulsión de apoderamiento y la de saber se encuentran presentes desde las primeras fases del desarrollo psicosexual del sujeto, pudiéndose establecer que son fundamentales además en su devenir.

Respecto de la pulsión de apoderamiento, en primer lugar, es relevante su componente agresivo, que facilita el ejercicio de apoderamiento de los objetos en pos de la obtención de la satisfacción. Además, esta pulsión se encuentra al servicio de la actividad sexual del niño, que puede asociarse a la tercera fase de la masturbación infantil (onanismo), donde este comienza a apoderarse de partes de su cuerpo a través de las cuales obtiene gratificación. En este sentido, parece ser que los componentes de crueldad y agresión de la pulsión de apoderamiento son centrales en la organización pregenital del niño, ya que a través de la puesta en marcha de la dinámica de pasividad- actividad llevan, por ejemplo, al apoderamiento activo de la musculatura del cuerpo en la fase sádico anal, dejándose un papel pasivo a la mucosa erógena del intestino (Freud, 1905a). Cuando aún no está presente la oposición entre masculino y femenino en el estadio de elección pregenital de objeto, lo que se encuentra es la oposición entre aspiraciones de meta activa y meta pasiva, que más tarde convergen en la oposición entre los sexos. La actividad proviene de la pulsión de apoderamiento, que se llama sadismo cuando se halla

al servicio de la función sexual; posteriormente en la vida sexual normal plenamente desarrollada, se desempeña como auxiliar (Freud, 1913).

Por su parte, la pulsión de saber se inicia a la par del florecimiento de la vida sexual infantil (3-5 años) y, si bien no se la puede subordinar de manera exclusiva a la sexualidad, sus vínculos con esta tienen una particular relevancia. Comprende un modo de sublimación de la pulsión de apoderamiento y de la pulsión de ver y recae inicialmente sobre los problemas sexuales, siendo probablemente despertada por estos a partir de preguntas como: ¿de dónde vienen los niños?, que son seguidas por las inquietudes acerca de la diferencia entre los sexos y las llamadas teorías sexuales infantiles (Freud, 1905a) que, en su fracaso y renuncia, pueden tener como consecuencia un deterioro permanente en la pulsión de saber, afectándose la autonomía del niño y su confianza en las personas significativas (Freud, 1905a). En el caso de la neurosis obsesiva, esto puede apreciarse con mayor claridad por medio del vínculo que la pulsión de saber establece con los procesos de pensamiento, donde atrae hacia este último la energía que no logra irrumpir hacia la acción, ofreciéndole una satisfacción de otra índole. De este modo, en estos casos la pulsión de saber ayuda a que la acción sustitutiva sea reemplazada por actos preparatorios de pensamiento (Freud, 1909).

También es posible conjeturar respecto de la pulsión de saber a partir del trabajo de Freud sobre Leonardo da Vinci (1910b): en ocasiones, esta pulsión asume un refuerzo sexual, volviéndose hiperpotente y haciendo que en pos del saber o la investigación se merme u ocurra un distanciamiento de la vida sexual (atrofia de la vida sexual). En el trabajo mencionado se proponen tres destinos posibles para la pulsión de saber o de investigación. En el primero, esta pulsión comparte el destino de la sexualidad infantil y permanece inhibida o limitada, afectando el libre quehacer de la inteligencia; en el segundo, ocurre un vigoroso desarrollo intelectual que sexualiza el pensar mismo, tiñendo las operaciones intelectuales con el placer y la angustia de los procesos sexuales, por lo que el investigar deviene quehacer sexual en sí mismo; y en el tercer tipo, se escapa a la inhibición o al uso compulsivo del pensamiento por medio de la sublimación de la libido en apetito de saber, que refuerza la vigorosa pulsión de investigar. Aunque en cierta medida el investigar devenga compulsión, en este último destino la pulsión no queda atada, pudiendo moverse libremente al servicio del interés intelectual.

5.7 La identificación, el deseo y el goce

Siguiendo lo mencionado en el apartado sobre narcisismo, yo y superyó, desde una perspectiva freudiana, el proceso de identificación se relaciona con lo revisado respecto del complejo de Edipo y la constitución del superyó. Posteriormente, en *Psicología de las masas y análisis del yo*, Freud (1921) agregará que la identificación es la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona y, dado esto, en el caso del varoncito, además de la ubicación del padre como ideal (sin que esto implique una actitud pasiva ante él), paralelamente se emprende una investidura por apuntalamiento de la madre lo que llevaría al establecimiento de dos lazos diversos: uno con la madre, donde hay una investidura sexual de objeto, y uno con el padre, donde ocurre una identificación en tanto se lo toma como modelo (Freud, 1921).

Sin embargo, siguiendo lo propuesto por Freud (1921), se observa que ambos lazos entran en conflicto con el complejo de Edipo, a partir del cual la identificación con el padre se vuelve hostil, en tanto éste representa un rival para el niño en la competencia por el amor de la madre. Teniendo presente esta consideración, se puede entender que la identificación es desde un comienzo ambivalente, pudiendo fluctuar desde la ternura al deseo de eliminación. Lo anterior puede ser complejo y hasta irresoluto en la teoría freudiana, en tanto lo que se hace presente es un problema entre la identificación y la elección de objeto, lo que dificulta la tarea de diferenciarlas. No obstante, parece ser que la posibilidad de diferenciación dependería de si la ligazón se hace sobre el sujeto o el objeto del yo, de modo que, aunque sea ardua su distinción, para Freud (1921) lo relevante termina siendo que *“la identificación aspira a configurar el yo propio a semejanza del otro, tomado como ‘modelo’”* (p. 100).

Este problema en torno a la conceptualización del proceso de identificación no se hace presente sólo en la teoría freudiana, sino que se extiende a quienes han continuado su senda. Dentro de ellos Lacan, en su relectura a Freud, reformulará lo referente al proceso de identificación y otros puntos teóricos centrales asociados al mismo, en diversos momentos de su obra. En primer lugar, desarrolla lo que denomina identificación imaginaria (1949), la cual -como se mencionó previamente- tiene su génesis en el estadio del espejo y apunta a la transformación del sujeto, en la medida que asume una imagen unificada del cuerpo. Luego postulará que ocurre una segunda identificación, llamada simbólica (1960), en donde se produce la inscripción del sujeto en el discurso del Otro, en tanto el sujeto asume un significante. Por medio de la elisión de este significante se deriva una falta o pérdida, que es representada en el objeto *a*. En este momento de la enseñanza de Lacan, cuando se dice que la identificación simbólica apunta a la identificación del sujeto con el significante, lo que se quiere expresar es que, al ser asignado este significante, el sujeto se confronta con el deseo de la madre, la interpretación que hace de éste y la inscripción (o no) de la metáfora paterna.

Según Haddad (2011), a partir de su Seminario IX titulado *La identificación*, Lacan (1961-1962) busca sostener que la identificación responde a la relación del sujeto al significante, por lo que amplía este concepto desde su vertiente imaginaria. En este sentido, de acuerdo con esta autora, lo importante en este periodo del desarrollo teórico de Lacan ya no es saber con quién se identifica el sujeto, sino de qué manera la identificación se relaciona con el proceso de constitución del sujeto, siendo relevante repensar este concepto a partir de la estructura simbólica. Así, la identificación se contrapone a la idea de unificación y se la separa completamente de la idea de identidad.

Para esto, Lacan (1961, en Haddad, 2014) toma el término *Einzigiger Zug*, trabajado por Freud (1921) como parte del segundo tipo de identificación, para situar la identificación al rasgo unario implicada en el surgimiento del sujeto. En esta identificación secundaria, que se considera regresiva y parcial a un rasgo único de un objeto amado u odiado, se abandona o pierde un objeto de amor y es a partir de este rasgo único que Lacan (1961 en Haddad, 2014) indagará sobre el significante puro o de diferencia absoluta, que luego es considerado como una instancia inaugural del sujeto, en tanto remite a la primera relación del sujeto con el significante. A partir de esta definición del rasgo único, Lacan (1961, en Haddad, 2014) pasa al distingo del “rasgo unario” para

convertirlo en soporte de la identificación del sujeto. Con esto se establece un cambio en la noción de identificación imaginaria, restándosele relevancia a lo devenido durante el estadio del espejo.

Siguiendo lo propuesto por Haddad (2014), es necesario subrayar que el rasgo unario “*se relaciona con el hecho de habitar en el lenguaje y con la falta estructural del objeto, pero no se lo puede equiparar a ninguno de los dos [...] Lacan lo define como un borramiento o una huella borrada*” (p. 64). En este sentido, se puede comprender que el sujeto surgiría del borramiento de una marca, es decir, una marca sin sentido y sin representación, pero que es condición necesaria para la existencia de todas las otras marcas. Es una condición de la cadena significativa, que busca representar al sujeto y darle un sentido al ser (Haddad, 2014).

En la formalización del rasgo unario, se lo distingue de la noción de Significante, Letra y Nombre Propio. Brevemente, se puede situar que, respecto al significante, la diferencia se inscribe en tanto éste es binario y, por tanto, susceptible de encadenarse a otros significantes, condición que está vedada al rasgo unario. Dada esta característica, se sostiene que la identificación al rasgo unario, como surgimiento del sujeto, implica la función de un Uno condicionante de la estructura significativa, que da soporte a esta primera identificación. Referente a la Letra, se sostiene que se relaciona con la esencia del significante, pero no es posible igualarlo a ésta. A partir de las variaciones que se realizan sobre este concepto, que se puede comprender la función del Nombre Propio y su diferencia con el rasgo unario. De esta manera, la función del nombre propio es constituirse como el punto de amarra del sujeto; no tiene significación, por lo que no puede traducirse sino trasponerse de una lengua a otra y, en el origen del inconciente, el sujeto no puede saber su nombre en tanto se configura como sujeto de la enunciación. En este sentido, si bien el nombre propio y el rasgo unario no son equiparables, sí tienen ciertas afinidades. Una de ellas es que, como el nombre propio designa aquello que no se puede traducir, nombra allí donde hay una huella que remite a la falta. Otra, permite ver cómo, en el encuentro con el sujeto que “hace uso” de su nombre, el objeto que falta deja su huella (aquel que nombra).

A partir de lo anterior y para comprender la relación que existe entre identificación y deseo, se puede retomar lo propuesto por Žižek (1989), quien en su análisis de la obra lacaniana destaca cómo el movimiento que se realiza entre la identificación simbólica y la imaginaria siempre determina un resto, que en cada “acolchonado” o punto de capitón de la cadena significativa, fija retroactivamente un sentido que es marcado por una abertura en donde tiene lugar la pregunta pivote (*Che voui*) de lo que, en “la cuadratura del círculo” entre la identificación imaginaria y simbólica, les da continuidad. Ésta no tiene una única respuesta para el sujeto, en tanto si bien se dice una cosa, no se está en conocimiento de lo que realmente pretende el Otro. Es en este lugar, según este autor, que se puede localizar el deseo y su diferencia con la demanda.

Como el sujeto está ligado, cocido a un significante -el cual se entiende como lo que un sujeto representa para otro significante- se carga con un mandato simbólico a partir del cual enfrenta la pregunta del Otro (*Che voui*) en la suposición de que se tiene una respuesta, pero esto no es así; el sujeto no sabe por qué ocupa ese lugar en la red

simbólica, pudiendo responder sólo con la pregunta histórica, a saber: *porque soy lo que tu Otro me dices que soy* (Žižek, 1989).

En su trabajo *Subversión del sujeto y la dialéctica del deseo en el inconciente freudiano*, Lacan (1960) propone el uso del grafo del deseo para representar el lugar donde se sitúa el deseo y la relación que mantiene con un sujeto definido a través del significante. Señala: *“allí donde se trata del deseo, encontramos en su irreductibilidad a la demanda, el resorte mismo de lo que impide igualmente reducirlo a la necesidad”* (Lacan, 1960, p.765). A partir de esto, cuestiona la idea que sitúa, en la acogida que se hace de la demanda -es decir, como el otro responde a la demanda del niño- el origen del sujeto, ya que toda demanda, de una u otra manera, pasa por los desfiladeros del significante. Dado esto, es que el deseo comienza a ser considerado no en su función de normalidad, apropiación o como parte de los accidentes de la historia del sujeto; sino en consideración de sus elementos estructurales, los cuales pueden prescindir de estos accidentes, dejando en evidencia cómo la sexualidad tiene una rajadura poco natural. Esto pone en tensión las consideraciones evolucionistas de los estadios del desarrollo psicosexual infantil, al proponer que el deseo no responde a una evolución o trasmudación de la pulsión, sino que se relaciona a esta rajadura de la sexualidad, que trasciende lo anterior.

Con su reformulación del complejo de Edipo, Lacan (1960) introduce el Otro como lugar del significante, lo que implicaría que el Padre es un representante de la autoridad de la Ley, pero no necesariamente la Ley en sí mismo, ya que ésta se sostiene más allá del sujeto, en el lugar del Otro, de la Madre. Teniéndose en cuenta que no hay Otro del Otro, se establece que toda demanda es una petición de amor y sería esto lo que da lugar al deseo, entendiéndoselo como deseo del Otro. En este sentido, si bien el hombre le puede dar forma, el deseo mantiene siempre una opacidad subjetiva en donde se representa la necesidad y es esta opacidad la que constituye de cierta manera la sustancia del deseo. En palabras del autor:

El deseo se esboza en el margen donde la demanda se desgarrar de la necesidad [besoin]: margen que es el que la demanda, cuyo llamado no puede ser incondicional más que si es dirigido al Otro, abre bajo la forma de falla posible que puede aportarle la necesidad [besoin], por no tener satisfacción universal (lo que se llama: angustia) (Lacan, 1960, p. 774).

Por tanto, se puede comprender que el estatuto del deseo es autónomo a la Ley, dado que a partir de éste se invierte la demanda -donde el sujeto se encuentra en sujeción al Otro- para constituirse como potencia absoluta. El sujeto queda entonces, en una ignorancia respecto de su deseo; la cual también opera sobre la demanda en tanto esta representa el *dónde* desea, a lo que responde la fórmula de que el inconciente es el discurso del Otro y que el deseo del sujeto es también del Otro, por lo que la pregunta por este deseo a saber, *¿qué quieres?, ¿qué me quiere? [Che Vuoi?]* es la que conduce al sujeto a su propio deseo (Lacan, 1960). Para el sujeto, lo que desea se presenta como lo que no quiere dado el desconocimiento de sí y que transfiere la permanencia del deseo a un yo intermitente que se protege de éste, al atribuirle esas mismas intermitencias. En

este sentido es, por ejemplo, que para Žižek (1989) el deseo es una defensa contra el deseo (del Otro).

A partir del grafo, Lacan (1960) propone que el deseo se regula sobre la fantasía, la cual actúa como el paño de ese Yo [*Je*] y que se encuentra primordialmente reprimida. De esta manera, la fantasía para Lacan (en Žižek, 1989) se constituye como una respuesta ante esta pregunta (*Che vuoi*) y como un intento de salvar la hiancia que esta depara. A nivel teórico, se puede situar que la fantasía funciona como una construcción, como un argumento imaginario dispuesto para llenar el vacío al proporcionar las coordenadas del deseo (el marco que permite desear algo), con el fin de llenar lo insoportable de la solicitud del Otro; en la medida que el sujeto no puede traducir el deseo del Otro en una interpelación o un mandato al cual identificarse.

A su vez, con el uso del grafo se puede establecer a la pulsión como tesoro de los significantes y como lo que adviene desde la demanda cuando el sujeto palidece en ella. De este modo, la pulsión es la función que sostiene al sujeto del inconciente, satisfaciendo la exigencia de estar más lejos del hablar en cuanto más se habla. Por tanto, cuando se dice que la demanda desaparece, se apunta al corte que deja la pulsión y que la distingue de las funciones orgánicas que habita. Lo mismo aplica para los objetos, los cuales se consideran parciales no porque no sean parte de un cuerpo, sino porque representan su función; es a ese objeto faltante (objeto total) que viste la imagen especular (Lacan, 1960).

Siguiendo esta lógica del grafo, cuando se le pide al Otro que responda [*Che vuoi*] se pide que lo haga en términos de pulsión, es decir, que responda del valor de ese tesoro en donde hay una falta inherente a su función misma y que implica pasar por la cadena superior del grafo que va de la castración al goce. Por tanto, aunque pueda cuestionarse el origen mítico del complejo de Edipo, el de la castración no. Es en este complejo que se sitúa el resorte de la subversión del sujeto y la dialéctica con el deseo, que dará lugar al Goce, es decir, lo impensable y lo que está interdicto para quien habla o para quien está sujeto a Ley (Lacan, 1960).

Sin embargo, como propone Lacan (1960, p. 782):

No es la Ley misma la que cierra al sujeto el paso hacia el goce, ella hace solamente de una barrera casi natural, un sujeto tachado. Pues es el placer el que aporta al goce sus límites, el placer como nexo de la vida, incoherente, hasta que otra interdicción, ésta no impugnabile, se eleve de esa regulación descubierta por Freud como proceso primario y ley pertinente del placer.

De esta manera, siguiendo a Lacan (1960), el falo -no en sí mismo, sino que como parte faltante de la imagen deseada (en la medida que se encuentra negativizado en la imagen especular)- es el encargado de anudar la interdicción del goce y la castración en tanto regula el deseo. En palabras de Lacan (1960, p.786): *“la castración quiere decir que es preciso que el goce sea rechazado, para que pueda ser alcanzado en la escala invertida de la Ley del deseo”*.

Posteriormente, durante su seminario *Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*, Lacan (1964) diferenciará a la satisfacción del deseo, reforzando la idea en torno a que éste último se sitúa en dependencia a la demanda, dado que la demanda -al

articularse con significantes- siempre deja un resto (metonímico) que se desliza y que configura el deseo como un elemento insatisfecho e imposible: un impasse. A partir de la figura del “ocho interior” (un ocho donde la parte superior, más pequeña, se dobla sobre la inferior, que es de mayor tamaño), el deseo se localiza en el empalme con la demanda, en la presentificación de “los síncope” (vahídos, desmayos) del inconciente con la realidad sexual y que depende de la línea del deseo, la cual se encuentra en relación a la demanda y la experiencia de la incidencia sexual. En el otro extremo estaría lo que Lacan (1964) retomando a Freud, refiere como la satisfacción, la cual, inicialmente se creía susceptible de alcanzarse en el encuentro con la meta (de la pulsión) pero que, sin embargo, es reformulada a partir de la sublimación, en donde se alcanza la satisfacción de la pulsión a pesar de que esté inhibida la meta y sin pasar por la represión. Desde esta conceptualización de la pulsión -es decir, no como algo orgánico- se pone en cuestión la satisfacción. Como dirá Lacan: *“Los pacientes no están satisfechos con lo que son, lo que viven, sus síntomas, no obstante, sabemos que todo aquello tiene que ver con la satisfacción”* (1964, p. 173).

Entendiendo que lo que se satisface por la vía del displacer es finalmente la ley del placer, Lacan (1964) sostiene que no es posible decir que en la satisfacción no se alcanza la meta, ya que al existir a nivel de lo inconciente un continuo entre lo que anda y lo que no, todo se acomoda y alcanza su propio tipo de satisfacción, la cual sería siempre a nivel de la pulsión. A partir de lo anterior, desde una conceptualización lacaniana, la pulsión sería como un montaje a través del cual la sexualidad participa de la vida psíquica a través de la pulsión que es siempre parcial. Dado esto, se puede establecer que la pulsión satisface su fin porque su meta no es el objeto sino que el recorrido, su regreso en forma de circuito a través del cual rodea el objeto, que no es otro sino el objeto *a*, objeto causa de deseo que designa un vacío por lo que no puede equiparárselo a la zona erógena, sino que a su borde.

En síntesis, para Lacan (1964) el sujeto -en tanto sujeto al campo del Otro- encontrará su deseo dividido en la metonimia de la palabra, dada la sujeción sincrónica a este campo donde para ambos (sujeto y Otro) está presente la misma dificultad respecto a las vías del deseo y, ante la cual, ambos buscan salir airoso.

Finalmente, en el último momento de su obra, Lacan (en Morel, 2012) se distanciará de la relevancia concedida a la fantasía y el objeto *a*, para dar paso a la consideración del significante, ya no como un rasgo unario sino que como un equívoco proveniente de *lalengua* materna, el cual constituye el lecho de la ambigüedad sexual. Así, durante la década de los setenta, Lacan (1976, en Morel, 2012) dará protagonismo (en la cura, fin último de todas estas conceptualizaciones) a la identificación con el síntoma como un modo de saber-hacer, que luego se formulará en su teoría del *sinthome*. En palabras de Morel (2012, p. 55) en este momento de la obra lacaniana: *“hay una insistencia de la pregunta por el efecto del lenguaje sobre el sujeto y, a la vez, un cambio de perspectiva para responderla, el cual va desde la metáfora paterna al sinthome, pasando por la fantasía fundamental”*.

Si en un momento previo se instituyó el significante del Deseo de la Madre (significante de una ausencia que devendrá una falta), ahora este se debe diferenciar de las palabras maternas que asumen una fuerza de ley, en cuanto éstas guardan un estatus

real a partir de la omnipotencia de la madre sobre el niño o de su goce. Esto lleva a que estas palabras no sean simbolizadas, sino más bien citadas por el sujeto, donde muchas veces se alude a interpretaciones que no se corresponden con enunciaciones efectivas de la madre, sino que responden a interpretaciones del equívoco del deseo materno (Morel, 2012).

En palabras de Morel (2012, p. 9):

La ley de la madre está hecha de palabras anudadas al placer y al sufrimiento, es decir al goce materno, que se transmiten al niño desde su edad más temprana y que se imprimen para siempre en su inconsciente, modelando fantasías y síntomas. Esta ley está constituida de equívocos, como la lengua materna (*lalengua*, según la expresión de Lacan), que constituyen el lecho de una cierta ambigüedad sexual.

Desde estos puntos de la teoría lacaniana, Morel (2012) sitúa que, en orden de sobrevivir psíquicamente, el niño debe siempre separarse de su madre. Sin embargo, esta separación – a partir de la sustracción de la ley de la madre- no siempre acontece a partir del modelo del Edipo freudiano, sino que en algunos casos, se logra sólo a través de un síntoma separador, que responde más bien a lo que Lacan (1975) formula como *sinthome*. Desde la perspectiva de esta autora, el niño prolongaría el síntoma de sus padres encontrando una alternativa a la identificación a ellos. Es en este sentido, que sostiene que el síntoma, en tanto saber-hacer con la repetición, se instala como una respuesta a la nominación equívoca del niño que, por medio de una creación, permite reinventar la relación al Otro. A partir de esto se puede situar que existe un tránsito de la consideración del rasgo unario a la identificación o sujeción a significantes equívocos, los cuales, a partir de su ambigüedad, están sujetos a la interpretación que el niño hace del deseo de la madre, la cual puede ir en su detrimento o a su favor.

6. RESULTADOS

El TDAH en retrospectiva: una trayectoria de enfermedad de la infancia a la adultez

6.1 La infancia: “Abrirse un camino”

Para Agustín, su trayectoria se encuentra marcada por su vida escolar y luego académica, estableciéndose un estrecho vínculo entre lo que él sitúa como sus capacidades y/o habilidades y las demandas de las diversas instituciones de las que ha participado (como: familia y escuela).

A partir de su relato se puede distinguir un momento inicial que sería algo así como la *antesala* del diagnóstico y en donde aparece la libertad infantil como escenario de fondo. De acuerdo con lo que otros dicen de él, recuerda que era un niño inquieto, que se lanzaba a investigar el mundo y que disfrutaba de ese proceso. Rememora que -según su mamá- cuando era bebé fue tranquilo y adorable, pero que cuando comenzó a caminar y poder salirse de su cuna: *“fue como si hubiera descubierto un mundo así y de ahí empecé (ríe)... hacía puras... o sea no cagás, pero hacía cosas todo el día (ríe), o sea no sé po’, desenterraba plantas, y como que de ahí dice que me transformé en un demonio de Tasmania (ríe)”*.

En relación con lo que sería su “prehistoria” infantil -época que se margina del discurso cuando el diagnóstico entra en circulación haciendo como si la historia comenzara ahí- en la medida que avanza el relato, ésta aparece ligada al recuerdo de ciertas sensaciones y a los jirones que recoge de historias de otros; situando que le gustaba mucho salir a jugar al parque, estar con otros niños y tener espacio para moverse ya que en ese tiempo vivía en un departamento. Dado esto, cuando se cambia a una casa más grande en un condominio, con un pseudo parque al interior, experimenta lo que sería su libertad infantil en su máximo esplendor. Lo anterior asociado a que, como era un lugar seguro, podía salir de la casa solo sin estar dependiendo de un adulto que quisiera salir con él y jugar, explorar y hacer travesuras con sus amigos.

Al parecer, su modo de descubrir y habitar el mundo podía ser percibido como un tanto desbordado para los adultos. Sin embargo, para él, su infancia es recordada como un momento de completa libertad, donde encontraba un cierto goce en manipular los objetos, destruirlos y experimentar con ellos. Rememora: *“era como libre, por así decirlo. Como que hacía lo que quería [...] mmm... a mí me gustó mi infancia, estoy súper orgulloso de mi infancia, como que no la cambiaría, no me arrepiento de las cosas que he hecho”*.

Sin embargo, con el paso de los años, su amada libertad entra en conflicto con el proceso de escolarización. Así, desde Pre-Kínder en adelante, sus profesores muestran preocupación por su comportamiento inquieto y su dificultad para adaptarse a las normas, lo que para Agustín era sólo una forma más de apropiarse del mundo. Considera que a veces el colegio podía ser muy estricto, porque ya desde sus 4 años su forma de ser se pone en tensión con las demandas de los adultos. Se acuerda entre risas: *“era bueno*

para conversar, conversar en clases y era bueno... no sé, para tener otros intereses [...] prefería jugar. Eso era... tenía el foco en otra parte nomás (ríe)". Con cierta malicia, recuerda también que a veces hacía travesuras, pero que no era un niño agresivo que peleara con sus compañeros. En general sus problemas con el colegio eran que se escapaba de la sala, comía en clases y conversaba mucho.

A sus 8 años, cuando estaba en 2° básico, tiene problemas con los profesores por lo que comienza a tener sesiones con el psicopedagogo del colegio. En estas reuniones hacían actividades prácticas, las cuales -al parecer- tenían por objetivo trabajar sus problemas conductuales. Desde el colegio comienzan a citar a su mamá, para informarle que se portaba mal, ya que hacía cosas como: *"hoy día se escapó de educación física con tres compañeros pa' no sé... ir a jugar cartas pokemón al otro lado [...] y como se iba repitiendo tantas veces también el colegio dijo: hagamos algo cachai, y de ahí empezaron a diagnosticarme y no sé... o sea de ahí viene, gatilla como el diagnóstico"*.

Por un tiempo, las intervenciones con el psicopedagogo y la coordinación entre escuela y familia parecen funcionar. No obstante, en 4° básico la tensión entre el colegio, Agustín y su madre hacen que finalmente lo cambien de colegio. Agustín relata que fue un momento complejo, porque tanto él como su familia se sentían cansados del estilo normativo de ese colegio, de las reiteradas citaciones al apoderado y las sanciones. Recuerda: *"ahí me invitaron como a 'echarme'... y ya... se está portando mal [...] a esa altura empezó como a bajar mi rendimiento académico y... mi mamá ahí decidió cambiarme de colegio"*.

Considera que el rol de inspectores y profesores es fundamental en la antesala del diagnóstico, ya que serían ellos quienes "advierten" e "informan" de las consecuencias que su comportamiento podría llegar a tener en su vida escolar. Dado esto, su madre elige un colegio considerado "más acogedor" con los niños con características como las suyas. En éste, Agustín se encuentra con que: *"había como psicólogas [...] y creo que era que como cada 6 meses o una vez al semestre había que ir a hablar con ellas y seguramente como ellas ya tenían un historial de cómo era yo un poco... ahí también se trabajó también yo creo"*. En este tiempo, sus principales dificultades -y lo que se trabajaba con las psicólogas del colegio- era su comportamiento, el cual no se adecuaba a muchas de las exigencias o normas escolares. Al parecer, sus tiempos y necesidades no podían ser postergados, sino que invadían su conducta.

Este "tener el foco en otra parte" que Agustín menciona, comenzó a ser problemático con el transcurrir de los años, porque afectaba su rendimiento, produciéndose un deslizamiento desde la preocupación por el comportamiento a una por su desempeño escolar. Si bien las críticas o quejas sobre su comportamiento tenían consecuencias, estas parecen no tener el mismo impacto que las dificultades sobre el rendimiento. Subjetivamente, el desempeño comienza a ser un punto de conflicto, que no desaparece y que da cuenta de una fuente de malestar. Lo anterior lo lleva a experimentar el colegio y todo lo asociado a él como: *"presión, como de rendir. Esa es la sensación del colegio y de hacer cosas por las que no tenía nada de interés [...] siento que perdí el tiempo en muchas materias, que por ejemplo para mí hoy en día no son relevantes, no son de mi interés"*.

Esta presión por rendir le produce un profundo desinterés, que va estableciendo una distancia entre su proceso de aprendizaje, sus expectativas y las de los otros. El desinterés se va convirtiendo en el tono emocional principal a la hora de pensar el colegio y sus demandas. Dado esto, en el colegio se movilizan una serie de intervenciones que buscan subsanar este problema, pero desde un modo academicista y disciplinar⁵, el cual aumenta la experiencia subjetiva de malestar. Con incomodidad rememora las reuniones con su mamá y su profesora jefe, donde siempre se hablaba de temas como: *“estás como mal, estás portándote mal. Eso me acuerdo, que no me gustaba, lo odiaba, esa hora encerrados en un cubículo hablando de mí, de mi rendimiento académico en el año, de esas cosas. Entonces como que eso, cuando sabía que iba a venir, sentía la presión de ... como... ¡se viene!, y de los cambios que querían que hiciera”*.

Experimenta que no logra alcanzar los cambios requeridos, por más que se lo proponga. Recuerda cómo muchas veces ideaba un plan de trabajo para cumplir con este objetivo, pero al no alcanzarlo nuevamente volvía el desinterés y la desmotivación. Atribuye esto a dos cosas: *“desinterés y porque de repente no entendía, entonces como que era una vía de escape yo creo también, por ejemplo matemáticas siempre como que me costó y hubo momentos como que no entendía la materia y era como ‘no la entiendo, voy a hacer cualquier otra cosa’, entonces eso como que al final hace que uno se distraiga y me enfocaba en hacer cualquier otra cosa que... dibujar en la goma... qué sé yo... cualquier otra cosa (ríe)”*.

Esta incomodidad generalizada en torno al colegio parece movilizarlo, desde muy pequeño, a buscar en otros lugares algo que reportara una mayor gratificación. Relata: *“eso me acuerdo, que no me gustaba pa’ na’ el colegio, no lo pasaba mal ni nada, o sea igual me encontraba como un camino para hacerlo ameno, pero la rutina como que la odiaba”*.

El *encontrar un camino* se vuelve un modo de resistencia ante el orden impuesto. Sin embargo, esto no siempre era posible y, cuando no podía encontrar un camino alternativo, volvía al desinterés que parece actuar como un modo de fuga o evitación de las situaciones displacenteras, haciendo que fueran más tolerables. El reverso de estas soluciones, es decir, los momentos extremos en que no se encuentra un camino alternativo podían producir lo que él llama “pataletas internas”, que no implicaban “hacer show en público”, pero sí golpear la almohada, por ejemplo, cuando lo castigaban: *“creo que no poder hacer como lo que quería y como de... mmm... o sea, como que ya estaba como fregado [...] como que ahí ya estaba como fregado, como que ya no había otro camino, no había otra vía de escape por así decirlo, entonces yo creo que como eso me generaba una frustración, ya era ¡ya, ahora sí que ya estoy cagao! Tengo que estudiar y sacar el ramo o la materia”*.

⁵ Noción entendida desde lo trabajado por Foucault (1975) en el texto *Vigilar y Castigar* y a lo desarrollado a lo largo de su obra respecto de las sociedades disciplinares. Un ejemplo gráfico de lo anterior se encuentra en el anexo 3.

6.2 La adolescencia: “Masticar el déficit”

Al año siguiente, en 5° básico, sus problemas de rendimiento se vuelven más difíciles de afrontar. Dado esto, y por recomendación del colegio, su madre decide consultar con un psiquiatra. De esta visita recuerda: *“y ahí me ... no sé si me diagnosticaron ... eh... como se llama la enfermedad... pero sí me recetaron Ritalin”*. A partir de esto, las dificultades escolares se configuran como una enfermedad la cual, en su relato, queda atravesada por el tratamiento farmacológico propuesto por el médico. Lo anterior permite vislumbrar un punto de tensión, donde el malestar infantil comienza a explicarse por el expediente de un trastorno de salud mental. Sorteando algunas lagunas, relata: *“me acuerdo que... o sea, mi mamá conversó conmigo y me dijo que íbamos a tener que tomar un remedio porque me estaba costando mucho el colegio y yo lo acepté y... como núcleo familiar no se tocó como mucho el tema tampoco, pero... eso... o sea, no recuerdo como específicamente, pero no pasó, no me sentí ni distinto, ni sentía alguna presión tampoco... (silencio)”*.

Inicialmente, la experiencia de haber sido diagnosticado parece no tener mayor impacto en él, porque era algo común entre sus amigos. Sin embargo, parece establecerse una diferencia que a momentos se camufla en el grupo pero que, en su experiencia, se manifiesta desde la comparación con sus compañeros y el comienzo de la constatación de que a pesar de que se puede compartir el diagnóstico, esto es una experiencia individual. Esto, ya que las dificultades que él experimenta no son necesariamente las mismas que las de sus pares. Por ejemplo, observa que otros niños a pesar de ser inquietos, tienen buenas notas u otros que al igual que él, toman medicamento pero tienen evaluación diferencial.

Paralelamente, la experiencia asociada al uso del fármaco parece no producir mayores transformaciones en la percepción de sí mismo. Entre risas y juegos esta experiencia se vuelve colectiva: *“me acuerdo que hablábamos como: ¿te tomaste el Ritalin? (ríe). Era como normal, por así decirlo”*. De este modo que “todo el grupo” tenga el diagnóstico, permite encontrar una forma de sostén y validación. La inquietud se convierte en un elemento identitario que otorgan un sentido de pertenencia. Esto lleva a Agustín a hacer una transformación desde las falencias a los atributos cuando, por ejemplo, la inquietud puede ser transformada y encauzada a la actividad física. Como él menciona: *“o sea, es que era mi grupo de amigos. Teníamos como esa identidad de... de ser como más inquietos, y de ser también como más de actividad física”*.

Ese “no ser distinto” -es decir, la dualidad entre normalidad y anormalidad- se desvía a partir del sostén que entrega el grupo de pares al compartirse el diagnóstico. Sin embargo, subjetivamente, las dificultades se sitúan para él en el no poder concentrarse de manera sostenida por lo que, a pesar de que se piense como algo normal o compartido, el problema de rendimiento que experimenta lo lleva a entregarse y confiar en el tratamiento propuesto esperando que éste se convierta en una solución: *“me daba cuenta de que me desconcentraba, pero creía que el camino que estaba tomando me iba a*

ayudar, creía que se iba a solucionar con lo que ellos me estaban haciendo como tratamiento, como ayuda se puede decir”.

De este modo, a sus 10 años, la relación con el diagnóstico se encuentra mediada por lo que los adultos esperan de su desempeño y comportamiento; es decir, de su performance como niño y estudiante, aunque para él pudiese ser vivido de manera diferente: *“yo no lo vivía como un problema, el entorno me hablaba como que era un problema, o sea igual sí lo sentía como un problema, o sea al momento de las pruebas, de mi rendimiento académico, como presionaban mucho... ahí sentía que claro, ahora sí se ve como un problema, pero en mi día a día no era un problema”.* El discurso adulto y su lugar en este momento de su vida, comienza a instalar la idea de que algo anda mal, lo que parece trascender el desempeño escolar: *“lo sentía como que tenía un camino dist... como que era distinto en algún sentido, como que no iba con la masa. Una vez me acuerdo que, cuando chico, no sé si fue este psicólogo del que te hablaba o alguien como psicopedagogo, que me hizo un dibujo y me dijo ‘mira, tú eres un árbol y estás creciendo chueco, entonces como que la raíz está creciendo chueco, pero te podemos poner un palito y podí crecer derecho’ y como que eso me quedó, como que dije... ¡ah! Como que estoy, como que tal vez estoy tomando como el camino equivocado, con esa analogía que hizo [...] entonces en ese momento lo pensé como que tal vez pude estar cometiendo un error, pero yo igual estaba tranquilo conmigo mismo ahí, entonces como que me dejé llevar igual, como que dije... ayúdenme ... si es que estoy mal”.*

Este recuerdo refleja la tensión presente entre lo que se demanda de él y lo que él experimenta de esta demanda. La analogía hecha por este adulto muestra cómo se comienza a instalar la idea de que algo es diferente en él (dis-capacidad), por lo que podría necesitar ayuda (ortopedia). Así, el tratamiento farmacológico ingresa en su vida como un modo de compensación del déficit; como una guía que lo ayudaría a crecer recto. Recuerda que en un comienzo el tomar esas “pastillas” lo hacía sentir raro, pero: *“aun así, como que me acuerdo que la sensación no era como una sensación que me quería sacar, era como... como una sensación de un nuevo yo tal vez, como experimentando algo nuevo... algo raro así”.* Esto a su vez, lo ayudaba a paliar el desinterés que experimentaba en el colegio trayéndole: *“un poco de satisfacción también, de entender las cosas y sentir esa sensación de que ¡ah, ahora sí... me sale más fácil! Ahora entiendo, entonces eso, yo creo que era como la sensación como buena que tenía”.*

El poder entender las cosas y experimentarlas como algo “más fácil” -o natural tal vez- trae aparejado el reconocimiento del mundo adulto al permitir un acercamiento al ideal de estudiante lo que hace más tolerables las demandas de éstos. Si bien inicialmente el tratamiento, como guía para crecer derecho, favorecía las conductas y resultados esperados; con el tiempo el efecto no se mantiene, por lo que se discontinúa su uso. El fármaco es un medio para conseguir este anhelo, pero en su recuerdo se constituye como: *“empecé a tomar el Ritalin y al principio lo sentía como un efecto como de dopaje, pero me sentía más concentrado y me sentía.... bien... pero... súper cansado... y de ahí seguí tomando Ritalin, debe haber sido como un año, y de ahí el efecto como que empezó a*

bajar, después volvía a estar en clases como en las nubes, con poco interés y... también portándome mal”.

En este tiempo, recuerda que también tenía algunos problemas asociados a que molestaba a uno de sus compañeros. Sí bien busca diferenciarse de los niños que eran agresivos físicamente, recuerda que podía serlo psicológicamente. Con algo de vergüenza señala: *“era más como de pelear como a palabra... bueno (ríe) [...] yo igual era bullying cuando chico y era como bullying psicológico, no como bullying de pegar... entonces... (ríe) ahora que lo pienso, no sé por qué no te lo había dicho pero sí, yo era bullying cuando chico, sobre todo como de 5º a 7º fui bien bullying [...] había un niño en mi colegio que era como medio amanerado y yo lo molesté mucho”.* Menciona que esta situación se detiene luego de que la madre de este niño lo confrontara en una reunión del curso: *“como que me apuntó y me dijo ‘¡tú eres el famoso Agustín!’ y yo ‘sí, qué’, ‘¡oye, estai molestando demasiado a mi hijo!’ y ahí como que me asusté un poco y ahí como que paré de molestarlo porque, si bien como que también me asusté, como que ahí dije ‘tal vez se me pasó un poco la mano’ (silencio)”.*

En 7º básico (alrededor de sus 12 años), se acentúan sus problemas en el rendimiento escolar, por lo que su madre contrata un profesor particular y él pide reanudar nuevamente el tratamiento farmacológico. Esto se debe a que: *“me empezó como a costar un poco más el colegio, me empecé a sacar rojos en los ramos de matemáticas, como que ya los profesores se estaban poniendo muy como agujas, entonces le dije a mi mamá: oye, qué pasa si probamos con Ritalin de nuevo y... nos conseguimos una receta y nos conseguimos una hora con el psiquiatra”.*

Ocurre nuevamente lo mismo, el medicamento lo ayuda a mejorar rendimiento académico inicialmente, pero luego pierde el efecto deseado y deja de usarlo. Recuerda: *“de ahí en adelante nunca más lo volví a tomar y me las arreglé así nomás, intentando yo como luchar contra... como contra ser tan despistado, por así decirlo... y eso... como la base del principio”.* A pesar de dejar el medicamento continúa con las clases particulares por un tiempo, lo que parece no tener el efecto esperado: *“ahí me sentía distinto, porque yo llegaba a la casa y tenía que seguir estudiando con un profe, mientras mi entorno estaba jugando... estaba tranquilo en la casa, descansando”.*

De este modo, las actividades de apoyo escolar que se incluyen como parte del tratamiento parecen sumarse a la misma lógica de no eficacia y más bien, comienzan a instalar una idea de *discapacidad* que nuevamente lo lleva a experimentar desinterés. Piensa que en ese momento: *“no tenía ningún interés en las actividades extra (ríe), para mí era peor, entonces mi posición me acuerdo que cuando chico era pésima como para esas situaciones, no, si bien estaba ahí, no sé po’, hacer una guía [...] estaba así [mira el techo], onda la terminaba apenas o mal, como para poder irme”.*

No obstante, desde aquí en adelante, comienzan a producirse transformaciones respecto a la percepción de sí mismo, lo que lo lleva intentar cambiar el sentido que el diagnóstico tenía hasta ahora en su vida. Para llegar a esto, algunos de los elementos negados anteriormente (como el “no ser distinto”) asumen un peso diferente en su discurso. Vive la tensión entre él y la escuela como algo que requiere de su esfuerzo para poder transformarse. Recuerda situaciones en las que se siente “avergonzado” de lo

ocurrido y en las cuales pone a prueba los límites del ideal de estudiante y su capacidad transgresora, en especial con los profesores. Para Agustín, un ejemplo de esto fue cuando lo suspendieron todo el semestre de una clase, recuerda: *“ahí sí que no tenía nada de interés, no pescaba la clase y una vez la profe se aburrió y me dijo ya, quedaste suspendido todo el semestre [...] Tuve que salvarme (ríe) [...] mmm... igual me sentí como un poco humillado ahí, como de que fuera todo el semestre, igual fue mucho, y me dediqué a estudiar con un libro en la inspectoría, igual lo pasé con un azul, pero me acuerdo de ese momento... de que me tenía que yo como que disciplinar con mis... como con mis requerimientos”*.

Si bien podían ocurrir escenas como la mencionada, en el giro que intenta hacer se da cuenta de que puede sacar ventaja del déficit, usándolo como una manera de evadir los castigos o consecuencias escolares permitiéndole sentir que transforma la relación profesor-alumno cuando se siente entendido y apoyado por ellos. Quizás con un poco de arrepentimiento, recapitula: *“siento que de repente me aprovechaba un poco de la situación, de ese trato como especial, de repente también lo ocupaba como a mi favor, pero no pa’, no pa’, puede ser como especie de víctima por así decirlo, como que me sentía medio víctima, decía ‘pucha, a mí me cuesta más, entonces profe déjeme entregarle el trabajo un día después’, por ejemplo [...] y de repente los profes me perdonaban [...] y eso me hacía sentir como especial, esa relación de profe como más, no como del profe en la sala como a todos, sino como más personal de profe-alumno, eso me hacía sentir más especial y admito que a veces me aproveché de esa situación”*.

Lo anterior no sólo se expresa en la escuela, por medio de la relación profesor-estudiante, sino que también comienza a ser una forma de relación con los adultos de su familia, en especial con la madre: *“yo creo que me pueden haber tratado un poco distinto [...] es como también un poco lo mismo como de los profes, pero te aprovechas de la familia, o sea, como pedir perdón, ahora sí, y esas cosas que pueden, como que igual las manipulaba un poco, entonces yo creo que igual debe haber cambiado un poco el hecho de que me hayan diagnosticado y me hayan dicho, no él tiene una enfermedad o como se llame y... como que no le... no lo presionen tanto, qué sé yo”*.

Sin embargo, aunque fuera una manera de sacarse los castigos, parece experimentar ciertos reproches consigo mismo y su familia porque esta manera de resolver los problemas no es gratuita, sino que le trae costos que ya en ese tiempo eran difíciles de asumir, como menciona: *“no me castigaban antes, como ‘jya, estás castigado! ¡Tienes que subir el promedio!’ Cuando iba a la mitad del ramo, porque como que podían predecir que me iba a echar el ramo si es que seguía así [...] me castigaban cuando me lo echaba [...] por ejemplo, pasaba el verano castigado, y los tres meses de vacaciones, pasaba dos semanas y decía ‘ya, perdón, onda el próximo año sí que sí’ y tenía dos semanas y media de vacaciones [...] dos meses y medio”*.

Estos elementos permiten situar una marca sobre sí, que se comienza a gestar en la infancia pero que desde la adolescencia a la adultez asume una fuerza mayor sobre la definición de sí. El “a mí me cuesta más” es susceptible de ser aprovechado para sí mismo

en un nivel (discurso yoico), pero en otro lo deja en un lugar de desventaja, de falta que en enseñanza media esto se expresa con mayor intensidad: *“me di cuenta después que tenía más dificultades, como que siento que cuando era chico y me diagnosticaron era como más inocente, como que no, como que no lo veía como una enfermedad ni como distinto, como te digo, después cuando como que lo mastiqué y empecé como, me empezó a afectar más, ahí sí lo vi más como algo que me afectaba más”*.

Aunque pareciera querer quitar importancia a esta experiencia, en su relato se encuentra con algunas emociones y vivencias de gran intensidad. Al “masticar el déficit”, como él dice, traga e incorpora aspectos que le restan seguridad, acentuando la idea de que algo pasa con él, hay algo que le falta: *“claro, eso me hacía pensar como que... eso... inferior, como que me costaba más, como que de repente hasta... como esta sensación como de miedo, de no querer aprender más materias porque ni siquiera lo pasado me ha entrado, entonces... como que eso... eso me hacía sentir como chato del colegio [...] eso... esa era como mi manera de verme”*.

Comienza a cuestionarse a sí mismo y a sus capacidades, lo que lo lleva a experimentar una sensación de inferioridad y miedo respecto de sus procesos de aprendizaje. Se enfrenta a preguntas como: *“¿seré hueón o qué? Pero no, o sea igual me di cuenta después que era una persona normal, porque también es parte como del entorno [...] entonces como que para mí era como normal, era... como que esa sensación, normal, no me sentía así como, no me cuestionaba así biológicamente ‘qué me... me faltará una parte de la cabeza (ríe), qué se yo, me pegué en la cabeza cuando chico’, eso”*.

Este cuestionamiento respecto a sí existe un fundamento “biológico” lo lleva a crear una solución orientada desde las nociones de normalidad y anormalidad, pero invirtiendo la noción de normalidad tradicional que estaría representada en la performance del buen estudiante. Al considerar anormal al “mateo”, quien sería la excepción o “bicho raro” en un curso donde la mayoría tiene TDAH, se asigna a sí mismo el valor de la normalidad (en tanto él es de la mayoría). Sin embargo, las afrentas de la realidad no le permitían conservar esto de manera duradera ya que, en algunas situaciones, termina por experimentar una diferencia que lo desfavorece: *“en el colegio también me pasaba eso, por ejemplo, cuando me entregaban, cuando me entregaban notas o no, no en verdad cuando me entregaban notas, era cuando estudiaba y me costaba mucho entender algo, cuando sí o sí tenía como que... enchufarme la materia... ahí como que lo sentía, o sea era como ¿por qué no me entra esta? ¿por qué no tengo esta habilidad que tal vez otros sí? [...] lo que no tenía yo, algo, tal vez otra persona sí lo tenía y así viceversa... y era eso, cuando tenía que estudiar muy a la fuerza cosas que no me gustaban y como que decía ¿por qué? ¿por qué? Y como que de repente me hubiera gustado como tener más facilidades pa’ esas cosas, más facilidades en lo académico”*.

A partir de esto se refuerzan los aspectos de sí que considera como sus capacidades y habilidades, al deporte se suma la experticia que logra en temas asociados con la computación. Ambos aspectos que en algún momento de su historia estaban ligados a comportamientos problemáticos -por ejemplo, ser inquieto o pasar mucho tiempo en el computador- son transformados para darle soporte. A partir de este

descubrimiento de sus habilidades, retrospectivamente, desarrolla una visión crítica respecto del sistema escolar tradicional. Esto se convierte en otra transformación subjetiva que lo ayuda a dar un nuevo sentido a las demandas escolares que producen malestar al yo al no alcanzarse el ideal de estudiante. Piensa que en colegio, el problema es que: *“te tratan de potenciar pa’ que seai como el alumno ideal y como lo que lo logran, van a ser algunos, otros van a intentar y van a llegar lo que alcancen, de lejos, pero como que es como así, como si el alumno ideal estuviera prediseñado ya, en vez de enfocarse en cómo hacerlo como más personalizado, según el tipo de alumno y sus habilidades”*.

A partir de estas actividades puede volver a experimentar el estado infantil de libertad, asociado al no tener responsabilidades, a través de actividades que transgredían algunas normas. Por ejemplo, relata que con sus amigos: *“de repente ir a andar en skate el fin de semana a un colegio, saltábamos la reja y lo hacíamos igual cachai, no pensaba como ‘qué consecuencias puede tener eso, que podrían pensar que somos ladrones y llamar a los pacos y pasarlo mal’, o... no sé [...] Entonces por el hecho de no pensar en las consecuencias como que estaba como... Como... no sé cómo decirlo, pero estaba como libre... como ¡plano!... cachai... como que iba nomás a lo que venía nomás”*. Este distanciamiento lleva a que las “responsabilidades” no se integren hasta que hay consecuencias. El encuentro con las normas parece ser sólo a la fuerza, a golpes quizás, Agustín lo plantea como: *“iba asumiendo responsabilidades en la medida que iban teniendo consecuencias, como de repente igual era ciego, y no me daba cuenta de que tenía una responsabilidad o que si no trabajo esa responsabilidad hasta que asumía la consecuencia cachai... como que me pasa... me pasaba mucho más antes eso... esas cosas... o sea que no era hasta que la cagaba que abría los ojos y decía ¡chucha!”*.

En 3° medio, a sus 17 años, repite de curso. Experimenta preocupación por el futuro, porque considera que lo que ya sabe no es consistente, para él era como: *“estaba como muy... perdido... no tenía tan claro lo que quería hacer, ya se venía 4º medio y tienes que estudiar para la PSU y estar como más decidido... yo creo que eso debe haber como gatillado [...] claro, lo que venía y nuevas responsabilidades... cachai... la verdad es que no tenía muy claro que quería hacer, entonces como esas pérdidas, produjo eso tal vez”*.

Coincide además con el tiempo en que su madre se separa de su 2° pareja, quien había sido como su papá y con el distanciamiento definitivo con su padre, quien forma una nueva familia. Sin embargo, estos eventos parecen no integrarse a su relato biográfico, sino que más bien se los niega en la idea de *“yo soy como más frío”* y *“no creo que eso haya afectado”*. Desde su perspectiva, el desinterés por el colegio se debe al estar “viciado” con el uso del computador. Como se mencionó, la computación era uno de sus mayores intereses y era además, una actividad que compartía con sus pares. Recuerda que cotidianamente jugaba en vez de estudiar, situación que gatilla una serie de conflictos con su madre. Ella muchas veces le ponía claves o hasta le quitaba su computador para evitar que lo usara, pero él, muy ingeniosamente, encontraba una manera de volver a abrirse un camino.

6.3 La adultez: “Ser fit y exitoso”

Después de terminar el colegio, a sus 19 años, ingresa a la universidad. Recuerda este tiempo como un momento de incertidumbre, debido a sus experiencias previas en torno a lo académico, por lo que se sentía perdido. Decide entrar a la Universidad con la esperanza de que al hacer algo de su interés, obtendrá mayor gratificación en su día a día. De este modo elige estudiar Ingeniería Comercial, ya que considera que la flexibilidad de esta carrera le permitirá desarrollar herramientas para dedicarse a algo que le interese y le guste en el futuro. Incluye en esta decisión las habilidades que hasta ahora había identificado en él, pensando en que desde el área de los negocios hallaría, tal vez, lo que buscaba. Así, el comienzo de la universidad marca un punto de inflexión, donde las expectativas que tiene sobre este espacio entran en conflicto con las soluciones ideadas hasta ahora para hacer frente a las dificultades académicas y al problema del rendimiento. Recuerda que a pesar de buscar algo que se ajustara mejor a sus intereses, los problemas que tenía desde el colegio se hicieron nuevamente presentes: *“ya no te obligaban a ir a clases, entonces uno podía por ejemplo de repente faltar a clases, o no tomar atención o no tomar nota, y como que las consecuencias las ves también al final [...] también me costó y tampoco, o sea ahí no veía tanto como el camino fácil que había en el colegio, o sea, el profe era como más estricto, o sea o la tarea ahora o la tarea ahora, no te iba a perdonar, entonces como que eso no te funcionaba tanto, y ahí también, eh... aprendí a ser más responsable con muchas cosas, o sea habían cosas que iban a funcionar de una pura forma, estudiando y dedicándole horas de estudio y haciendo las tareas al día y todo. Entonces eso como que costó al principio, pero después como que lo entendí, lo entendí, como que le agarré como la mano, por así decirlo”*.

Asociado a esto, se intensifica la sensación de desventaja con sus pares al salir de la “burbuja” que podía ser el colegio. En la universidad ya no cuenta con su grupo donde todos tienen déficit atencional, al contrario, comienza a relacionarse con otros que destacan en lo académico y nuevamente se enfrenta a la pregunta *“¿por qué no soy bueno para esto?”*. Este nuevo encuentro con el mundo lo lleva a sentir que las soluciones empleadas en el colegio no son suficientes, por lo que debe perfeccionarlas para este nuevo ciclo. Una vía que intenta es retomar las habilidades trabajadas desde la infancia (actividad física), que en contraposición con las admiradas (habilidades académicas), se convierten en su reverso. Parece sostenerse con mayor necesidad de la idea en torno a que, así como hay algunas personas que son buenos alumnos, otras lo son para los deportes. Sin embargo, este recurso no logra ser suficiente porque, en este nuevo espacio, la habilidad para los deportes no tiene el mismo valor que la académica. Nuevamente se siente “menos” ya que la universidad, como él menciona: *“es mucho más académica, entonces en ese sentido siento como que estoy perdiendo, porque el deporte como que nadie lo valora en la universidad, o sea si es que hubiese entrado al servicio militar tal vez hubiese sido distinto, me entendí” (ríe). Entonces es eso, como sentir igual que salí perdiendo un poco”*.

El “salir perdiendo” lleva a que se busque o requiera exacerbar sus habilidades u otros aspectos de sí mismo. Dado esto, el cuerpo asume un lugar central, al punto de convertir su cuidado y trabajo en una meta de vida. Empieza a dedicar parte de su tiempo a entrenar en el gimnasio, ya que desde el colegio le gustaba hacer deportes. Sin embargo, ahora el acento no se pone sobre la actividad física, sino sobre los resultados que se pueden obtener en el cuerpo: *“me acuerdo que me empezó a gustar como el gimnasio y como tratar de crecer un poco y ... de ahí de a poco vas como aprendiendo un poco más, y... cómo se entrena y a qué horas comer, y todo como el proceso que lleva. Y me acuerdo que leía como guías por internet de como comían estos gallos y qué comían y que tomaban, suplementos y esas cosas y... me acuerdo que quería ser así”*.

En este ejercicio encuentra que la imagen de los deportistas o de los hombres “fit” (de fitness) es algo que quiere conseguir. Toma como referencia a deportistas y aspira a darle ese aspecto a su cuerpo: *“casi que quería ser el hombre perfecto, musculoso [...] cuando estaba metido en el gimnasio una de mis metas de ser exitoso era estar, así como marcado y ser fit y... y no sé po’... como gallo de gimnasio y... en ese tiempo esa era mi meta”*. Al pensar respecto de esta meta, Agustín cree que dada la desventaja que sentía en lo académico en la universidad, la imagen de su cuerpo le daba más seguridad. Es decir, ser “fit” comienza a sostenerlo como en su infancia lo hacía la relación con sus pares y la identidad compartida a partir del diagnóstico. Parece producirse una transformación subjetiva que le permite salvaguardar ciertos aspectos de sí mismo para lidiar con las dificultades de esta nueva etapa. Rememora: *“mmm... yo creo que es como... mmm... no es como insegur... es que le diría como inseguridad, pero no es como eso, como ... sino como buscar algo más, puede ser, como ... querer agregar como cosas así, es como si tuviera como una lista y decir ya, tengo un cuerpo... no sé, soy flaco y marcado y después eh... no sé po’, otra cosa [...] me veía como yo mejor... como que me veía mejor como estéticamente, tal vez me iba a dar más confianza [...] sentía que me iba a ayudar [...] si tuviera como el cuerpo y... como más ideal, tal vez ahí sí, pero me daba cuenta que al final no era tan así, porque muchas veces ni siquiera necesitaba tener como ese cuerpo para hablarle a alguien, o sea era como cosa de tener confianza no más (ríe) [...] creo que me ayudó varias veces a... como a darme un impulso, por así decirlo (ríe)”*.

Sin embargo, esta meta donde el ideal se pone sobre el cuerpo no es rápida o fácil de alcanzar, por lo que experimenta las mismas decepciones que cuando niño en relación al desempeño escolar: *“me di cuenta en el tiempo que me iba a demorar como mucho y al final es como, lo mismo que ha pasado, o sea como que tampoco tenía camino fácil eso, o sea yo creo que sí hay, hay como esteroides y esas cosas, pero ahí sí que ya no me voy a tirar esas cosas, me da como miedo, ya es como pasar a otro nivel”*.

Otro uso del cuerpo que toma fuerza en este tiempo tiene que ver con cómo éste puede ser una vía de tramitación de afectos, relaciones, estatus, etc. De este modo, el ir a fiestas y el consumo de alcohol comienzan a asumir un lugar más allá de lo recreacional interrumpiéndose la búsqueda del cuerpo perfecto, pero que a la vez da cuenta cómo se mantiene el vuelco sobre éste. Piensa: *“influyó un poco que estaba carreteando hartito ahí,*

entonces una de las cosas que hay como que dejar de hacer pa' lograr eso es dejar de carretear y dejar de... y sobre todo de tomar y entonces como estaba en la época, principios de universidad, era como muy común salir a tomar todo el fin de semana, así, casi, entonces como que en la balanza, yo creo que me importaba más como salir a huevear con mis amigos que el deporte”.

Asociado al consumo de alcohol y al uso del cuerpo parece abrirse una vía para la expresión de afectos como la agresividad ya que, a diferencia de su infancia, en este periodo tiene peleas. Con algo de pudor, relata que estas peleas ocurrían mayormente cuando iba con sus amigos a una discoteque. Ahí: *“a la primera cosa que pasaba como que nos agarrábamos al tiro... fue como un momento que éramos buenos pa' pelear, pero después como que ya no, en general se pasó [...] pero igual no fue mucho, o sea un par de veces, y también fueron situaciones que... que hasta el día de hoy yo encuentro como que igual justificaban igual como un poco de defensa y como... tal vez ahora lo manejaríamos de otra forma pero como que en ese momento, como con la ira y todo eso [...] como cosas así que gatillan al final que el copete como que te explota (ríe) [...] o sea, igual daba miedo, pero sí, como que igual daban ganas como de pegar así... (ríe) de pegar no más”.*

Paralelo a esto, las cosas en el ámbito académico se complican. Ocurren impasses que determinan que deba cambiarse de universidad. De este modo, su trayectoria universitaria puede dividirse en dos momentos. En la primera universidad siente que la carrera no se ajusta a sus expectativas y además, tiene problemas con una asignatura que reprueba dos veces, por inasistencia. Lo particular de este ramo es que no correspondía a uno pilar de la carrera, sino que se trataba de un ramo complementario que no representaba problemas en términos de rendimiento académico sino más bien subjetivos porque se enfocaba en conocerse a sí mismo desde una vertiente más espiritual. Entre risas, comenta: *“el problema era la asistencia (ríe), cachai, era la asistencia lo que me cagó, si en pruebas me fue bien porque... leía las preguntas, ponía lo que creía y tampoco te puede ir mal en algo que es super subjetivo como eso po', o sea escribirle una carta a mi yo del futuro no te podí sacar un dos a no ser que pongai no creo en mí, ¡chao!, no sé po (ríe)... entonces eso”.*

Recuerda que desde la universidad le propusieron: *“o hací de nuevo el ramo o podí convalidar tus ramos e irte a otra universidad, entonces como que me invitaron como a irme, por así decirlo, y ahí dije sabí' que no, mejor no quiero seguir estudiando acá porque ya me tiene muy aburrido esta carrera y me cambié [...] y ahí en ingeniería comercial era un poco más como mentalidad de negocios, más como estratégico y como hacer como emprendimientos y cosas así, más como estar metiendo como la... como las manos en crear algo, más que estar siendo como robot, ¿me entendí'? y ahí me gustó un poco más y también adopté como un grado de responsabilidad mayor porque ya no podía, no iba a cagarla de nuevo po', entonces tenía que terminar esa carrera y así fue”.*

En este tiempo decide consultar con un psicólogo. Si bien la decisión de consultar pasa por él, parece no encontrarle otro sentido a esta experiencia más allá de haber encontrado herramientas para ordenarse en el ámbito académico. De este proceso

recuerda: *“debo haber ido como 6 meses y no me gustó como el psicólogo, era como raro, como que me hacía bullying (ríe) [...] él como que creía que yo era como de ultra derecha porque estudiaba comercial y como que me hueviaba por cuico al principio (ríe) [...] a mí me daba como lo mismo, eran tallas, cachai, pero era como raras las sesiones que tenía con él, porque me sentía que estaba yendo obligado hasta que me di cuenta ¿por qué estoy haciendo esta cuestión? (ríe)”*.

El cambio de universidad le permite reencontrarse con sus metas y asumir una responsabilidad o posición diferente a partir de las consecuencias de su experiencia previa. Además, encuentra una mayor afinidad con sus compañeros, lo que lo ayuda a sentir que los recursos que hasta ahora había desarrollado tienen mejores resultados. El sentirse cómodo en este nuevo espacio aumenta su motivación por asistir a la universidad y mejora también su rendimiento. Con el tiempo, el paso por la segunda universidad le va entregando confianza y más seguridad en sí mismo. Avanza en la carrera y va destrabando -en parte- esa marca de dificultad en lo académico. El “agarrarle la mano” le permite encontrar soporte en este tipo de actividades y en las prácticas profesionales o al poner(se) en práctica comienza a valorar sus logros. Este desafío lo ayuda a descubrir nuevas posibilidades: *“ahí también agarré como harta confianza como para quebrar el hielo y entrar a conversar con, de repente con un gallo como, no sé, gerente que tiene súper poco tiempo, qué va a pescar a un practicante, entonces como que ahí agarre harta experiencia en eso, como más como en el mundo laboral la verdad”*.

Terminada la universidad, comienza a ver cómo insertarse en el mundo laboral. Inicialmente se propone trabajar en un proyecto personal, buscando desempeñarse en algo que realmente le guste, porque siente que antes nunca lo había hecho. En este punto parece ocurrir una nueva transformación subjetiva en tanto traduce una nueva forma de hacer con sus habilidades e intereses en lo que será su empresa. Recuerda que al poco tiempo de obtener su título profesional comienza a darle forma a esta idea: *“entonces como me gustaba la computación, porque siempre me ha gustado desde niño, desde chico, dije por qué no dedicar mi carrera [...] como enfocado a negocios más como online y páginas web y esas cosas, entonces ahí me di cuenta que era todo un mundo que también me faltaba aprender, que no lo aprendí en la universidad”*.

Para armar su emprendimiento, tiene que volver a estudiar cosas relacionadas a computación y programación y, a pesar de que a veces tiene dificultades para concentrarse, experimenta que es algo más llevadero y por lo que siente una mayor motivación. De este modo, estudia de manera autogestionada a través de cursos online, haciendo sus propios horarios. Se da cuenta que logra una mayor “disciplina” porque nadie lo está controlando o presionando. Comenta: *“soy yo como contra... como contra... contra eso. Yo soy el único que puede como... ordenar mi horario, nadie me va a pasar asistencia, entonces eso, me ha costado algunas veces porque de repente me resultan cosas difíciles”*.

Siente que alcanza un mejor desempeño al ser su propio “jefe” o “profesor”, parece ser que, al tener un mayor control sobre sí, sostiene una posición más activa que le

permite lidiar -aparentemente con menos sufrimiento- con el malestar que experimenta en situaciones que implican sometimiento o adecuación a la norma. Sin embargo, al tiempo de comenzar su emprendimiento, se encuentra con que, a pesar de alcanzar una mayor disciplina a través de la autogestión, retorna la sensación de frustración al no tener los resultados previstos. Explica: *“me acuerdo que cuando me empezó a resultar y estaba en la... literalmente en mi pieza y estaba empezando a ganar plata desde mi pieza, así como... casi de manera automática [...] entonces como que estaba así súper emocionado (ríe), entonces estaba 24 horas al día tratando de ajustar detalles [...] después me empecé a dar cuenta que empecé como cada vez a rendir menos, como que estaba todo el día pendiente pero estaba disperso [...] y no estaba concretando nada”*.

De este modo, a pesar de que trabaja en algo de su interés, cuando las cosas se complican nuevamente siente que no puede rendir como espera. Para él, estas dificultades se asocian a su “experiencia TDAH” ya que interpreta el desconcentrarse como salir de su zona de confort cuando debe hacer cosas obligatorias o en las que siente que no es bueno. Así, explica: *“aparte de ser como el desinterés que hablamos, de repente... como el hecho de desconcentrarse tan rápido es porque tiendo como a salir de mi zona de confort y quiero volver a mi zona de confort y entonces me enfoco en las cosas que sí sé cómo hacer bien y como en las que me puedo desarrollar y como que no salgo, al salir de esa zona de confort por así decirlo... eh... como que de repente me dan como ganas de arrancar y ahí es como donde se produce esa... o lo que yo siento por lo menos que se me produce esa como desconcentración o dispersión”*. El volver a la zona de confort sería entonces, poder hacer cosas que le gustan o que le resultan fáciles. Retrospectivamente y en el presente, piensa su experiencia subjetiva en torno al TDAH como una falta de trabajo sobre la frustración en la infancia, haciéndolo sospechar que tal vez, parte de lo que se diagnostica como TDAH es sólo frustración y desinterés.

En este momento, la dispersión es problemática porque le impide lograr la disciplina que desea, haciendo que la desmotivación aparezca cuando se rompe la “rutina perfecta” que ha proyectado para alcanzar lo que llama sus metas, centrales en su definición de éxito. Agustín se explica este apego a las metas a partir de la definición de sí mismo que ha construido hasta ahora, y a partir de experiencias previas donde, por no tener un plan estructurado, siente que queda a la deriva: *“como que siento que tengo que tener un plan, si voy como al lote me va a pasar lo mismo que me pasó cuando empecé como mi negocio, que parto súper bien y después me desordeno, porque intento hacer todo y es mucha cosa, y... como soy disperso (ríe) no puedo concentrarme tanto rato en hacer algo”*. Lo anterior lo confronta con algo que considera problemático de sí, su curiosidad, la cual siente que lo embarga y lo lleva a extremar sus intereses. Con cierto pesar, señala: *“cuando masterizo algo, por así decirlo, como que no me conformo con eso [...] entonces como que nunca estoy tranquilo en ese sentido, como que siempre quiero más [...] siento que mi curiosidad me lleva mucho más allá, pero después como que satisfago esa curiosidad y después cuando lo miro desde atrás digo no tenía, no tiene sentido”*.

Existe un punto de tensión relevante cuando piensa respecto de su curiosidad, ya que a pesar de que puede aprender sobre diversos temas, experimenta que estos terminan siendo inútiles porque no los puede enfocar en una sola meta o camino. Se incomoda consigo mismo cuando reflexiona en torno a esto, lo ve como que al intentar abarcar muchas cosas todo se vuelve caótico, impidiéndole lograr un camino que parece emerger como un intento de solución ante el malestar que experimenta por su “desenfrenada” curiosidad.

Este camino se encuentra en referencia a lo que ha ido estableciendo como su plan de vida, sobre el cual parece descansar la expectativa de una posible transformación subjetiva que haga de contención a estos aspectos más desbordados de sí. Agustín lo construye como: *“no sé, siempre me he visto como planeando, como que cuando me propongo algo como que siempre tengo esa visión de... de yo en el futuro y como que... me imagino así como sería yo y qué cosas, como que cosas pasaría, etc., como que, es como si ya la tuviera clara la cuestión (ríe), pero cuando llego ahí de repente no es tan así, porque en el camino de repente cambian muchas cosas o no es como yo esperaba, entonces eso también puede llevar como a frustraciones (ríe) o bajas expectativas, o sea, no bajas expectativas, muchas expectativas que, como que no se satisfacen por así decirlo [...] como que igual me pongo expectativas altas en las cosas que quiero lograr”*.

Estas expectativas dan cuenta de un punto de compromiso subjetivo, ya que recurrentemente se ponen en tensión con el miedo de no cumplirlas; aunque intenta dar espacio al tiempo, reaparece el recuerdo de experiencias previas donde no ha podido cumplir lo que se propone: *“acá también me puede pasar si es que no me, como que no me esfuerzo lo suficiente, entonces como que me da un poco de susto también, como no lograr esa expectativa, no sé tanto así como lograrlo justo, pero por último acercarse”*.

Espera de sí mismo: *“ser exitoso, eh... y hacer algo que, o sea que me guste, que es lo que estoy haciendo ahora y eso, es como esa mi meta, me gustaría, me veo como exitoso, como que yo igual me presiono harto en ese sentido como a tener éxito, tanto monetariamente como laboralmente y... en mi tiempo, también pa’ mí la definición como de éxito es como poder tener tiempo libre y poder hacer las cosas que me gustan y no estar todo el día pegado en un trabajo como pa’ poder tener plata y después decir tengo plata pero no tengo tiempo (ríe)”*.

Sin embargo, el no alcanzar -hasta ahora- las metas de acuerdo con sus expectativas, hace que ponga en marcha diversos arreglos sobre sus mismas exigencias a través de lo que llama “aterrizar sus metas”. Con la idea de poder destacarse y ser exitoso, hace un movimiento subjetivo desde las exigencias sin límite a su aterrizaje (forzoso en algunos momentos). Repensando sus metas y expectativas, recuerda que desde niño se ponía metas altas atribuyéndoles la posibilidad de alcanzar tranquilidad. Ésta parece un tanto enigmática, en cuanto no se esclarece en referencia a qué o quién, sino que parece tratarse de tranquilidad consigo mismo, con sus altas exigencias: es decir, la exigencia de un ideal con el que se compara constantemente. Un ejemplo de esto es lo que recuerda como la meta de tener promedio 6,5 en el colegio y luego en la universidad: *“siempre me*

hubiera gustado que me fuera bien, pa' poder tener como la tranquilidad en verdad de, la tranquilidad que se siente cuando te está yendo bien, o sea, igual es como satisfactorio eso, y siempre lo pensaba como al principio, me acuerdo que todos los años en el colegio era lo mismo (ríe). Partía y decía '¡ya, este año sí! ¡ahora voy a estudiar!' [...] pero después ya... (ríe) ... me da risa, porque siempre era lo mismo".

Lo anterior se anuda a la sentencia de algunos profesores (en especial una) que instala la posibilidad de que no tendrá futuro por su forma de ser. Recuerda que anhelaba subir sus notas para poder "callarles la boca". Recapitula: "[una profesora] *me hacía pasar al frente cuando yo no sabía lo que estaban hablando, entonces me ridiculizaba y esas cosas [...] me lo dijeron una vez, que si seguía así no iba a tener un futuro, que iba a fracasar".*

Esta experiencia, a pesar de que él intenta minimizarla en su historia, parece dejar una marca que dará forma a su relación con los otros y que lo hará cuestionarse sí las diferencias que algunos profesores pueden hacer con él -dada su manera de "sacar ventaja" del TDAH- es algo que lo "mal cría" porque espera que las cosas le resulten rápido y fácil. A partir de esta pregunta acaece una transformación subjetiva asociada a la duda sobre sí los resultados obtenidos son premios de consuelo, ya que no se está sometido a las mismas exigencias que los otros (los que no tienen déficit atencional). Establece que es necesario que a las personas como él se les exija de la misma manera y, en caso de que esto no sea así, las exigencias pueden ser impuestas por sí mismo.

Lo anterior, se mantiene con cierto peso para Agustín en su vida actual, donde intenta desmarcarse por completo de la posibilidad de ser mal criado a través de la búsqueda de satisfacciones y logros por "su propio mérito" a partir de los modos en que ha aprendido a hacerse un camino. Sin embargo, estas maneras titubean cuando se enfrenta a nuevas situaciones como buscar trabajo (luego de algunos inconvenientes con su emprendimiento, debe buscar un trabajo complementario). En su búsqueda se topa con dificultades que actualizan la pregunta por el *¿qué tengo?*, al verse enfrentado a situaciones de evaluación y tardar más tiempo del esperado en encontrar un lugar que se adapte a sus requerimientos. Atribuye esta preocupación o malestar a su "historial" y de este modo, el buscar trabajo comienza a ser como una carga ya que, nuevamente siente la amenaza de no poder lograr lo que quiere para su vida. Se plantea a sí mismo un recorrido signado por el malestar, piensa: "*en el colegio me fue mal y por ende también lo pasé mal, después en la universidad me fue un poco mejor, pero aun así me costó y yo diría que como que lo pasé más o menos, y ahora en el trabajo como que me propuse, sobre todo este año, hacer algo que me gustara y como dedicar mi vida a algo que realmente me resultara más fácil y me... eso me saliera como más natural y como no me ha resultado me frustró y pienso... jesto va a ser la misma mierda que ha sido las últimas dos etapas!"*

Finalmente, encuentra trabajo en una empresa que se ajusta a sus expectativas, al estar ligada a la tecnología y los negocios, por lo que se siente liberado. Valora el haberse sentido escuchado y reconocido en la entrevista de selección, a pesar de no tener mucha experiencia laboral. El conseguir este trabajo por su propio mérito reafirma parte de su

confianza en sí mismo al obtener esa reafirmación anhelada (desde su infancia) y que, además, le permite desprenderse de la idea de alcanzar sus metas por ayuda de otros (lo que las convertía en “premios de consuelo”).

Otro punto de compromiso subjetivo que puede identificarse en este proceso de selección laboral, se asocia a que tiende a culparse a sí mismo por no obtener trabajo. Aunque para él esta sea la solución más fácil, en su relato se puede ver el costo subjetivo que alcanza cuando menciona: *“o sea, yo creo que (ríe) es que ya igual he intentado hartas cosas [...] y aun así no pasa nada, y ahí te viene eso como de, o sea si no me funciona así ¿qué pasa que no me está funcionando? Y ahí como que me tiendo a echar la culpa, o trato de buscar como ese, como esa razón, ¿qué hay que no esté viendo? O ¿qué?, ¿seré tonto? O qué se yo”*. Parece situarse una pregunta más enigmática respecto de sí mismo. No son sólo las capacidades o la posibilidad de ser tonto lo que interfiere en su búsqueda de trabajo, sino que algo “desconocido” ocurre con él, algo que experimenta como: *“algo inerte, algo que siento que no lo veo”*.

Por tanto, el encontrar un trabajo reduce la tensión que se produce entre sus expectativas y la evaluación de cumplimiento (o rendimiento) que hace de sí mismo para alcanzarlas. En esta aceptación para el cargo al que postuló encuentra la validación necesaria para continuar con su proyecto vital. El trabajo conseguido por sus méritos y no por “pituto” se vuelve central ya que, es a partir de éste que podrá conseguir sus otras metas como independizarse, viajar, tener una familia, entre otras. Deposita en la independencia financiera la posibilidad de adquirir otro(s) tipo(s) de independencia.

6.4 La adultez: “El TDAH es una suma de cosas”

Hoy, a sus 27 años, Agustín piensa que el TDAH -o déficit atencional, como él lo llama- es algo con lo que nació. Sería una condición que es parte de él y ante la cual cree no haber buscado mayores explicaciones. Sin embargo, al reconstruir su trayectoria, da cuenta de importantes reflexiones a las que ha llegado a partir de su experiencia escolar, universitaria y laboral. Con algunas incertidumbres relata cómo, en su vida actual, algunas de sus vivencias han sido transformadas en nuevos sentidos y formas de verse a sí mismo, los otros y la sociedad.

Principalmente, considera que el déficit atencional es una suma de cosas, en donde convergen el desinterés, la falta de motivación, las capacidades o habilidades, las diferentes vicisitudes del sistema escolar tradicional y lo que la sociedad demanda de cada uno de nosotros. Estas reflexiones, además, se ponen en tensión con el conocido debate en torno a si el TDAH es o no una enfermedad real. Comenta: *“en un porcentaje existe, porque a mí me pasa que si bien estoy estudiando algo que me interesa, me cuesta concentrarme, pero va como a lo que te decía al principio, que era como el tema de, yo creo que el déficit atencional es como una, como una suma de cosas al final, como es como desinterés, eh... procrastinar, eh... salir de tu zona de confort, frustración, entonces como*

que todas esas cosas, tal vez como que se pueden como en conjunto diagnosticar como déficit atencional, pero yo creo que son cosas que tienen todas las personas, o sea... es como algo normal para todos, tal vez para algunos se aplica más fuerte y pasas a ser como (ríe) déficit atencional... de hecho, yo creo que la tolerancia a la frustración es como una de las cosas claves del déficit atencional, porque al final es eso [...] una bola de nieve de desinterés y frustración en torno a ese tema específico. Entonces eso, yo creo que es como una suma de cosas”.

Por tanto, el déficit atencional es un conglomerado heterogéneo de cosas que parece tomar al sujeto y convertirse en un aspecto de sí. No obstante, aunque se naturalicen o normalicen algunos de los aspectos del TDAH -por medio de una transformación subjetiva que actúa como solución ante el estigma de esta condición- en el caso de Agustín persiste la idea de que en él y en otros estas dificultades se presentan con mayor intensidad siendo problemáticas y limitantes. De este modo, se puede pensar que el TDAH deja una marca que se extiende de la infancia a la adultez y que, a pesar de las soluciones inventadas por el sujeto, lo acompañan durante toda su vida a través de la actualización de estas características o problemas infantiles como un sentimiento de culpa en la adultez. Para Agustín, esto puede ser una sensación constante en su vida diaria, relata: *“es como... una sensación de culpa porque, sobre todo al final del día, cuando como digo, como que hago una... inspección de lo que hice, no sé si inspección (ríe), un resumen (ríe), y digo ¡ah! Iba a estudiar esto y no lo estudié, no sé po’, o iba a ir al gimnasio y no fui, entonces como que de repente jugué mucho Play o vi tele, etc. Entonces ahí baja culpa”.* Como se mencionaba, dada esta condición siempre presente del déficit aumentan en él sus exigencias y reproches por no responder a sus planes o metas.

En este sentido, el poder normalizar algo del TDAH le permite transformar lo que él consideraba como un problema en la posibilidad de tener otras capacidades que a fin de cuentas, no son mejores ni peores que las de otras personas; porque como dice: *“sí bien yo tengo otros intereses también, cuando hago las cosas que sí me interesan, también me cuesta concentrarme, no tanto como en lo otro, pero aun así también percibo como que me cuesta concentrarme [...] entonces yo creo que el déficit atencional al final es como que tus capacidades son mejores para poder concentrarte en cortos periodos que en largos periodos [...] según yo son métodos de aprendizaje distintos nomás”.*

Lo anterior se anuda a una escena infantil que recuerda, donde había sido castigado por su madre quien le quita su computador, pero él se las ingenia para rearmarlo en una caja de aspiradora, haciéndola creer que ella lo tenía cuando realmente no era así. Esta situación se convierte en un punto de inflexión, que le permite hacer un viraje desde el déficit al reconocimiento de sus habilidades ya que, como menciona, esta anécdota: *“fue como un llamado, entonces yo creo que esa fue como una señal, porque después como lo comentábamos, mi mamá lo comentaba, ¿cómo se te ocurrió eso!?, entonces como que me hacía sentir como... como inteligente en ese sentido, así como pillo”.* De esta manera, el niño castigado por tener malas notas -que como mencionaba Agustín lo hacía cuestionarse si era tonto- a partir de experiencias como ésta puede

identificar que tiene otras habilidades que lo hacen “pillo” o inteligente. Así también rememora como punto de transición otra escena que refiere a su “primer negocio” arreglando computadores a sus vecinos cuando era adolescente. Aquí decide agregar como socio a un compañero pero resulta que éste no logra aprender lo que él sabe a pesar de ser un muy buen alumno. Aquí comienza a cuestionar que tal vez lo que él sí sabe hacer, son capacidades y habilidades diferentes a las de los demás pero que tienen igual valor.

Entonces, como reverso del déficit o la discapacidad, se encuentran las capacidades diferentes. Las cuales sí hubieran tenido lugar en la escuela, por ejemplo, le habrían ayudado a reducir el malestar asociado a los aspectos académicos. Así, el tratamiento de la discapacidad por medio de la potenciación de las capacidades que sí se tienen -en vez de la búsqueda de las que no se tienen- se convierte en una alternativa. Hoy piensa que: *“no es tanto... que las cosas me van a costar o me voy como que... me va a costar, no sé, concentrarme tanto y no ser tan disperso, sino que si ocupó mis energías en hacer algo que sí me gusta voy a estar mucho más concentrado y enfocado [...] pero como que me voy adaptando a como soy yo, más que a como el colegio o el sistema educacional me trate de... me fuerce a serlo. Como que también me sirvió como para conocerme a mí mismo entonces, o sea con eso me sirvió, empecé a cuestionarme muchas cosas que tenía pensadas que eran como estándar”*.

Esta solución es vivida como resultado de un largo proceso, que hoy permite a Agustín alcanzar un mayor agenciamiento, dado el control y poder de decisión que cree tener sobre su vida. A diferencia de las personas que siguen el camino “normal” -quienes pueden experimentar malestar al realizar actividades que no les motivan o no les hacen sentido-, él habría logrado sobreponerse a esta situación al entender su naturaleza. Así, aunque parte de su camino haya sido difícil, hoy lo ve como: *“es como algo que, según yo, es necesario vivirlo para poder como entenderse también, porque yo encuentro que mucha gente como que sigue el camino normal solamente porque es como lo que se supone que hay que hacer y como que siguen, por así decirlo, las reglas, pero esa gente yo creo que como que no se conoce bien y como que, si bien como que están más forzados a que sigan ese camino, eso los hace como que, como que los fuerzan a que les guste eso y de repente a algunos les termina gustando, pero como que no, no les sale natural”*.

Esta transformación subjetiva, a partir de una lectura retrospectiva de la experiencia asociada al malestar infantil, lo lleva a alcanzar una mayor conciliación consigo mismo y las situaciones en las que experimenta desagrado o la imposición de adaptación y sometimiento. Piensa entonces que, este mayor conocimiento de sí se traduce en alcanzar una mayor madurez que es productiva para resolver parte de las dificultades asociadas al TDAH. Experimenta entonces una cierta satisfacción ante el proceso vivido por lo que hoy valora: *“entender que todos somos distintos y que tenemos capacidades distintas y que... hay como que... es importante lo mismo, o sea, conocerse a sí mismo para saber en qué, como dónde guiar su vida y cuando niño eso no es así, porque cuando niño uno sigue las reglas nomás, eh... trata como de seguir las reglas y tratar de hacer lo mejor del*

estereotipo del niño como estudiante y que le vaya bien, pero... claro, o sea después te das cuenta de que no es tan así”.

El conocerse a sí mismo lo ayuda a tener una posición diferente en la vida, ya que contaría con más herramientas que las personas “normales” para identificar lo que le gusta y lo que no, las cosas que le dan gratificación y las que no, etc. De este modo podría, por ejemplo, evitar estar en un trabajo que le resulte alienante o participar de actividades que no tienen sentido para sus expectativas de vida. Piensa: *“yo igual me siento como privilegiado de que me sé conocer un poco internamente. Yo de repente hablo con amigos, por ejemplo, hablamos de pega y están completamente perdidos, o sea, lo único que quieren es que llegue el viernes pa’ reventarse, como olvidarse de toda la pega y... yo no es como me veo, como quiero estar, entonces es cierto que tengo como un poco más de capacidades en ese sentido, como de entenderse cómo, cómo funciona uno y, cómo manejar toda la frustración y todas esas cosas y cómo tratar de al final lograr algo. En ese sentido, como que me siento un poco mejor parado que mis amigos y... es por eso que también decidí ocupar esas habilidades que tengo pa’ dedicar mi carrera como más enfocado a eso”.*

De esta manera, el saber-hacer que ha ganado del déficit se transforma en un soporte en la adultez, ya que puede identificar sus capacidades y lograr el agenciamiento necesario para utilizarlas. Esta solución parece ayudarlo a contrarrestar el malestar asociado al diagnóstico y la presión social por el rendimiento y el deber ser. A partir de esto cuestiona el TDAH, teniendo presente las características de la sociedad actual, atribuyéndole a ésta una importante responsabilidad en el diagnóstico y la experiencia en torno a éste. De este modo, aparejado a la hipótesis biológica, el desinterés -que para él es una pieza central del TDAH- sería una consecuencia ante la presión social por ser de una determinada manera. Piensa que este desinterés se produce: *“por el camino que uno quieren que siga, como muy estructurado, entonces el déficit atencional al final es como personas que se desvían de ese camino porque tienen otros intereses y son percibidos como que son... son como... no raros, sino que como no tan centrados como con la otra masa [tono de desagrado] de la gente, como que no sé si me explico bien (ríe), pero pa’ mí eso es como el déficit atencional y también un factor como de... de tener como cortos periodos de concentración”.*

Este vuelco del déficit a las capacidades diferentes también tiene relación con los discursos sociales disponibles que, en el caso de Agustín, le han permitido abrir la idea de la condición biológica, aunque tal vez sin desecharla completamente. Explica: *“sí, yo creo que es como... o sea, si es que el diagnóstico era lo que yo soy, en ese momento, eh... yo creo que estaba bien, o sea que lo hayan diagnosticado, porque yo creo que no estaba como tan trabajado como el tema de potenciar las habilidades como de los niños, sino que era como más cuadrado, el niño ideal y si tú no eres ese niño ideal y como que te desvías eres como... puedes tener como el diagnóstico de déficit atencional, entonces yo creo que en ese momento como que... tal vez era bueno, pero como que lo veo ahora y yo ya no creo que exista como ese diagnóstico, a parte que igual después, como cuando empezó*

Facebook, el 2010, por ahí, me acuerdo que alguien como que una vez compartió un estudio que decía que el diagnóstico, o sea que el déficit atencional era como una mentira, como que era, era como simplemente que el niño no presentaba las mismas habilidades en lo que se encapsulaba como colegio, entonces si lo veo ahora, viéndolo ahora es como que, es como que ... tal vez ahora no es necesario como diagnosticarlo y verlo como más como, como darle más posibilidades a un niño para que potencie las cosas en que sí es bueno, que sí puede como hacer que le gusten”.

Este vuelco en el discurso -de lo biológico o patológico a la consideración por los factores sociales presentes en la configuración del déficit atencional- refuerza su construcción en torno a las capacidades distintas en la actualidad, aliviando la marca de lo diferente. El integrar esta posibilidad de tener habilidades e intereses que escapan a la masa contribuye, en cierto nivel, a soslayar la marca de la discapacidad; que es llevada como un gran peso. Así, parece ocurrir una transformación subjetiva que permite dar un nuevo lugar al diagnóstico y a la experiencia infantil en la vida adulta. Como relata Agustín: *“me llamó la atención el hecho de [...] que al final no es como una cosa como patológica, no sé cómo se llamará cuando alguien nace como con eso (ríe), sino que... era como que como simplemente que no estaba potenciando como sus habilidades y sus interés, entonces eso [...] me hizo sentir como... también, como liberado [...] o sea, que en todo este tiempo pensando que de repente me costaban mucho las cosas y al final era que me costaban las cosas que no me gustan, entonces como tal vez como esa sensación como de liberado, como de sacarme como mochila de la espalda, como de dejar de cargar con eso [...] como cambiar la perspectiva también”.*

Entonces, la veracidad o existencia del déficit pierde trascendencia. Termina desplazándose la pregunta por el *qué tengo* hacia una por los tratamientos o formas de gestión del déficit, en tanto este parece representar una condición crónica que requiere de manejo o gestión de por vida. De este modo, a pesar de que se pueda cuestionar el lugar de la sociedad, la escuela y los componentes biológicos del TDAH, Agustín cree que: *“es algo como con lo que voy a tener que vivir siempre, pero que lo he aprendido como a manejar igual, entonces, eso la verdad. Lo veo como algo que... voy a tener que seguir siempre con él y aprender a manejarlo nomás”.*

El desarrollar nuevas formas de gestión, basadas en el conocimiento de sí y el reconocimiento de sus capacidades, permite declinar vías antiguas de tramitación de la tensión (como por ejemplo, el consumo de alcohol y el trabajo sobre el cuerpo) para adquirir otras por medio de técnicas de mentalización y la autodeterminación. Explica: *“este año como con, emprendiendo como mi negocio, como que... como la mentalidad de los altos y bajos, como de repente las cosas no resultan pero tenía que seguir insistiendo, entonces como que ahí vi, he aprendido un poco más de, como de... como de filosofía y esas cosas, o sea de repente me pongo como audiolibros de autoayuda como con consejos... o ver como casos de éxito de gente como... insistió tanto hasta que... de repente le resultó, entonces es como eso, como que igual he aprendido harto como de mentalidad, como a trabajar la mentalidad y frustraciones y esas cosas”.*

El desarrollo personal parece ser asemejado al desarrollo organizacional y a la producción. Desde esta perspectiva, se adquieren herramientas que le permiten encontrar nuevas vías para alcanzar sus metas. En este sentido, la determinación asume un importante valor en su nuevo saber-hacer. Para él, ha sido trascendente: *“aprender a determinarse la verdad, como que... es como más valerse pa’ uno, porque eh... no solo aplica pa’ los negocios, ni particularmente a eso, sino que aplica para muchas cosas, o sea por ejemplo, yo sé que si me pusiera la misma meta de ser musculoso ahora, como que ahora sí sabría qué camino tengo que hacer y cuánto va a tomar y que tengo que ser determinado y no darme por vencido y como los... como eso la verdad, como que siento que soy como más, más maduro en ese sentido, entonces por eso encuentro que es más valioso porque aplica a muchas cosas”*.

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Para comenzar el análisis de esta trayectoria, es necesario volver a las definiciones previamente establecidas, de modo de poner en diálogo los elementos circunscritos a esta categoría conceptual y los elementos hallados durante el proceso de este estudio. De esta manera, es posible observar que la trayectoria reconstruida permite ubicar, por una parte, eventos biográficos relevantes en el devenir de ésta; que han permitido situar al acontecer de una enfermedad como un evento estrechamente ligado a la biografía del sujeto dadas las transformaciones que acaecen en cómo piensa su pasado, presente y futuro. Atendiendo a lo señalado por Lindgren et al. (1992), se ha podido dar cuenta del reservorio de experiencias y sentimientos que la vivencia asociada a una enfermedad implica para el sujeto con quien se ha reconstruido su trayectoria y los modos en que éste la ha integrado a su biografía.

Por otra parte, el asumir la existencia de un curso multidimensional de la experiencia asociada a una enfermedad, ha permitido dar cuenta de la serie de fuerzas (individuales, sociales, culturales, etc.) que, en su interjuego, dan forma a la trayectoria descrita y que participan en la vida del “enfermo” y la de quienes lo rodean, reforzándose el supuesto de que la experiencia de una enfermedad ocupa un lugar relevante en los procesos subjetivos y sociales del sujeto. Sin lugar a duda, lo anterior es susceptible de encontrarse en la trayectoria presentada, en tanto la experiencia asociada al TDAH para Agustín no depende únicamente de factores neurobiológicos o genéticos, sino que éstos están sujetos y en interrelación con las demandas escolares, familiares y sociales.

Además, la consideración del contexto social -siguiendo lo propuesto por Wiener y Dodd (1993)- es uno de los elementos centrales de la trayectoria de Agustín, en tanto se observa que éste no es sólo un complemento o un elemento adicional que se suma a los efectos del diagnóstico de TDAH, sino que se trata de un agente productor del mismo. Como puede apreciarse en lo propuesto por Riemann y Schütze (1991), los procesos biográficos son a la vez, procesos históricos que acontecen a partir de la interacción social y que incidirán en la manera en que los individuos se relacionan con el mundo, los otros y sí mismos; elementos que han sido esbozados en la reconstrucción de la trayectoria propuesta y que dan un marco de referencia comprensivo, ya que los significados que la enfermedad va asumiendo para Agustín, así como sus transformaciones, se encuentran fuertemente influenciados por las expectativas institucionales y los esquemas de acción biográfica socialmente construidos.

Si bien, como se mencionó inicialmente, estos elementos son valiosos para comprender la experiencia asociada al diagnóstico del TDAH en la infancia; la constatación de las transformaciones subjetivas y de los destinos que este diagnóstico fue asumiendo hasta la adultez de Agustín, no se agotan en la comprensión descriptiva a partir de un orden lineal del cual podría suponerse una suerte de “acumulación de saberes” responsables de dichas transformaciones y destinos sino, al contrario, estas últimas se convierten en una invitación para incorporar nuevas claves de análisis.

De este modo, si se considera lo que Raikhel y Garriott (2013) describen como trayectorias epistémicas, terapéuticas y experienciales; el recorrido reconstruido a partir del relato de Agustín puede considerarse como una trayectoria experiencial en la medida que describe y destaca la experiencia subjetiva asociada al diagnóstico de TDAH. No obstante, también puede considerarse que entrega elementos respecto de los componentes epistémicos, al mostrar algunas de las variaciones en la definición del diagnóstico y sus implicancias individuales y sociales también reconocibles en el recorrido histórico que se hizo de este trastorno a través del DSM. De igual modo, se distinguen elementos asociados a las trayectorias terapéuticas en las menciones que hace Agustín del tratamiento que, de igual manera, expresan parte de la evolución de las terapéuticas; principalmente de la farmacoterapia y otras opciones como la psicoterapia, las técnicas de mentalización y el autoconocimiento. Teniendo en consideración que estos son sólo aspectos tangenciales de las trayectorias epistémicas y terapéuticas, es relevante destacar la interrelación que se puede encontrar entre los tres tipos de trayectorias descritos por estos autores a partir del caso aquí trabajado.

Ahora, retomando las claves propuestas para el análisis -vale decir, la conjunción entre el método indiciario y la teoría psicoanalítica- es posible profundizar las transformaciones subjetivas y los destinos que el diagnóstico infantil tiene en la vida adulta de Agustín. En una consideración que intenta ir más allá de la experiencia narrada o la experiencia conciente, ha sido posible identificar indicios que hablan de los procesos inconcientes y de la vida anímica del sujeto que, desde la reconstrucción emprendida, emergen como centrales si se quiere avanzar en las comprensiones psicopatológicas del TDAH y la clínica asociada a éste.

Desde una perspectiva freudiana, se puede destacar que, a partir del modo en que Agustín busca explorar y conocer su mundo desde su primera infancia, se aprecia el operar de la pulsión de apoderamiento. Cuando rememora el relato de su madre -construido de manera similar a la lógica del recuerdo encubridor-, donde se lo describe como un niño adorable que luego se convierte en un demonio de Tasmania, lo que se hace presente es la manera en que se aproxima a los objetos intentando, por medio de su manipulación y destrucción, un modo de relación con ellos. En este momento de su vida parece ponerse en juego el componente agresivo de la pulsión que, como vía de satisfacción a partir del apoderamiento del objeto, se encuentra al servicio de la actividad sexual infantil, la cual parece cobrar gran intensidad en la infancia de Agustín al ser desbordante y difícil de tolerar por los adultos cercanos a él. Esto se aprecia en lo que sería el contraste entre el niño angelical (adorable) y el demonio de Tasmania (demoniaco) que termina por caracterizar su forma de ser en este tiempo, de acuerdo con lo que recoge del relato de su madre.

Como se revisó en el marco teórico, al interior de la organización pregenital infantil, la crueldad y la agresión son las responsables de poner en marcha la dinámica de la pasividad-actividad que lleva posteriormente al apoderamiento del cuerpo, el establecimiento del tipo de meta de la pulsión y, luego, a la oposición entre masculino y

femenino. Como ésta última no se encuentra establecida aún en este tiempo psíquico de Agustín, la oposición entre actividad y pasividad es la encargada de iniciar una elección parcial de objeto, que posteriormente convergerá en su elección definitiva o principal. De este modo, en la trayectoria expuesta, es posible apreciar que en un comienzo pareciera existir una cierta limitación en el movimiento entre meta activa y pasiva, lo que tiene consecuencias sobre el movimiento de la pulsión de apoderamiento y su posible trasmudación en pulsión de saber. En este sentido, se puede conjeturar que, en los comienzos del proceso de escolarización de Agustín, la pulsión sexual infantil parece detenerse en el apoderamiento, siendo difícil la obtención de satisfacción a través de metas pasivas (como serían las actividades académicas y el seguimiento de las normas), las cuales, incluso, parecen intolerables por momentos. Recordando lo que propone Freud (1905a), esto podría comprenderse a partir del deterioro que puede sufrir la pulsión de saber en la frustración de las teorías sexuales infantiles, lo que conllevaría a un detenimiento o empobrecimiento de los procesos de aprendizaje e investigación que, en este caso, se expresaría en el constante desinterés que representa para Agustín el colegio y que constituye gran parte de su experiencia asociada al TDAH.

Así, durante este periodo -y a lo largo de gran parte de su trayectoria- Agustín parece verse impedido de romper este circuito de la pulsión de apoderamiento que, si se piensa a partir de lo propuesto por Guinard (2012), se encuentra del lado de la compulsión, en tanto su trasmudación parece no ser una moneda de cambio válida para lograr su resignación o sublimación. Al contrario, el ejercicio de la autoridad de maestros y adultos parece ser amenazante desde la realidad, en tanto predispone a la posición pasiva por medio de la imposición del ideal de estudiante, ante el cual Agustín siente que se le fuerza a encajar, movilizand o resistencias en el intento de mantener una posición activa. Esto permite situar que, en este tiempo, la resignación pulsional no entra en una dinámica de intercambios para Agustín, en cuanto nada que se pueda adquirir o ganar se compara al valor de lo que se puede perder. Así, en este caso, no ocurriría una hipermotilidad sin objetivo, como propone Sanfeliu (2011); contrariamente, se trataría de un movimiento al servicio de la pulsión de apoderamiento que parece quedar capturado en la satisfacción proveniente de ella impidiendo su trasmudación a otras formas o estados de la pulsión y que tiene como consecuencia un deterioro en la función intelectual que, para Agustín, se traduce en un bajo rendimiento, desinterés en el ámbito escolar y angustia ante la confrontación con las normas.

A partir de esto, se puede hipotetizar que las risas que emergen dentro de los recuerdos asociados al colegio, a la demanda de rendimiento y al sufrimiento que acarrea el desinterés por los procesos académicos constituye un modo de transgresión para Agustín, en tanto con ellos resiste al ideal que se espera de él y que, a la vez, refleja el potencial carácter compulsivo del uso de la pulsión, previamente descrito. Por tanto, Agustín al recordar ríe, bromea y ridiculiza la situación; como un modo de reforzar los destinos pulsionales que ha ido construyendo a fin de limitar la pulsión sexual y que parecen estar más del lado de la vuelta hacia la persona propia. Así, cuando menciona

“me siento orgulloso de mi infancia, no me arrepiento de nada”, parece hacer una interpretación retrospectiva de este circuito donde, posiblemente, logra apropiarse y reconocer como parte de sí eso incontrolable de la pulsión. Por medio del “abrirse un camino” comienza a encontrar un destino que le sirve de rodeo para la satisfacción, manteniendo la actividad y sorteando el sometimiento que implica el tener que encajar en la opción que entrega la escuela. Por ende, se puede pensar que la risa asociada a estas escenas da cuenta de los avatares de la economía narcisista y los modos de tramitación de la pulsión que predominan en este periodo de su vida.

Retomando lo expuesto en los antecedentes conceptuales, lo anterior se puede comprender a partir de lo señalado respecto de la elaboración psíquica y en el proceso de conformación del yo, donde la primera se encontraría al servicio del desvío de las excitaciones que no logran descarga (y que, por tanto, se vuelven displacenteras) sobre objetos externos. Sin embargo, como se mencionó -y como se observa en Agustín- en ocasiones puede producirse una estasis libidinal por introversión de la libido, lo que tendrá consecuencias en la diferenciación del yo-no yo y, posteriormente, sobre el tipo de elección de objeto. Cuando ocurre una perturbación en la circulación libidinal, puede devenir o predominar una elección de objeto narcisista en vez de una por apuntalamiento, la cual parece prevalecer en ciertos momentos de la historia de la reconstrucción revisada. De acuerdo con este modo de elección de objeto, se amaría a lo que uno es, fue o querría llegar a ser; lo que representa un conflicto en torno al proceso identificatorio y la constitución del ideal del yo, en tanto lo que se proyecta como ideal es el narcisismo perdido de la infancia y que, en el caso de Agustín, parece ser el responsable de la intensidad y urgencia con que vive la aspiración a alcanzar sus metas, al igual que el modo en que ha construido la definición de éxito que las guía.

Así, retomando lo propuesto por Guinard (2012), las dificultades que se asocian al TDAH, y que también aparecen en el caso de Agustín, pueden comprenderse a partir de lo propuesto como el desequilibrio en la distribución de las investiduras narcisistas y objetales, donde el predominio de las primeras hace que la ganancia del yo sea una pérdida en la relación con el objeto. Asociado a esto, la fragilidad que puede atribuírsele al yo permite comprender la relevancia que asume, para el sujeto en cuestión, la manera en cómo se articulan pasividad y actividad; dado que es posible localizar una identificación a la posición activa y una resistencia a la pasividad, que da cuenta del conflicto presente con las figuras parentales (luego subrogadas por otros adultos) y la problemática identificatoria: ante éstas, el comportamiento denominado como TDAH en Agustín actuaría como modo de figuración y elaboración, y ya no como cortocircuito o mera descarga. Entonces, si el narcisismo infantil, el cumplimiento del ideal y la satisfacción de la libido de objeto se consideran como componentes del yo (Freud, 1914), es posible conjeturar que en el caso de Agustín se produce un empobrecimiento del yo, en las situaciones donde no le es posible alcanzar satisfacción y desarrollo a partir de estas tres instancias, por el predominio de una (narcisismo infantil) sobre las otras.

Entonces, a partir lo expuesto sobre el proceso identificatorio y las fantasías edípicas, es posible vislumbrar que, en el caso de Agustín, la identificación hacia la actividad -probablemente- es el resultado de una fuerte identificación al padre que, no sin dificultad, aparece como una vía alternativa a la satisfacción de tipo narcisista. Para comprender lo anterior es necesario apoyarse en lo propuesto por Freud (1914) cuando señala al superyó como heredero del complejo de Edipo, ya que su constitución implicó la resignación de los objetos primarios por medio de la introyección de sus características. Dado esto, se podría situar que para Agustín, lo anterior implicó ciertas dificultades a partir de la severidad del padre o de quien representó su figura en tanto, desde su discurso, se desprenden como sus principales características ser perfeccionista, riguroso, ordenado, (entre otras). Se puede, por tanto, dilucidar el origen y la intensidad que asume la conciencia moral y el sentimiento de culpa en Agustín, cada vez que se reactualiza el modo de satisfacción narcisista (autoerótico) en las situaciones donde se vuelve a una posición pasiva, a partir de la reedición del influjo parental en maestros u otras figuras de autoridad. Esto lo lleva a que padezca la resistencia a la posición pasiva con la misma intensidad que experimenta las situaciones de evaluación o sometimiento a la norma, haciendo que busque a toda costa el restablecimiento de la posición activa.

Lo anterior permite comprender algunos de los conflictos con los profesores que Agustín describe en su relato así como la manera en que logra “sacar ventaja” del déficit cuando subvierte esta relación al alcanzar una posición “especial” en estas relaciones, evitando castigos o sanciones (que son vividas por él como afrentas a su yo). Este problema relativo al narcisismo, en Agustín, lleva a que la satisfacción obtenida se mantenga ligada predominantemente al proceso primario, lo que hace tambalear la resignación de estas vías y la capacidad de tolerar el displacer, interfiriendo y tensionando al yo en la ejecución del proceso secundario, situación que se expresa en la experiencia de desinterés cuando sale de su “zona de confort”. En el caso trabajado, la tensión entre proceso primario y secundario, da cuenta de una posible dificultad o resistencia para trocar la posición pasiva y activa que haga factible el ingreso a una dinámica de intercambio donde sea posible resignar el modo de satisfacción del proceso primario por otro, asociado al secundario, sin que se amenace el narcisismo cuando se cede algo del yo al objeto. Vale decir, si es posible alcanzar un lugar menos “deficitario”.

Otra problemática presente en el caso revisado -y que se encuentra en estrecha relación con el predominio del proceso primario- es el exceso que se produce al interior del aparato psíquico, proveniente de este modo de satisfacción y que parece manifestarse en Agustín a través de lo que él identifica como procrastinar. En esta actividad, en donde no se puede cumplir el objetivo propuesto por una serie de rodeos y actividades que “distraen la atención” y terminan por hacerle perder el tiempo (como cuando señala que interrumpe lo que hace para hacerse un café o cualquier otra cosa), se puede suponer que, dado el desbordamiento de la pulsión sexual (o de vida), la pulsión de muerte tiende a desmezclarse (Freud, 1920), al ser requerido retornar a lo inerte como modo de hacer con el displacer ante la no traducción o secundarización de esta actividad. Dado esto,

parece ser necesario “darse vueltas” o rodeos que hagan factible la traducción de la pulsión. Sin embargo, cuando esto ocurre, Agustín termina por experimentar vergüenza, culpa, sentimiento de inferioridad y de inadecuación al ideal ya que, como menciona, finalmente siempre queda algo, un “eso” siempre presente en su experiencia y que le recuerda lo inerte de la misma, cuando prima la pulsión de muerte como modo de desligar y poner término a las configuraciones libidinales de mayor complejidad que desbordan su psiquismo.

De este modo, retomando lo que propone Janin (2015) (y como se observa en el caso de Agustín), la capacidad de centrar la atención que implica la presencia del proceso secundario, es el resultado de operaciones psíquicas complejas en donde se pone en juego la experiencia de vigilia, la conciencia, el yo y el examen de realidad. Por tanto, de acuerdo con esta autora, en el caso de los sujetos que se denominan TDAH, existiría una dificultad en la capacidad de investir aspectos de la realidad por parte del yo al igual que en la inhibición de los procesos psíquicos primarios. Esta referencia teórica tiene concordancia con lo desarrollado hasta aquí respecto de la trayectoria de Agustín, en tanto permite comprender los destinos que asume la experiencia del diagnóstico cuando se produce una vuelta de la pulsión sobre sí mismo, dada la precariedad que puede asumir el proceso secundario en algunos momentos de su experiencia vital y la asociada al TDAH que, en ocasiones, parecen estar escasamente diferenciadas para Agustín.

No obstante, el intercambio parece estar aún restringido, lo que lo lleva a recurrir a transformaciones subjetivas o acomodaciones del yo que le permiten encontrar nuevos destinos pulsionales para que “eso” favorezca la ligazón y no sólo la destrucción, la inercia y el desinterés. Las vías posibles para esto se encuentran en la represión y la sublimación, como destinos que pueden considerarse propios del proceso secundario y que, en este caso, buscan estabilizarse durante gran parte de su infancia y adolescencia. Cuando se piensa en transformaciones subjetivas se alude a los vasallajes del yo y a las distintas posibilidades que éste encuentra para abrirse paso y ganar terreno. Por tanto, cuando Agustín comienza a romper el circuito mencionado, introduciendo nuevas claves que subsanan aspectos de la herida narcisista, puede dar paso a la trasmudación del apoderamiento en saber, en una mayor modalidad de sus funciones (y posteriormente a la oposición entre masculino-femenino, luego de la constatación de la diferencia sexual).

A partir de los tres destinos propuestos por Freud (1910b) para la pulsión de saber, se puede conjeturar que, luego de las transformaciones subjetivas que ha hecho Agustín, se encuentra en un tránsito entre la segunda y tercera vía. En este sentido, su recorrido permite situar que, desde la segunda universidad a la que asiste y en la creación de su emprendimiento, se produce un vigoroso desarrollo intelectual que sexualiza el pensar, expresándose esto a través de su curiosidad sin límite, que lo lleva a querer saber cada vez más cuando “masteriza” un tema. Así, el quehacer intelectual parece representar una actividad sexual en sí misma que, al reemplazar la meta asociada a la genitalidad o sexualidad adulta, produce finalmente la sensación de perder el tiempo ya que, a fin de cuentas, la meta termina por no agotar o no dar un rodeo efectivo a la demanda pulsional.

Sin embargo, se sitúa como en tránsito, en tanto se vislumbra una posibilidad de escapar al uso compulsivo del pensamiento por medio de la sublimación de la pulsión, donde ésta no queda atada al pensamiento sin resultado (por así decirlo), sino que libera el movimiento de la pulsión, poniéndola al servicio del interés intelectual y la creatividad. Esto le permite hoy en día encontrar un trabajo y continuar con su empresa, por medio del descubrimiento de herramientas que no perpetúan el desinterés o la actividad sin límite. No obstante, el interés amoroso o la actividad sexual adulta parecen quedar en un segundo plano, enmarcándose en una idea de familia y pareja tradicional que (de momento) sirve como aspiración, pero que parece ser más el apego a un ideal social que la movilización de un deseo propio.

Cuando se vuelve sobre la experiencia de “masticar el déficit”, se aprecia que Agustín ingresa a la lógica fálico-castrado u oposición entre masculino-femenino. En este punto, la experiencia asociada al TDAH sitúa al déficit en la lógica de no tener, de ser menos, lo que moviliza una serie de ajustes respecto de las relaciones objetales y las fantasías edípicas. En este sentido, la identificación con el grupo de pares se vuelve central en tanto da soporte al yo, reforzando el narcisismo al no ser el único en falta. Junto con esto, se requiere exacerbar las conductas de transgresión a la norma como modos de restitución por medio de la adquisición de elementos imaginarios que taponan la falta. Dado esto, se apoya en los deportes, en la imagen de su cuerpo y las habilidades que identifica como diferenciales de los otros, que lo ayudan a restaurar elementos de la herida narcisista. Así, las transformaciones subjetivas que tienen lugar en el tiempo de la adolescencia y el comienzo de la adultez son trascendentales en los modos que desarrollará, para ir haciendo frente a la falta que identifica en sí mismo.

Ahora bien, es necesario mantener presente que este recorrido no se consuma en el solipsismo de la pulsión, sino que también debe tener en consideración el interjuego con las encarnaciones del Otro, desde donde es posible situar que, para Agustín, lo que predomina es el discurso en torno a que no se está a la altura del ideal y que quizás la única manera de estarlo es a través del sometimiento, por lo que para él no quedarían disponibles lugares alternativos al narcisismo. Esta experiencia parece anudarse con la analogía del árbol que crece chueco, la cual permite dar cuenta del peso que tiene en su historia la palabra del Otro, llevando a que se construya como un *leitmotiv* la idea de “callar la boca” al Otro y demostrar que sí puede tener un futuro y, mejor aún, uno exitoso. Aunque en su relato parece minimizarse este tipo de experiencias, su recorrido da cuenta de la marca detrás de estas sentencias. Al repensar las exigencias que hacen tanto los profesores como sus padres, y el lugar que estas asumen en sus exigencias personales en la adultez, Agustín termina por concluir que las exigencias son necesarias porque -de lo contrario- sólo puede ser un “mal criado”. Sin embargo, esta percepción tal vez punitiva de sí mismo parece velar un reclamo ante los modos en que el Otro adulto organiza la experiencia infantil del TDAH. Cuando se pregunta ¿por qué a él le va bien y a mí no? y se responde “yo soy bueno para los deportes, el mateo no y probablemente se pregunta porque no tiene mis habilidades”, desde una perspectiva freudiana podría pensarse que,

con esta ecuación lo que consigue es restituir parte de la herida narcisista que el desamor de las figuras parentales o adultas han producido. Sin embargo, parece ser que en el caso de Agustín esto también podría comprenderse desde lo propuesto por Condant (2011), cuando sitúa que en el caso de los niños diagnosticados con TDAH existe una problemática en el espacio que genera la identificación imaginaria⁶ y la identificación simbólica⁷ ya que el niño, en vez de asumir que no es o que no posee lo que su madre desea a través de la inscripción de la metáfora paterna, se identifica con el deseo de la madre y con la falta, quedando capturado en un juego de espejos entre su narcisismo y el de los padres, y en una búsqueda identificatoria que renueve y sostenga la falta en el orden simbólico. Esto parece expresarse, primero, a través del problema que Agustín experimenta en torno a la imagen de su cuerpo y la necesidad de ser “fit”, que se convierte en una manera de apropiación del cuerpo que parece resolverse sólo cuando logra situar “tengo un cuerpo”; y segundo, cuando se identifica al déficit, al lugar de menos, haciendo que experimente fuertes angustias y cuestionamientos respecto de sí mismo y sus capacidades (reflejadas en cuando se pregunta ¿seré tonto?).

Arriesgando una interpretación, no se puede dejar de mencionar el juego de palabras que ingresa en el discurso de Agustín a través del “ser fit” el cual, dado su dominio del inglés, parece estar en referencia al verbo “to fit in” (encajar) o al adjetivo “misfit” (inadaptado). De este modo, la búsqueda del cuerpo “fit”, que podría ser llamado fitness, deportivo, atlético, etc., parece también hablar del anhelo de ser parte de algo, que parece ir más allá de la aspiración al ideal y evite la marginación a partir del déficit. Sería susceptible establecer entonces, que la transformación subjetiva en torno a la normalidad-anormalidad que hace en la adolescencia para adjudicarse el valor de la normalidad desde una versión invertida (donde el que se adapta completamente al ideal es el anormal, dada la excepción de esta situación), se encontraría en referencia a este deseo de no quedar fuera ya que, para él, todo lo que se desajusta de la norma queda signado bajo el rótulo de déficit.

Es interesante en este punto que, desde el discurso de Agustín, se mantiene velada la demanda de la madre sobre su rendimiento escolar, traspasándose toda la responsabilidad a la escuela o a sí mismo a pesar que, fácilmente se pueden situar las decisiones y actos maternos que influyen en el establecimiento del diagnóstico en su niñez, en que tenga un profesor particular cuando es adolescente, que tome fármacos, etc. Cuando Agustín recuerda que su mamá no era exigente con que fuera un determinado tipo de persona o “*un gran ingeniero*” pero que sí tenía “*un mínimo*” que era pasar los ramos y tener buena conducta, lo que hace es dar cuenta de su interpretación del discurso materno; situando que, a pesar de la “libertad” concedida, existía un

⁶ Entendiéndose ésta como el proceso de configuración del yo en el estadio del espejo (yo ideal) y la inscripción del ideal del yo (significante que opera como ideal y que es la guía de la posición del sujeto en lo simbólico).

⁷ Que es resultado de la identificación con el significante y la inscripción del sujeto en el lenguaje (identificación con el significante).

“mínimo” que él interpreta de manera casi literal. Esta confrontación entre lo que él es y el mínimo de su madre se evidencia en su elección de carrera (ingeniería), en las metas que establece para su vida y en la definición de éxito que acompaña a las mismas. Así, aunque se intente desmarcar el discurso materno de la experiencia asociada al TDAH, la interpretación que Agustín hace moviliza culpa y angustias por no encajar (“to not fit in”), anudando finalmente el TDAH con la pregunta “¿qué tengo que no puedo?”, desde la cual se expresa la identificación al deseo de la madre (es decir, a ser el falo) pero también, a la falta. “El tener y no poder” parecen ser claves para Agustín, dándose cuenta de una configuración particular o un enunciado propio que condensaría el conflicto que lo define (como sujeto al campo del Otro) y que, además, es susceptible de seguirse desde la infancia hasta la adultez. Desde lo propuesto por Lacan (1960), el funcionamiento de este enunciado para el sujeto se puede asimilar a lo señalado como rasgo unario, es decir, la marca invisible que el sujeto recibe del significante.

Lo anterior se actualiza en la experiencia de buscar trabajo, donde parece buscar también aproximarse a ser el “niño precioso” de su madre (es decir, a lo que ella desearía) al convertirse en un hombre de negocios exitoso. A pesar de las diferentes configuraciones que dicha aspiración va asumiendo en su trayectoria y las resistencias que moviliza (por ejemplo, cuando Agustín busca no seguir las reglas de su madre), parece no permitirle salir de la identificación a la falta, ni tampoco de la identificación al falo.

Ahora bien, retomando lo desarrollado en torno al deseo, lo anterior puede comprenderse más allá de la vertiente imaginaria y la identificación al rasgo unario, en tanto lo que se hace presente es la pregunta por el deseo del Otro. En este sentido, si se aplican estas coordenadas teóricas al caso de Agustín, se logra conjeturar que cuando realiza la pregunta ¿qué quiere el otro de mí? (Che vuoi?), parece recibir una respuesta que no es satisfactoria (en ningún caso lo es) y que lleva a interpretar la demanda como una exigencia sobre sí. A partir de esto, se puede ampliar lo señalado respecto del problema narcisista y del devenir pulsional presente en el caso, si se incluye como clave de análisis el deseo.

A partir de esto, cuando Agustín se confronta con el deseo del Otro en la pregunta ¿qué es lo que el Otro desea?, construye en la fantasía una respuesta que lo ayude a soslayar lo que experimenta como una exigencia. De este modo, lo que asume la forma del narcisismo (por ejemplo, cuando se responsabiliza por lo que él identifica como TDAH, la definición de metas y expectativas de sí mismo, la elaboración de rutinas estructuradas, etc.), es un modo de defenderse del deseo y llenar lo insoportable de la solicitud del Otro. A partir de esto, se puede problematizar el lugar que termina ocupando su propio deseo y cómo este parece mantenerse adherido a la interpretación que hace del deseo materno.

Siguiendo esta lógica, cuando Agustín se encuentra con la castración, y su relación con la pulsión y el goce (Lacan, 1960), parece encontrar un impasse que no facilita la regulación del goce para ingresar en la lógica del deseo. En este sentido, se puede pensar que la interpretación que hace del deseo materno termina por ser tramposa, a partir de su carácter equívoco. Es decir, si en un lugar se busca responder a la exigencia (de

rendimiento, desempeño, éxito) o ser el falo; en otro, cuando no se cumple, se goza. Lo anterior puede visualizarse en la trasmudación que ocurre sobre la preocupación original por el comportamiento en una sobre el rendimiento -principalmente para la madre y por tanto para él- porque en el comportamiento (“ser pillo”, por ejemplo) parece haber algo seductor, un juego con la madre donde él es libidinizado, y no así sobre el rendimiento. Entonces, teniendo presente que el significante equívoco es un significante que deja entrever la ambigüedad del deseo materno, en este caso se podría situar al déficit como el significante equívoco, ya que en “ser el déficit” Agustín estaría cumpliendo algo de ese deseo, y ahí habría un goce. Así, si él falla, pareciera que goza porque ahí cumple.

De acuerdo con lo propuesto por Morel (2012), el riesgo de esto es que el sujeto aplastado por la fuerza que la ley puede asumir, termine “citando” las interpretaciones del equívoco del deseo materno, en detrimento del propio deseo. Esto permitiría comprender por qué, en el caso de Agustín, a pesar de que cuenta con una explicación que desmiente el TDAH, necesita mantenerse como una persona que tiene dificultades para concentrarse. Esta ambigüedad que lo traiciona, y que puede apreciarse en la lógica de la procrastinación o cuando sale de su “zona de confort”, habla de su encuentro con el deseo y lo ominoso del mismo. De acuerdo con su relato, este encuentro parece movilizar angustia, haciéndose necesario que se proteja por medio del distanciamiento de cualquier satisfacción posible (entendiéndose ésta como reducción del goce).

No obstante, como el deseo se articula a partir del resto que emana de la demanda, es un elemento que siempre se mantiene insatisfecho e imposible. Dado esto, es que entra en juego la pulsión como forma de satisfacción porque en su recorrido traza una línea que no requiere de un objeto, sino que sólo de su borde para alcanzar la satisfacción. Como se observa en Agustín, la ignorancia del propio deseo y su negativización (es decir, el querer en el no querer) permite situar, como para todo sujeto que, aunque no se está satisfecho con lo que se vive (*¿será otra vez la misma mierda?*), todo aquello tiene que ver con la satisfacción.

Ahora bien, el apego a la interpretación del deseo materno parece ser subvertido por Agustín en algunos puntos, lo que permite ver cómo a partir de las transformaciones subjetivas acaecidas no todo lo que se interpreta como deseo del Otro es exigencia. De esta manera, si se incorpora la lógica del *sinthome* (Lacan, 1975), es posible hipotetizar que, a pesar de que se mantenga la identificación al déficit, éste -como significante equívoco- permite a Agustín construir formas de saber-hacer que lo llevan a intentar una posibilidad de separación a través de estrategias como “conocerse a sí mismo”. Con esta solución, Agustín parece conciliar -en la fantasía al menos- el déficit con su deseo al instalar una posibilidad de intercambio entre él y el Otro por medio de la ganancia que obtiene del autoconocimiento, la diferenciación con los que no se conocen a sí mismos, la generación de proyectos personales que se adapten a sus capacidades, etc. Encuentra, en su vida adulta, nuevas formas de hacer con el malestar infantil, por medio de labrarse un lugar donde no se siente constantemente presionado, sino en el que logra mantener cierta autonomía.

Cuando puede situar sus habilidades y capacidades, a partir de la conjunción de lo que era problemático en su infancia (es decir, cuando sabe-hacer con esto), puede permanecer en esta dinámica de intercambio con el Otro (donde ambos encuentran una vía para el deseo) sin sentirse amenazado o –quizás- aplastado por el goce Otro. Una forma de explorar esto es a través de lo que rememora de la experiencia con el psicólogo al que consulta cuando asiste a la universidad. En ésta, parece reeditar un vínculo con un hombre que representa una autoridad, que le recuerda su falta y que lo atrapa en un juego imaginario. En la suposición de que logra abordar algo de la repetición en la transferencia, consigue romper este circuito cuando se cuestiona ¿por qué sigo viniendo? Y así, al terminar esa relación, donde se actualiza la demanda como exigencia, se abre paso a un camino menos tiránico que le entrega una mayor movilidad entre la lógica fálico-castrado y la posibilidad de desear. Otro ejemplo es cuando transforma la relación con los profesores universitarios o con los gerentes de sus prácticas, al lograr *“romper el hielo”* y dejar de acercarse a ellos desde el lugar del *“pollito”*, intentándolo, más bien, desde la posibilidad de asumir que tiene poca experiencia (una falta), pero que de todas formas cuenta con algo que ofrecer.

Hasta ahora, el carácter indicial concedido a los eventos biográficos que Agustín destaca en su trayectoria ha permitido analizar, desde una vertiente alternativa al sentido que él les otorga en su vida, los aspectos inconscientes de lo que se constituye como la experiencia subjetiva en torno al TDAH. Junto con esto, y siguiendo la propuesta metodológica, los puntos desarrollados se pueden complementar con el análisis particular de algunos de los fenómenos psíquicos que se consideran como indicios en las teorizaciones de Ginzburg y Freud. De este modo, el analizar las risas, olvidos y lapsus de Agustín permitirá reforzar la hipótesis señalada sobre el determinismo de la vida anímica en los procesos conscientes, además de dar cuenta de los puntos de inflexión del sujeto, entendiéndolos como lo más propio de éste; en tanto permiten rastrear los cursos de la pulsión, su relación con las otras instancias psíquicas y la posición que asume el sujeto en el discurso.

Uno de estos indicios es el olvido del nombre del diagnóstico, el cual da cuenta del lugar del tratamiento farmacológico y los efectos que tiene este nombre en la historia de Agustín, haciendo que resulte imposible mencionarlo, probablemente dada la intensidad psíquica que asume. Así este olvido, lejos de ser casual, permite establecer un punto de corte en la circulación del discurso, dando cuenta del compromiso del sujeto respecto del discurso Otro. Como menciona Agustín: *“siento que igual es crudo pa’ un niño como llegar y decirle como tan tajante tienes diagnóstico de déficit atencional y te va a costar”*. Esta crudeza que destaca también es susceptible de ser ligada al incumplimiento del ideal, en donde lo que este olvido conseguiría mantener la represión sobre las mociones displacenteras que moviliza el nombre TDAH.

A partir de esto, puede comprenderse también el olvido de la última entrevista programada para la investigación, en tanto ésta coincide con el tiempo en que Agustín se encuentra buscando trabajo y que, más allá de la contingencia, podría relacionarse con la

intensidad de los afectos que las situaciones de evaluación representan para él. Como algo de eso se proyecta a las entrevistas, probablemente no sólo a partir de la versión de sí que intenta desplegar en este contexto, sino que también a partir de las temáticas trabajadas, la identificación al déficit se reactualiza en la frustración que experimentaba por no conseguir trabajo en el tiempo que había proyectado incidiendo en el olvido.

Otro indicio, que se encuentra más del lado de lo descrito por Freud (1901) como operaciones fallidas, es el lapsus que se produce cuando Agustín recuerda los castigos que recibía de su madre por su rendimiento escolar. Así, cuando señala que sus faltas eran perdonadas dada su forma de sacar ventaja del déficit, lo que hace que finalmente tuviera *“dos semanas y media de vacaciones... dos meses y medio de vacaciones”*, lo que parece ponerse en juego es la intensidad que asume la necesidad de castigo dada la culpa que experimenta a partir de la falta al ideal y a la interpretación del deseo materno. En este sentido, la confusión entre las semanas y los meses se construiría como un reclamo al otro por la falta de castigo que, a la vez, puede referir también a la falta de límite al goce. Asociado a esto, es interesante relevar cómo, al menos desde su discurso, el castigo tiene efecto cuando proviene desde figuras femeninas autoritarias (madre de compañero al que hace bullying y pareja del padre que era “pesada” con él), mientras que si estos provienen de la madre, pueden ser omitidos.

Otro lapsus que puede identificarse refiere a “esas pérdidas”, que parecen colarse en la explicación que Agustín hace en torno a los motivos que lo llevan a repetir de curso. A partir de esta frase puede apreciarse cómo se establece un juego de palabras entre responsabilidades y pérdidas, lo que probablemente no sólo refiere a la pérdida de interés por el colegio, sino que también a las pérdidas sufridas a nivel familiar, las cuales se relacionan con pérdidas infantiles que se refuerzan por el distanciamiento de sus figuras paternas (primero su padre, luego de que se separa de la madre y comienza una nueva familia, y luego la de su padrastro, con quien pierde el contacto luego del quiebre con su madre) teniendo consecuencias en la identificación al lugar del menos, porque establece una conexión entre él y el desinterés que se produciría en estos hombres al preferir a sus nuevas familias (y no a él).

Un último indicio al que se hará mención se relaciona a la función del chiste, la risa y el humor que, como propone Freud (1905b), da cuenta de la presencia de mociones reprimidas que han logrado acercarse demasiado a la conciencia, por lo que en su descarga se produce un ahorro psíquico. De esta manera, la consignación de las risas en diversos fragmentos del discurso presentado en la trayectoria ha sido una manera de dar cuenta cómo, para Agustín, la risa y el humor se convierten en una vía de descarga usual, que permite dar satisfacción por medio del aligeramiento de importantes montos de afecto pero a la vez, manteniendo la función de la represión sobre las representaciones asociadas a éstos y ante las cuales se requiere de un gran esfuerzo para mantenerlas apartadas de la conciencia. Como se mencionó, en algunos momentos las risas y el humor son formas de transgresión y maneras de dar soporte al yo; pero en otras, es susceptible ubicarlas al servicio de la descarga y el soporte de la represión, como cuando rememora

las razones por las que reprobó el ramo en la primera universidad y señala: *“no te podía sacar un dos a no ser que pongai no creo en mí, ¡chao!, no sé po (ríe)... entonces eso “ o cuando se pregunta: “¿seré hueón o qué? [...] ¿me faltará una parte de la cabeza? (ríe).*

8. CONCLUSIONES

A modo de conclusión, se puede señalar que a partir del caso trabajado y de los antecedentes revisados, a la hora de abordar las trayectorias de enfermedad es fundamental tener presente el curso multidimensional de las mismas de modo de no restar importancia o descuidar el interjuego de fuerzas sociales, individuales, políticas, culturales etc. En específico, para el caso del TDAH, se considera relevante incorporar en las nociones psicopatológicas actuales los elementos hallados en torno a las transformaciones subjetivas identificadas, ya que estas permiten comprender y localizar algunos de los destinos que el TDAH asume en la vida adulta de los sujetos y cómo estos procesos de transformación y cambio se encuentran estrechamente ligados a factores individuales, pero también colectivos. En este sentido, el realizar un recorrido desde la infancia a la adultez puede considerarse como un aporte a las nociones actuales del TDAH, en tanto ha permitido dar cuenta de cómo el diagnóstico asume un valor biográfico que participa, en gran parte, de los significados que el sujeto construye en torno a sí mismo y su experiencia.

Así, contrario a las perspectivas que consideraban al TDAH como un trastorno propio de la infancia y la adolescencia, que tiende a disminuir o desaparecen con el fin de estas etapas, se ha podido establecer que las transformaciones acaecidas sobre el devenir de la subjetividad se mantienen hasta la vida adulta y que -más allá de las dificultades en torno a la capacidad de dirigir la atención o controlar el movimiento- se expresan a través de las explicaciones que el sujeto va construyendo a lo largo de su vida respecto del malestar que lo aqueja. De este modo, durante esta investigación fue posible dar cuenta del lugar que asumen estas transformaciones en el discurso consiente, que busca ligar y dar sentido a la experiencia a través de la continuidad biográfica y, por otra parte, se pudo explorar y comprender cómo estas transformaciones se encuentran determinadas por la vida anímica del sujeto, en donde el devenir pulsional y los procesos identificatorios tienen un lugar central. Por tanto, se puede conjeturar que, dentro de la trayectoria de enfermedad asociada al TDAH, estos dos ejes de análisis permiten visualizar cómo los modos de hacer con el diagnóstico y el malestar asociado a éste, es decir, los destinos que este diagnóstico puede asumir en la adultez, se encuentran atados a las soluciones que puede desarrollar (o no) quien ha sido incluido en esta categoría diagnóstica. Lo anterior, como puede verse a lo largo de la trayectoria aquí trabajada, tiene repercusiones en las decisiones que se toman a lo largo de la vida y en las relaciones que se establecen con los otros, a partir de la identificación al déficit y el lugar de brújula que este asume en la vida.

Siguiendo lo anterior, parte de las experiencias descritas en las investigaciones en torno al TDAH y la adultez, como la dificultad para mantener un empleo o establecer relaciones familiares y laborales exitosas, se pueden leer desde las claves mencionadas en el análisis, haciendo posible establecer que las mismas no se deben a factores biológicos o genéticos, sino que son un posible resultado o punto de llegada a partir de: los procesos de subjetivación; el tipo de relación de objeto que prima para el sujeto y cómo esta se

traduce en sus vínculos posteriores; los procesos de constitución de las diversas instancias anímicas, la relación que éstas mantienen entre sí, con la realidad y con la dialéctica del deseo. Todos procesos que transcurren en la infancia y la adultez y que, sin duda, tienen una participación no menor en la construcción del sujeto y el lugar que éste asume en el lazo social.

Respecto de los tratamientos, que como se vio en el caso trabajado, son un eje transversal a la experiencia asociada al TDAH. Es relevante mencionar que estos requieren ser repensados y evaluados teniendo presente el lugar que asume el vínculo con el otro, el modo en que se sitúa el diagnóstico ante el sujeto, cómo se aborda y que técnicas de intervención se emplean (farmacoterapia, psicoterapia, psicoeducación, etc.). De este modo, retomando lo señalado por Sanfeliu (2011), es fundamental que en el espacio terapéutico se dé lugar al movimiento de los niños que, en compañía de un otro capaz de realizar una función envolvente, ayude a romper el uso de la descarga como modo de tramitación pulsional. En esta propuesta, la palabra asume una función que puede favorecer la separación del objeto y dotar de sentido (o meta) a esa actividad sin rumbo. Como esta autora menciona, el trabajo multidisciplinar puede ser de gran ayuda si se consideran claves como las halladas en este estudio, en tanto su incorporación permitiría no subsumir al sujeto a una serie de intervenciones que lo mantengan en desconexión ante su accionar pulsional y que terminan por dañar la relación con el otro, al mantener ésta en una dinámica de atracción/rechazo.

Del mismo modo, desde la propuesta de Guinard (2012) se puede recoger que es necesario diferenciar, en la planificación de los tratamientos, si el movimiento del niño se encuentra del lado de la descarga o de la compulsión, ya que ambas implicarían intervenciones diferentes. Por tanto, si se establece que está presente la compulsión, se puede incorporar un trabajo que se centre en apoyar los procesos de ligazón, figuración y elaboración del psiquismo, favoreciendo que los niños diagnosticados con TDAH resuelvan aspectos de su proceso de estructuración subjetiva que no permiten el movimiento de la pulsión sino que, más bien, la retienen en modos de satisfacción primarios que merman la relación con el mundo y los otros. Desde esta perspectiva, se puede pensar que el incluir a la psicoterapia dentro de las intervenciones de “primera línea” es fundamental si se quiere romper el circuito mencionado, a través del encuentro con un otro que ejerza una función vinculante que favorezca el abandono del registro de la compulsión.

Recogiendo lo que señala Condant (2011) respecto a las terapéuticas del TDAH, el abordar en la transferencia el conflicto identitario y narcisista, tanto de los niños denominados TDAH como de sus padres, permitiría descongelar la dimensión imaginaria en la que el niño se encuentra, permitiéndole registrarse como una falta y ocupar su lugar de sujeto en el lenguaje. Lo anterior, a diferencia de las intervenciones propuestas en el DSM o en la Guía Clínica implementada en Chile, donde se proponen las terapias conductuales, la psicoeducación y el uso de fármacos como principales tratamientos; ayudaría a otorgar una salida al movimiento, más que una explicación (causas orgánicas o ambientales) que taponan la falta y que, como se vio a través del análisis realizado, puede terminar por capturar al sujeto en problemas identificatorios, sí sólo se apunta a lo que

puede considerarse como el alivio del síntoma y el desarrollo de una mayor adaptación a la norma.

Desde lo trabajado por Morel (2012) respecto de la clínica del *sinthome*, se puede recoger que es fundamental incorporar las nociones de deseo y goce, ya que permiten valorar en la clínica la presencia del síntoma (que ejerce una función de separación), que en muchos casos puede ser el responsable de la sobrevivencia psíquica y una forma de protección ante ciertas patologías (psicosis y casos de neurosis) o como las denomina esta autora, “patologías de la ley”.

Por otra parte, a partir de la reconstrucción de la trayectoria aquí presentada, es posible señalar que resulta necesario considerar, en las terapéuticas actuales en torno al TDAH, el peso que asume la palabra del Otro al señalar a un sujeto como TDAH: como se observó, este signifiante asume un lugar central en el proceso identificatorio. Al retomar la crudeza que Agustín atribuye al rótulo “te va a costar toda la vida”, se abre la posibilidad de hipotetizar que, en algunos casos, esto puede asumir una fuerza paralizante que captura al sujeto, pudiendo incluso producir consecuencias de mayor gravedad en la salud mental, como se aprecia en la alta comorbilidad del TDAH y trastornos como depresión, consumo de sustancias y trastornos ansiosos. Lo anterior, a la vez, se relaciona con lo que proponen algunas perspectivas críticas (Bianchi, 2015; Vale, 2013), al evidenciar que en la actualidad se tiende a vincular este diagnóstico con problemas de orden social, donde se atribuye al sujeto una cierta peligrosidad al ligar el TDAH con conductas delictuales o antisociales.

A partir de lo revisado respecto a las políticas de salud y educación sobre el TDAH en Chile, se constata que en ellas se traducen y materializan reiterados aspectos de la concepción del diagnóstico y del sujeto que son denunciadas por las perspectivas críticas y psicoanalíticas. Cuando estas hablan del desplazamiento de la subjetividad y de la patologización de la infancia, apuntan a la categorización que introduce al sujeto y sus particularidades en un diagnóstico que termina por patologizar la infancia, al normativizar lo que es esperable o no de un niño, en base a la dicotomía científicamente establecida entre normalidad-anormalidad. En este sentido, la intolerancia al movimiento y a la desatención del niño, en vez de su comprensión como parte de los procesos de estructuración subjetiva y de la función del síntoma, produce que se olvide quien se tiene en frente para seguir un ideal de sujeto asociado a la adaptación, al desempeño y el rendimiento marcados por una clara tonalidad neoliberal, claramente presente en el caso revisado.

En este punto, nuevamente es central el lugar del otro y la sociedad, dado que las exigencias a las que se somete la infancia y los parámetros que se diseñan sobre ella parecen desconocer los procesos que fueron identificados en el caso trabajado y que, sin un afán de generalización, son esperables como parte del proceso de devenir sujeto. Además, es relevante el valor que el otro y la sociedad dan a la capacidad productora del individuo, porque al parecer en el Chile actual, se tiende a priorizar el rendimiento escolar —que, como se sabe, está asociado a metas educativas, subvenciones, etc.— por sobre el

desarrollo de otros ámbitos de los niños, la sociedad y la cultura; como las artes o los deportes, entre otros.

De esta manera, se puede establecer que el TDAH afecta el vínculo social (Condant, 2011) a partir de la imposibilidad que experimenta el niño de encajar en el orden social establecido por lo que -si desde este orden lo único que se obtiene son intervenciones de tipo academicista, educativas, farmacológicas, etc., en la consideración que existe un trastorno o déficit respecto de lo que se espera del comportamiento infantil (o adulto, como se aprecia en el caso de Agustín)- se restringe la posibilidad de lograr que el niño efectivamente participe de los diversos espacios sociales. En relación con esto, también se puede conjeturar que el discurso social tiene un papel central en la fragilidad simbólica que se observa en estos niños, a partir de la enorme cantidad de objetos de consumo con los que se cuenta y que impiden su localización como falta (Condant, 2011). Por ende, al considerar el ideal de consumo presente en la sociedad actual, se puede comprender cómo este discurso finalmente no favorece los procesos identificatorios de estos niños, sino al contrario, los merma al no dejar espacio al vacío y a través de la sobrevaloración de la imagen y la apariencia, que termina por desplazar la subjetividad y la palabra. Como ocurre en el caso revisado, existe una tensión entre lo que podría llamarse el proyecto neoliberal que el sujeto construye como arreglo al malestar que experimenta, que se expresa en la idea de éxito a la que se aferra y la satisfacción que se espera alcanzar a través de él. Sin embargo, al ir más allá del sentido y la continuidad biográfica que esto le permite a Agustín, lo que se encuentra es el apoderamiento de un discurso social disponible que al contar con un sinfín de mecanismos para su ejecución (a través de diversos manuales de autogestión o autoayuda), transparenta esta lógica de borramiento de todo vacío posible de ser ocupado por el sujeto desde propuestas como “querer es poder”. Ahora bien, a pesar de la oferta y demanda de soluciones o productos para combatir el TDAH, el destino del malestar parece ser el mismo. En este punto, parece relevante preguntarse ¿de qué sirve el “querer es poder”, cuando no se está seguro de que efectivamente exista un querer? Es decir, ¿al servicio de qué o quién está la propaganda que apunta a desarrollar el potencial de éxito y desarrollo individual “oculto” en el TDAH cuando no se está seguro de que existe una capacidad deseante en el sujeto?

Siguiendo esta línea, al considerar las transformaciones subjetivas y los destinos que asume el diagnóstico en el caso trabajado, se puede abrir como pregunta: la solución alcanzada por el sujeto, es decir, el tránsito que hace desde el déficit al potencial (habilidades y capacidades a partir del conocimiento de sí mismo), ¿son elementos idiosincráticos del caso o se relacionan a nuevas formas de tramitación del diagnóstico, asociadas a un discurso social disponible? En este sentido, otra pregunta posible que emerge es ¿qué permitiría o impediría a los sujetos llegar a esta misma solución?

Sin esperar responder en este momento esas preguntas, se puede hipotetizar que la posibilidad de los sujetos de realizar el tránsito descrito desde el déficit al potencial puede estar asociado a factores sociales y culturales, en tanto es probable que el nivel socioeconómico, el acceso a diversos medios de información, el nivel educacional, el

género (entre otros), sí tengan incidencia en el modo en que los sujetos pueden primero, acceder a estos discursos y segundo, apropiarse de ellos. Como se vio en el caso de Agustín, el contar con acceso a internet, redes sociales, educación superior, etc. le ha permitido conocer y reflexionar en torno a estos discursos, lo que en la actualidad le permite tomar parte de ellos y aplicarlos a su vida cotidiana.

Desde la experiencia clínica y la participación en la investigación *“Trayectorias de malestar en niñas y niños diagnosticados con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH): Experiencia subjetiva y social de un malestar multiforme”* del Laboratorio Transdisciplinar de Prácticas Sociales y Subjetividad (LaPSoS), es posible atisbar que el acceso a este tipo de discursos no es posible para todos los sujetos. En primera instancia, los niños tienden a quedar apartados de él, dada la relación de dependencia que experimentan con los adultos, quienes les otorgan el diagnóstico y, a la vez, las posibles interpretaciones de este. Del mismo modo, y atendiendo a la última pregunta señalada, la posibilidad de metabolización de estos discursos para los adolescentes y adultos no sólo se debe a la exposición o acceso a éstos sino que también, al interjuego de fuerzas que se ha podido ejemplificar en el caso de Agustín y que como se sabe, no operan del mismo modo para todos. Al contrario, la manera en que un sujeto se construye (atendiendo a que lo individual no se encuentra separado de lo social) responde a procesos históricos, subjetivos (del sujeto y quienes lo rodean), sociales, culturales, políticos, etc.

Dado esto, se puede recoger la crítica que hace Agustín del sistema escolar tradicional, donde todo lo que se desvía del camino prediseñado queda signado bajo el significativo anormal/déficit, para dar lugar a la urgente necesidad de cuestionar cómo funciona el sistema escolar del país y cómo se relacionan las prácticas que en él se inscriben con el abordaje del TDAH ya que, como se revisó, una parte importante del diagnóstico y tratamiento tiene lugar en el sistema educativo, llegando incluso a convertirse en una de las mayores fuentes de malestar del sujeto cuando se lo nombra como niño TDAH. Lo anterior también lleva a formular una pregunta por la responsabilidad social respecto del uso de este diagnóstico y los cuidados que hay que tener en este punto, debido a las transformaciones subjetivas que la categorización tiene sobre los sujetos.

Al revisar y abogar por incluir los aspectos subjetivos asociados a la vivencia de una enfermedad, se ha buscado restituir un elemento que se considera central desde el psicoanálisis y que ha sido una grilla en esta investigación, es decir, la consideración del sujeto desde la complejidad que esto implica, teniendo presente los procesos psíquicos que son requeridos para que un ser humano atraviese el proceso de subjetivación y devenga efectivamente sujeto, el lugar del otro y del discurso social (Otro), ya que la condición de sujeto no es algo asegurado de antemano.

Dado esto y como palabras de cierre, se espera que los hallazgos de este estudio puedan contribuir a orientar las prácticas clínicas actuales, en la medida que estas tienen un rol fundamental en el lugar que se le da al sujeto, en la posibilidad de que este transite

por las instancias mencionadas como parte del proceso de subjetivación y en los modos en que podrá (o no) hacer con su malestar. Por tanto, es necesario que exista una práctica clínica reflexiva y ética, que no desconozca la condición de sujeto de quien se tiene en frente y que lo resguarde de quedar borrado detrás de un rótulo.

Como limitaciones de este trabajo se puede señalar, en primer lugar, la dificultad y desafío que implica el diálogo entre psicoanálisis y otras disciplinas de las ciencias sociales, que incluso puede considerarse una aporía que quitaría valor a los resultados de este encuentro. Sin embargo, aunque se reconocen las limitaciones que puedan generarse a partir de este punto, este estudio busca contribuir a las vertientes que consideran que este encuentro es valioso y productivo, a pesar de sus desencuentros o lo que se prefiere llamar encuentros fronterizos. Como se intentó a lo largo de la investigación aquí presentada, las claves psicoanalíticas y las provenientes de las ciencias sociales son elementos que permiten dar forma a las preguntas y medios de aproximación al objeto de estudio y que, por tanto, se encuentran al servicio de este proceso y no a la inversa. Por ende, lo relevante sería mantener la inquietud por profundizar en fenómenos como el abordado, desde una mirada crítica y con el objetivo de establecer nuevas interrogantes (más que verdades).

Una segunda limitación se debe a que, a pesar del esfuerzo por alcanzar un diálogo interdisciplinar, el enfoque psicoanalítico tiende a primar en el análisis, pudiendo descuidarse los aspectos sociales. En este sentido, se considera que puede ser un gran aporte que en este tipo de trabajos (o sobre este mismo), se puedan hacer revisiones o dar mayor participación a otras disciplinas, intentando incluso salir de la interdisciplinariedad para acercarse a la transdisciplinariedad: vale decir, investigaciones donde no se superpone una categoría de análisis a otra en la idea de alcanzar colaboración, sino que las categorías disponibles son complementarias al no haber fronteras entre las disciplinas (Carvajal, 2010).

A modo de proyecciones del estudio, se considera relevante, para próximas investigaciones, trabajar con mayor especificidad y profundidad los tres tipos de trayectoria propuestos por Raikhel y Garriot (2013) y la interrelación entre ellas, dado que representan valiosas herramientas de análisis. En esta misma línea, puede ser relevante continuar esta investigación a partir de la noción de trayectoria que puede desprenderse de la propuesta de Deleuze (Uribe, 2018), por medio de la consideración de mapas o cartografías en vez de trayectorias, dado el desasimiento que permiten hacer de la dicotomía individuo-sociedad. Por otra parte, otra proyección de este estudio es ampliar el número de trayectorias o casos analizados con fin de establecer comparaciones, interrelaciones, etc. e incluir categorías de análisis como género, nivel educacional, nivel socioeconómico, acceso a tratamientos (públicos o privados), entre otras.

Junto con lo anterior, otra proyección de este estudio considera ampliar las vertientes psicoanalíticas incluidas en el análisis y la incorporación de perspectivas ligadas a la filosofía, la historiografía, la antropología y la sociología; de modo de enriquecer los hallazgos aquí propuestos y, quizás, contribuir a sortear la aporía presente en la relación

entre psicoanálisis y ciencias sociales. Finalmente, una última proyección que se espera alcanzar con esta investigación es realizar publicaciones, talleres u otros dispositivos que permitan difundir los hallazgos encontrados, en tanto formas de contribuir a las nociones psicopatológicas y terapéuticas asociadas al TDAH en la actualidad.

9. REFERENCIAS

- Abarzúa, M. (2010). *Diagnóstico de Primer Episodio De Esquizofrenia: Trayectorias De Adolescentes* (Tesis para optar grado de Magister en Psicología clínica de Adultos). Universidad de Chile, Santiago.
- Abarzúa, M. (2013). Debo tener esquizofrenia tal vez: experiencia subjetiva y construcción autobiográfica en un adolescente con primer episodio de esquizofrenia. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 22(2), 75- 86. doi: 10.5354/0719-0581.2014.30855
- Abarzúa, M., Aceituno, R. y Valenzuela, R. (Eds). (2016). *Glosario Ilustrado del Malestar*. Santiago, Chile: Social Ediciones.
- Aceituno, R. & Radiszcz, E. (2013). Psicoanálisis e investigación Social: la herencia freudiana. En M. Canales. (Ed.) *La escucha de la escucha. Análisis e interpretación en la investigación cualitativa* (pp. 115-137). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Recuperado de <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anseolaga, E y Valenzuela, E. (2014). Derecho a la Salud Mental en Chile: la infancia olvidada. En Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2014 (377-416). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Appel, M. (2005). La entrevista autobiográfica narrativa: Fundamentos teóricos y la praxis del análisis mostrada a partir del estudio de caso sobre el cambio cultural de los Otomíes en México. *Forum: qualitative social research sozialforschung*, 6(2), 1-35. Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/465/995>
- Artigas- Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1), 68-78. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2003003>
- Aulagnier, P. (1991). Construir(se) un pasado. *Psicoanálisis*, 13(3), 441-497. (Trabajo original publicado en 1989).
- Bertaux, D. (1980). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 69, p. 197–225. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ras/article/view/29458>
- 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), 1021-1038. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n2/v10n2a17>
- Bianchi, E. (2015). El futuro llegó hace rato". Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia. *Revista de Estudios Sociales*, (52), 185-199. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/815/81538634013.pdf>
- Bleichmar, S. (1984). *En los orígenes del sujeto psíquico*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

- Brod, M., Schmitt, E., Goodwin, M., Hodgkins, P. & Niebler, G. (2012). ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. *Quality Life Research*, (21), 795-799. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21805205>.
- Burke, KC., Burke, JD., Regier, DA. & Rae, DS. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47(6), 511-518. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2350203
- Carvajal, Y. (2010). Interdisciplinariedad: desafío para la educación superior y La investigación. *Revista Luna Azul*, (31), 156-169. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n31/n31a11.pdf>
- Castillo, C. (2014). Cambio Y Voluntad: sobre el lugar de un hospital de día en los relatos autobiográficos de sus usuarios y usuarias. *Athenea Digital*, 14(2), 71-94. Recuperado de <http://atheneadigital.net/article/view/v14-n2-castillo>
- Claro, S. (2015). Luche-Mundo: Una metodología para el abordaje responsable y dialógico del TDAH. *Estudios Pedagógicos*, 41(especial), 31-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1735/173544961003.pdf>
- Corporación Municipal de Puente Alto (2012). *Orientaciones Generales para el abordaje clínico de niños con diagnóstico de Déficit Atencional*. Equipo Técnico Área Salud. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- Comstok, E. (2011). The End of Drugging Children: Toward the Genealogy of the ADHD Subject. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 47, 44-69. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jhbs.20471>
- Condant, A. (2011). Approche Psychodynamique Du Trouble Déficitaire De L'attention-Hyperactivité (TDAH), À Partir De L'observation Clinique. *Revue Perspectives Psy*, 50(1), 32-41. Recuperado de <http://www.em-consulte.com/en/article/46899>
- Conrad, P. & Bergey, M. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, (122), 31-43. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25441315>
- Cook, J., Knight, E., Hume, I. & Qureshi, A. (2014). The self-esteem of adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review of the literatura. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder Journal*, 6(4), 249-268. doi: 10.1007/s12402-014-0133-2
- Corbin, J. & Bernstein, R. (Eds.) (2001). *Chronic illness: research and theory for nursing practice*. New York, United Sates of America: Springer Publishing Company.
- Cornejo, M. (2006). El Enfoque Biográfico: Trayectorias, Desarrollos Teóricos y Perspectivas. *Revista PSYKHE*, 15(1), 95-106. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000100008
- Correa, R. (1999). La aproximación biográfica como opción epistemológica, ética y metodológica. *Revista Proposiciones*, 29, 35-44. Recuperado de <http://www.sitiosur.cl/publicacionescatalogodetalle.php?PID=3260&doc=Y&lib=Y&rev=Y&art=Y&doc1=Y&vid=Y&autor=&coleccion=&tipo=ALL&nunico=15000029>
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldavia, S. y Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica*

- Las Condes, (23), 521-529. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703462>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata S. L.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Freud, S. (1899). *Sobre los recuerdos encubridores*. Tomo III, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Tomo V, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Tomo VI, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905a). *Tres ensayos de teoría sexual*. Tomo VII, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905b). *El chiste y su relación con lo inconsciente*. Tomo VIII, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1908a). *Carácter y erotismo anal*. Tomo IX, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1908b). *La moral sexual 'cultural' y la nerviosidad moderna*. Tomo IX, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1909). *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. Tomo X, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1910a). *Cinco conferencias de psicoanálisis*. Tomo XI, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1910b). *Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*. Tomo XI. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1911). *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*. Tomo XII, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). *Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa*. Tomo XI, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Tomo XIV, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915a). *Pulsión y Destinos de Pulsión*. Tomo XIV, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915b). *La represión*. Tomo XIV, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1918). *De la Historia de una neurosis infantil*. Tomo XVII, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Tomo XVIII, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Tomo XVIII, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923). *Dos artículos de enciclopedia: psicoanálisis y teoría de la libido*. Tomo XVIII, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1937). *Construcciones en el análisis*. Tomo XXIII, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1939). *Moisés y la religión monoteísta*. Tomo XXIII, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1940). *Esquema del Psicoanálisis*. Tomo XXIII, Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Gallo, H. y Elkin Ramírez, M. (2012). *El Psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Grama.
- Galatzer-Levy, I. & Galatzer-Levy, R. (2007). The Revolution in Psychiatric Diagnosis problems at the foundations. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(2), 161-80. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17468537>
- Goffman, E. (1961). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Guinard, M. (2012). Le travail du pulsionnel et ses différentes figures chez des enfants dits "TDA/H". *Presses Universitaires de France*, 55, 197-224. Recuperado de https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PSYE_551_0197
- Haddad, M.I. (2014). La especificidad del concepto de rasgo unario a la altura del seminario ix, la identificación (1961-1962) de J. Lacan. Articulación y distinción entre el rasgo unario, el significante, la letra y el nombre propio. *Anuario de Investigaciones Universidad de Buenos Aires*, (21), 63-70. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-6862014000200008
- Hansson Halleröd, S., Anckarsater, H., Rastam, M. & Hansson Scherman, M. (2015). Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult. *BMC Psychiatry*, 15(31). Recuperado de <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0410-4>
- Hospital Roberto del Río (2013). Protocolo Referencia Y Contrareferencia Pacientes Con Déficit Atencional (TDA / TDAH). Recuperado de <http://www.hrrio.cl/documentos/protocolos/neurologia/PROTOCOLO%20REFERENCIA%20Y%20CONTRAREFERENCIA%20DEFICIT%20ATENCIONAL-%20..pdf>
- Janin, B. (2015). *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD: Reflexiones Críticas acerca del Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad*. Barcelona, España: Graó.
- Jiménez, A. (2012). Carlo Ginzburg: reflexiones sobre el método indiciario. *Revista Esfera*, 1(1), 21-28. Recuperado de <https://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/esfera/article7258>
- Joffre-Velázquez, VM., García-Maldonado, G y Joffre-Mora, L. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(4), 176-181. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712865005>
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., y Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset. *Archives General Psychiatry*, (62), 593-602. Recuperado de http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/detels/PH150/Kessler_

- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, (7), 19-39. Recuperado de <https://investiga-aprende-2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf>
- Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo [Je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos 1. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1957). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 5, Las formaciones del inconciente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1960) *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente Freudiano*. Escritos 2. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1964). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 11, Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1975). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 23, El Sinthome*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lange, K., Reichl, S., Lange, K., Tucha, L. y Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders Published Online*, 2(4), 241–255. doi 10.1007/s12402-010-0045-8
- Lebowitz, M. (2013). Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 1-7. doi/abs/10.1177/1087054712475211
- Lindgren, C., Burke, M., Hainsworth, M. & Eakes, G. (1992). Chronic Sorrow: A Lifespan Concept. En J. Corbin y R. Bernstein. (Ed.), *Chronic illness: research and theory for nursing practice* (pp.202-222). New York, United Sates of America: Springer Publishing Company.
- Longa, F. (2010). Trayectorias e historias de vida: perspectivas metodológicas para el estudio de las biografías militantes. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-027/90>
- Mallett, C., Natarajan, A. y Hoy, J. (2014). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A DSM Timeline Review. *International Journal of Mental Health*, (43), 36-60. doi.org/10.1080/00207411.2015.1009310
- Mannoni, M. (1965). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Martínez- Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- Ministerio de Educación (2009). *Déficit Atencional. Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educación Básica*. Recuperado de https://especial.mineduc.cl/201305151612430.Deficit_Atencional.pdf
- Ministerio de Educación (2013). *Manual de orientaciones y apoyo a la gestión (directores y sostenedores): Programa de Integración Escolar PIE*. Recuperado de <https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/.../Manual-PIE.pdf>
- Ministerio de Salud (1990). *Plan Nacional de Salud 1990- 2000*. Santiago, Chile: Departamento de Planificación.

- Ministerio de Salud (1998). *Normas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipercinéticos en la atención primaria 1997-1998*. Santiago, Chile: Departamento de Planificación.
- Ministerio de Salud (2008). *Guía Clínica Atención Integral De Niñas/ Niños Y Adolescentes Con Trastorno Hipercinético/Trastorno De La Atención (THA)*. Recuperado de www.minsal.cl/portal/.../71e6235bf06c7770e04001011f017ac5.pdf
- Ministerio de Salud (2011). *Prioridad Programática: Niñas, Niños Y Adolescentes Con Trastorno Hipercinético / De La Atención (THA)*. Recuperado de www.minsal.cl/portal/.../71e6235bf06c7770e04001011f017ac5.pdf
- Morel, G. (2012). *La Ley de la Madre. Ensayo sobre el Sinthome Sexual*. Esteban Radiszcz traductor. Santiago, Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Navarro, A. (2010). Trastorno por déficit de la atención en el adulto. A propósito del GC-4. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 7(3). Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0310/hph13310.html>
- Quintero, J., Loro, M., Jiménez, B. y García, N. (2015). Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, (21), 101-108. Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/51698726>
- Rafalovich, A. (2005). Exploring clinician uncertainty in the diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Sociology of Health & Illness*, 27(3), 305-323. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15953210>
- Raikhel E. y Garriot W. (2013). Tracing New Paths in the Anthropology of Addiction. En E. Raikhel y W. Garriot. (Ed.), *Addiction trajectories*. Durham, Inglaterra: Duke University Press.
- Renard, U. (2012). L'invention de l'hyperactivité: quand le test confirme la nosographie et vice-versa. *Revista Figures de la psychanalyse*, (24), 87-97. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2012-2-page-87.htm>
- Riemann, G. & Schütze, F. (1991). Trajectory as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. En D.A. Maines. (Ed.), *Social organization and social process: essays in honor of Anselm Strauss* (pp. 333-357). Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-7214>
- Robinson, L., Bevil, C., Arcangelo, V., Reifsnyder, J., Rothman, N. & Smeltzer, S. (1993). Operationalizing the Corbin and Strauss Trajectory Model for Elderly Clients with Chronic Illness. En J. Corbin y R. Bernstein. (Ed.), *Chronic illness: research and theory for nursing practice* (pp.223-244). New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Sandoval, A. Acosta, N. Crovetto, F. y León, M (2009). Enfrentamiento terapéutico del trastorno por déficit atencional en una población infantil escolar perteneciente a la Región Metropolitana de Chile. *Revista Chilena de Neuro- psiquiatría*, (47), 34- 42. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- Sanfeliu, I. (2011). *"Hiperactividad. La acción inagotable"*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

- Sanhueza, D. (2017). Los lenguajes del recuerdo Subjetividad y destinos del malestar en la literatura de los hijos. *Políticas y poéticas de la lengua*. Ponencia llevada a cabo en el VI Coloquio Chileno Francés de Psicoanálisis y disciplinas afines. Programa de Estudios Psicoanalíticos “Clínica y cultura”, Universidad de Chile.
- Schenquerman, C. (1998). Freud y la cuestión del paradigma indiciario. *Revista del Colegio de Estudios Avanzados en Psicoanálisis*. Recuperado de www.aperturas.org/articulos.php?id=0000077
- Singh, I. (2012). Not robots: children’s perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. *Journal of Medical Ethics*, (39), 359-366. doi:10.1136/medethics-2011-100224
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T. y Faraone, S. (2002). Overview and Neurobiology of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (12), 97-109. doi: 10.3810/pgm.2010.09.2206
- Padvalskis, M. (2010). *Una Lectura Psicoanalítica De Las ‘Meditaciones Sobre Los Cantares’ De Teresa De Jesús*. Memoria para optar al grado de Doctor en Fundamentos y Desarrollos Psicoanalíticos. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Punta Rodulfo, M. (2016). *Bocetos psicopatológicos. El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Toner, M., O’Donoghue, T. y Houghton, S. (2006). Living in Chaos and Striving for Control: How adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder deal with their disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, (53), 247-261. doi.org/10.1080/10349120600716190
- Ubieto, J.R. (2014). *TDAH: Hablar con el cuerpo*. Cataluña, España: Editorial UOC.
- Uribe, P. (2018). *Sobre el concepto de Trayectoria en Ciencias Sociales y su aporte en la articulación de dimensiones sociales y subjetivas en el campo de la investigación social* (Ensayo final para examen de calificación Doctorado en Ciencias Sociales) Universidad de Chile, Santiago.
- Vale, O. (2013). El DSM como mecanismo de psicopatologización y regulación social: el caso de los niños/as en Puerto Rico. *Quaderns de Psicologia*, 15(1), 21-32. doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1164
- Vicente, B. Kohn, R. Saldavia, S. y Rioseco, P. (2007). Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Revista Médica de Chile*, (135), 1591-1599. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-8872007001200014&script=sci_arttext
- Vicente, B., Saldavia, S., De la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Rioseco, P. y Melipillán, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(10), 1026–1035. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x
- Weiner, C. y Dood, M. (1993). Coping Amid Uncertainty: An Illness Trajectory Perspective. En J. Corbin y R. Bernstein. (Ed.), *Chronic illness: research and theory for nursing practice* (pp.180-198). New York, United Sates of America: Springer Publishing Company.

Young, S., Bramham, J., Gray, K. y Rose, E. (2007). The Experience of Receiving a Diagnosis and Treatment of ADHD in Adulthood. *Journal of Attention Disorders Online*, 11(4), 493-503. doi: 10.1177/1087054707305172

Žižek, S. (1989). *El sublime objeto de la ideología*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: *“El TDAH en retrospectiva: una trayectoria de enfermedad de la infancia a la adultez”.*

Investigadora responsable: Javiera Díaz-Valdés Iriarte, tesista Magíster en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile

Teléfono: 09- 66208006

Email: javiera.diazvaldes@gmail.com

Investigadora patrocinante: Dra. © Marianella Abarzúa Cubillos, académica Universidad de Chile.

Email: ps.marianella.abarzua@gmail.com

Teléfono: 229787878

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación *“El TDAH en retrospectiva: una trayectoria de enfermedad de la infancia a la adultez”*. El objetivo de ésta es reconstruir la trayectoria de enfermedad de un adulto diagnosticado con TDAH en su infancia, con el fin de conocer las posibles transformaciones subjetivas acontecidas y los destinos que este diagnóstico de la niñez asume en la adultez.

Usted ha sido seleccionado/a porque, de acuerdo con su reporte, fue diagnosticado/a con TDAH durante su niñez y ha manifestado interés por participar de la reconstrucción de la trayectoria de enfermedad de ese diagnóstico a lo largo de su vida.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

1. Su participación consistirá en realizar aproximadamente 6 entrevistas, centradas en su experiencia de haber sido diagnosticado/a con TDAH en su niñez y en cómo esta experiencia se expresa en su adultez. Las entrevistas son de tiempo variable, pero durarán alrededor de 1 hora cada una y abarcarán preguntas sobre los temas mencionados. Éstas serán realizadas en el lugar, día y hora que usted estime conveniente. Para facilitar el análisis, estas entrevistas serán grabadas. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quiera.
2. Su participación en esta investigación no supone ningún riesgo para usted. En caso de que considerase que así lo fuere, puede comunicarse con la investigadora responsable para que se realice la derivación y/o intervención pertinente.

3. Usted no recibirá ningún beneficio directo ni recompensa por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar contribuciones a las comprensiones actuales en torno a este diagnóstico y en términos personales, eventualmente puede permitir elaborar aspectos asociados al mismo.
4. Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.
5. Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. El investigador responsable de esta investigación se compromete a resguardar los datos por usted entregados.
6. Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, podrá solicitar tener acceso al estudio una vez que éste haya sido terminado. Para esto basta con contactar al investigador responsable, sin necesitar dar ninguna justificación.
7. En caso de requerir más información, puede contactar a la investigadora responsable.

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio *“El TDAH en retrospectiva: una trayectoria de enfermedad de la infancia a la adultez”*.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y he comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: _____

Anexo 2: Pauta de preguntas auxiliares

1. Momento del diagnóstico y devenir biográfico	1. Diagnóstico	<p>1. ¿Recuerdas cuáles fueron las situaciones que motivaron a que te llevaran a consultar con ese/os profesional/es?</p> <p>2. ¿Quiénes participaron del diagnóstico?</p> <p>3. ¿Cómo se hizo el diagnóstico?</p> <p>4. ¿Sabes qué tratamiento te sugirieron?</p> <p>5. ¿Cómo te sentiste con el diagnóstico? ¿y con el tratamiento sugerido?</p> <p>6. ¿Qué significó para ti en ese tiempo el haber sido diagnosticado?</p>
	2. Colegio	<p>7. ¿Qué recuerdos tienes de tu época en el colegio?</p> <p>8. ¿cómo lo pasabas ahí? ¿cómo te iba?</p> <p>9. ¿Cómo era tu relación con tus profesores?</p> <p>10. ¿Te pasaba lo mismo en otros espacios, p. ej. con tu familia y amigos?</p> <p>11. ¿Qué tan relevante era el rendimiento escolar para tu familia? ¿y para tus profesores?</p>
	3. Familia	<p>12. ¿Con quienes vivías y cómo era tu relación con ellos?</p> <p>13. ¿Cómo era tu relación con tus padres?</p> <p>14. ¿Tienes hermanos? ¿cómo era tu relación con ellos?</p> <p>15. ¿Qué pensaba tu familia del diagnóstico? ¿Y del tratamiento?</p>
	4. Experiencia subjetiva	<p>16. ¿Recuerdas cómo te sentías en ese tiempo?</p> <p>17. ¿Podrías describir cómo eras?</p> <p>18. ¿Qué cosas eran las que más te gustaba?</p> <p>19. ¿Qué cosas crees que no te gustaban?</p> <p>20. ¿Qué pensaban los demás de lo que te gustaban?</p> <p>22. ¿Por qué crees que te distraías, que eras inquieto o impulsivo?</p> <p>(Se pueden tomar las palabras que use el sujeto para describir su comportamiento o forma de ser en ese tiempo, como: desatento, desconectarse, perderse, moverse mucho, desbordarse, reaccionar agresivamente, etc.)</p> <p>23. ¿Te pasaban otras cosas que afectaran tu comportamiento? (dar ejemplos solo si el entrevistado los solicita o requiere para continuar su relato: hacer pataletas, pelear con otros niños, ponerte en riesgo).</p>
<p>¿Podrías contarme algún recuerdo que tengas de ese tiempo? (Se puede mencionar que no es necesario que sea asociado el diagnóstico de TDAH, sino que sea relevante para el sujeto).</p>		

2. <i>transformaciones subjetivas asociadas al diagnóstico</i>	1. Diagnóstico	<p>1. ¿Qué piensas que es el TDAH?</p> <p>2. ¿Qué crees que produjo en ti el haber sido diagnosticado con TDAH cuando eras niño/a?</p> <p>3. ¿Qué se te viene a la mente en relación ti mismo al pensar en este diagnóstico? (Se puede reiterar la consigna: Siéntete libre de decir todo aquello que se te ocurra incluso si parece sin importancia o que no se debe decir).</p> <p>4. ¿Qué valoración le das al tratamiento que recibiste?</p> <p>5. ¿Has vuelto a consultar con algún profesional por este diagnóstico?</p>
	2. Colegio	<p>6. ¿Qué recuerdas que pasó en tu vida escolar después de que fuiste diagnosticado?</p> <p>7. ¿Qué recuerdas que pasó en tu vida social o con tus pares cuando fuiste diagnosticado?</p> <p>8. ¿Cómo te sentías si tus compañeros o profesores se enteraban de tu diagnóstico?</p>
	3. Familia	<p>10. ¿Qué recuerdas que pasó en tu vida familiar después de que fuiste diagnosticado?</p> <p>11. ¿Crees que cambió en algo la manera en que tu familia te veía? ¿o en cómo se relacionaban contigo?</p>
	4. Experiencia subjetiva	<p>12. ¿Crees que este diagnóstico generó alguna transformación en lo que piensas de ti mismo?</p> <p>13. ¿Crees que este diagnóstico generó alguna transformación en tu vida?</p> <p>14. ¿Crees que este diagnóstico generó alguna transformación en lo que piensas respecto de tus habilidades y capacidades?</p> <p>15. ¿Crees que este diagnóstico produjo alguna transformación en tus intereses?</p> <p>16. ¿Piensas que el haber sido diagnosticado cuando niño produjo alguna transformación en la manera que ves tus dificultades?</p> <p>17. ¿Te parece que el haber sido diagnosticado con TDAH ha permitido explicar algunas de las cosas que te pasaban cuando niño?</p>
¿Podrías contarme algún recuerdo que tengas de ese tiempo? (idem 1).		

3. Destinos del diagnóstico en la vida actual	1. Diagnóstico	<p>1. ¿Cómo ves el haber sido diagnosticado cuando niño ahora que es adulto?</p> <p>2. ¿Ha cambiado lo que pensabas del TDAH?</p> <p>3. ¿Qué valoración le das al diagnóstico en tu vida?</p> <p>4. ¿Qué piensa ahora del diagnóstico de TDAH en general?</p> <p>5. ¿Qué piensas que pasa a los niños que son diagnosticados con TDAH?</p> <p>6. ¿Qué piensas del tratamiento que recibiste cuando niño ahora que eres adulto?</p>
	2. Colegio, estudios o vida laboral	<p>7. ¿Crees que este diagnóstico influyó en tu trayectoria escolar o laboral?</p> <p>8. ¿Cómo fue seguir estudiando o trabajando luego de terminar el colegio?</p> <p>9. ¿Crees que el haber sido diagnosticado con TDAH cuando niño influyó en las elecciones que has hecho como adulto respecto de tus estudios o tu vida laboral?</p> <p>10. ¿Cómo es estudiar o trabajar para ti actualmente?</p> <p>11. ¿cómo es tu relación con tus profesores, jefes, colegas y/o pares en la actualidad?</p>
	3. Familia	<p>12. ¿Cómo es tu relación con tu familia actualmente?</p> <p>13. Pensando en tu familia, ¿Qué crees que les pasaba a ellos con tu forma de ser o comportarte?</p> <p>14. ¿Crees que existe alguna relación entre como era tu familia y el que fueras diagnosticado con TDAH?</p>
	4. Experiencia subjetiva	<p>15. ¿Qué lugar ocupa el TDAH en tu vida actual?</p> <p>19. ¿Hoy que viene a tu mente al pensar en este diagnóstico?</p> <p>20. ¿Qué cosas has podido entender de cuando eras niño ahora que eres adulto?</p> <p>21. Mirando hacia atrás, ¿crees que las cosas que te pasaban o que sentías cuando niño te siguen pasando ahora?</p> <p>22. ¿Sigues siendo inquieto o desatento? (se pueden utilizar los mismos conceptos que el sujeto utilice para describir lo que le sucedía cuando niño).</p> <p>23. ¿Qué haces ahora si sientes que estás inquieto o que te distraes con facilidad? (ídem).</p> <p>24. ¿Crees que el TDAH es algo que se ha mantenido a lo largo de tu vida?</p> <p>25. ¿Qué cosas te interesan o te gustan ahora que eres adulto? ¿Son las mismas que cuando eras niño?</p> <p>26. Si pudieras hablar con otras personas sobre el TDAH, ¿qué les dirías?, ¿qué recomendaciones les darías?</p>
¿Podrías contarme algún recuerdo que tengas de ese tiempo? (ídem 1 y 2)		

Anexo 3: Imagen del libro “Vigilar y Castigar” de Michel Foucault, 1975.



“El poder disciplinario, en efecto, es un poder que, en lugar de sacar y de retirar, tiene como función principal la de “enderezar conductas”; o sin duda, de hacer esto para retirar mejor y sacar más. No encadena las fuerzas para reducirlas; lo hace de manera que a la vez pueda multiplicarlas y usarlas” (Foucault, 1975, p. 157).