



Especialista en psicopatología clínica infantil



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA VII. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE: DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Introducción

El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es una de las problemáticas más prevalentes hoy en día en la población infantil a nivel mundial. La Asociación Americana de Psiquiatría considera que entre un 3% y 7% de los niños en edad escolar presentan el trastorno.

La escuela constituye fundamentalmente el principal lugar de detección de este trastorno, de esta manera, resulta común observar la aplicación del Test Conners, como una herramienta de diagnóstico aplicada a padres y maestros.

Dentro del paradigma psiquiátrico actual, se comprenden estas dificultades en los niños dentro de la categoría diagnóstica de los “Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador” (DSM IV) y “Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia” (CIE-10), en donde dichas conductas son definidas como “falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva” (CIE-10).

Del mismo modo, la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R 2000), los denomina Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Dentro de los abordajes que se utilizan principalmente en el tratamiento del TDAH, encontramos que no existe un único modelo, sino que se ha enfocado desde diferentes perspectivas, siendo las más utilizadas el tratamiento farmacológico, intervenciones psicosociales y multimodales.

Dentro de los enfoques psicológicos, la Terapia Conductual, señala que la sintomatología que presentan los niños diagnosticados por TDAH, corresponde a patrones conductuales inadecuados y que por lo tanto pueden modificarse, como cualquier otro desorden de la conducta, mediante cambios de los estímulos ambientales, a partir del principio del condicionamiento operante.



La modificación conductual es un conjunto de técnicas y un método de investigación, que intenta producir cambios en el comportamiento basados en los principios del

aprendizaje. Pizarro, 2003, postula que cada acción es producto de variables ambientales, por lo tanto, la terapia se focaliza en la conducta y en las contingencias reforzantes, haciendo menos probable la ocurrencia de la respuesta no deseada mediante la alteración de las variables ambientales de que es función.

Los intentos por encontrar una causa a las manifestaciones sintomáticas de estos niños, ha desviado la atención a la manifestación dejando de lado la subjetividad propia de cada niño, de esta manera los comportamientos son atribuidos a un sentido otorgado por otros, sin que en ese proceso se cuestione el por qué de su inquietud. Es en esta perspectiva que pretendemos a partir de los aportes del psicoanálisis, posibilitar nuevas reflexiones en relación al abordamiento del TDAH.

Janin, 2004, refiere que el orden causal se invierte: ya no es que un niño tiene tales manifestaciones, sino que, a partir de las manifestaciones, se construye una identidad, que se vuelve causa de todo lo que ocurre, dejándolo encerrado en un sin salida. Una categoría descriptiva pasa a ser explicativa. Ya no es: “No atiende en clase. Se mueve mucho y desordenadamente. Es exageradamente inquieto e impulsivo, ¿por qué será?”, pregunta que implica posibilidad de cambio e idea de transitoriedad, sino “Es ADD, por eso no atiende en clase. Se mueve mucho y muy desordenado, inquieto e impulsivo....”

Nos remitiremos a los trabajos realizados por el neuropsiquiatra y psicoanalista francés Jean Bergès en torno a la psicomotricidad y a la perturbación psicomotriz, a través de los cuales realizaremos una aproximación a la comprensión del TDAH.

Pensar en cuáles son los aportes de la teoría psicoanalítica a la comprensión de este fenómeno, nos puede otorgar una visión más amplia y del mismo modo entender desde este enfoque a partir de la opinión de profesionales del área cuáles son los aportes que desde esta corriente se pueden realizar a la comprensión del TDAH, con el objetivo de que esta investigación contribuya a un mejor abordaje de estos niños en la clínica infantil.

Por estos motivos y a la luz de estos antecedentes, se torna pertinente la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los aportes de la teoría psicoanalítica a la comprensión del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, a partir de la revisión teórica y el análisis de discurso de terapeutas infantiles de orientación psicoanalítica?

Antecedentes históricos

Los primeros antecedentes que se conocen sobre el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, fueron desarrollados por el médico alemán Hoffman (1844), quien desarrolló parte importante de la sintomatología en el protagonista de un cuento que

escribió en esa fecha. En él, se describe la conducta de un niño inquieto, que se caracterizaba por movimientos constantes e incapacidad de permanecer sentado.

Ulteriormente, uno de los primeros acercamientos explicativos de este patrón de comportamiento en el niño, es desarrollado por el pediatra inglés George Still (1902), quien dio la primera descripción de conductas impulsivas y agresivas, falta de atención y problemas conductuales que calificaba como defectos del control moral.

Estas son los primeros intentos por encontrar una explicación que de cuenta del origen del fenómeno, lo que más adelante se convertirá en una explicación a partir de una causa orgánica.

Es así como a partir del año 1923, se emplea por primera vez el término Hiperkinecia por el alemán Von Economo. Bergès, 1990, sostiene “El problema de los niños hiperkinéticos se relaciona con la epidemia de la gripe de encefalitis, la cual afecta a Europa luego de la primera guerra mundial y que posteriormente se expande al mundo entero.”

El autor, que hablaba de niños y de adultos, decía que, a consecuencia de las secuelas de esta encefalitis, tenían un comportamiento que se caracterizaba primeramente por el desorden de movimientos incesantes, la incapacidad para permanecer tranquilos, para concentrarse, trastornos cognitivos de la memoria y de los aprendizajes y, finalmente, trastornos de adaptación social con dificultades para vivir en común y algunos casos de delincuencia.

Del mismo modo, Kahn y Cohen en el año 1934, a partir de la proliferación de la encefalitis, realizaron estudios que buscaron explicar la sintomatología psiquiátrica que a nivel neurológico se producía en menores a consecuencia de esta enfermedad.

Es así como a partir de sus estudios describieron un cuadro caracterizado por “un alto grado de hiperactividad e incoordinación motora al que denominaron “Síndrome

Orgánico Cerebral”, por suponer que una determinada lesión neurológica estaba originando estos desordenes en los niños.” -Taylor-.

Durante este período es posible observar que la explicación que existe en relación a la etiología de la hiperkinesia estaría dada por causas orgánicas o constitucionales a pesar de que las evidencias que avalarían esta situación eran escasas.

Las investigaciones que se realizaron en Estados Unidos, por Strauss y Lehtinen en la década de los 40, se sustentaron en la hipótesis de la etiología orgánica, dando paso a la denominación “síndrome de daño cerebral mínimo”, terminología utilizada para describir niños con retardo mental, hiperactividad, distractibilidad, impulsividad, perseverancia, y defectos cognoscitivos -Pizarro, 2003 -.

A partir de los años 60, la mayoría de los investigadores comenzaron a descartar la hipótesis de lesión cerebral como causal directa en la sintomatología hiperkinética. De esta manera se da paso a una nueva denominación, disfunción cerebral mínima acuñada por Clements y Peters. En relación a este cambio Menéndez señala “De esta forma la etiología no sería una lesión cerebral concreta, sino una disfunción general, en la que el cerebro apareciera absolutamente normal, sin ningún tipo de patología constatable.”

Categorías diagnósticas

En el año 1968, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), incluye dentro de su clasificación de trastornos de conducta de la infancia y adolescencia, la Reacción Hiperkinética de la Infancia, denominación bajo la cual se describe un síndrome con manifestaciones de conductas tales como inquietud, distractibilidad, disminución en la atención, sobreactividad.

Durante la década de los 70, se producen nuevas investigaciones, que a partir de la imposibilidad de demostrar la existencia de una lesión o disfunción cerebral mínima, buscan asociar el trastorno a causas hereditarias. De esta manera se trataba de asociar al TDAH a malformaciones congénitas y al alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidios existentes entre los familiares de estos niños.

Los estudios publicados por Morrison y Stewart en 1971, acerca de una investigación realizada con 50 niños diagnosticados como hiperactivos consistieron básicamente en demostrar que entre los padres de estos niños, el alcoholismo, la “sociopatía” y la “histeria” eran los trastornos más frecuentes. A través de los comentarios de los padres, los autores se sintieron capaces de hacer diagnósticos retrospectivos acerca de la hiperactividad que los aquejó en su propia niñez, intentando demostrar que ella *“era hereditaria”*.

En este mismo periodo tiene lugar la presentación efectuada por Douglas en la Asociación Canadiense de Psicólogos, quien incorpora un nuevo aspecto al estudio del trastorno. Durante su presentación se destacaron aspectos cognitivos del trastorno y principalmente la idea de que “la deficiencia básica de los niños hiperactivos era su incapacidad para mantener la atención y controlar su impulsividad, y no la excesiva actividad motriz, lo que supuso un nuevo planteamiento del problema”.

Es esta nueva definición, la que constituyó uno de los antecedentes para la nueva propuesta de la APA en la versión DSM III de 1980, incorporando nuevos criterios para la clasificación del trastorno, designándolo Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Es en esta nueva clasificación que se otorgó más énfasis en los aspectos atencionales del trastorno por sobre los de la actividad. Douglas señala *“el déficit principal de estos niños radicaría, más que en el nivel de actividad, en su incapacidad para mantener la atención y en su impulsividad”*.

En el año 1994 se publica el DSM-IV donde se agrupan la hiperactividad y la impulsividad. Así, se distinguen tres subtipos:

- El tipo predominantemente hiperactivo – impulsivo.
- El tipo en que predomina el déficit de atención
- El tipo combinado.

Los criterios del DSM-IV indican que debe haber síntomas en dos o más contextos. El DSM-IV exige que los síntomas se manifiesten tanto en el ámbito familiar como escolar, sin embargo, ese criterio no siempre es tomado en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico – indicado por Pizarro, 2003 -.



Al pensar en los criterios diagnósticos del DSM IV, podemos reflexionar en torno a la manera en que estos criterios de alguna forma patologizan la infancia, es decir, podemos pensar en

las dificultades que pueden surgir para ciertos profesionales que realizan el diagnóstico en distinguir los síntomas del TDAH, de aquellos comportamientos que son propios de la infancia.

A continuación, detallaremos los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno:

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

A) (1)ó(2)

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

♦Falta de atención

a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.

c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo -no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones-.

e) A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.

f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental prolongado, tales como tareas escolares o domésticas.

g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades; por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas.

h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad - impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es des adaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

♦ Hiperactividad

- a) A menudo mueve en exceso las manos o los pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo - en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud -.
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo "esta en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso

♦ Impulsividad

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros; por ejemplo, entrometerse en conversaciones o juegos.

B. Algunos síntomas de hiperactividad - impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes; por ejemplo, en la escuela y en casa.

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican

por la presencia de otro trastorno mental; por ejemplo, trastorno del estado del ánimo, de ansiedad, disociativo o de personalidad.

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo - impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos seis meses.

Nota de Codificación: En el caso de sujetos, en especial adolescentes y adultos, que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en “remisión parcial”.

Del mismo modo, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE), a partir del año 1967 incluyó el Síndrome Hiperkinético de la Infancia como categoría, en su versión CIE-8, posteriormente en la CIE-9 (1978) el denominado Síndrome Hiperkinético Infantil quedaba definido como un trastorno cuyas características esenciales era la falta de atención y la distracción. Se señalaban, además, como síntomas habituales, la impulsividad, la agresividad, la desinhibición, la pobreza organizativa, la labilidad emocional y la sobreactividad motora.

En 1992 se publica la décima edición de la CIE, a diferencia de las ediciones anteriores, se utiliza principalmente el término trastorno. Se denominó Trastorno del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Calderón sostiene *“El diagnóstico del Trastorno Hiperkinético requiere la presencia de niveles anormales de desatención y sobreactividad, presentes en múltiples*

contextos; entre ellos, las observaciones clínicas, acompañadas, en la mayoría de los casos, de anormalidades cognitivas y neurológicas”

A continuación, se muestran los criterios diagnósticos definidos por la Organización Mundial de la Salud para el trastorno:

Criterios para el diagnóstico del Trastorno Hiperkinético de la Atención

♦ Desatención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo - no originada por un comportamiento deliberado de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones -.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para sus tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Se distrae fácilmente ante estímulos irrelevantes.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

♦ Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento.
2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas -en los adolescentes o en los adultos puede manifestarse por sentimientos de inquietud -.
4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

♦ Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.



2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en situaciones de grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros; por ejemplo, interrumpe en las conversaciones o en los juegos de los demás.

4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.

El inicio del trastorno no es posterior a los siete años. Los criterios deben cumplirse en más de una situación. Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad

ocasionan malestar. Clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

En la actualidad se ha generalizado la utilización de estos manuales de clasificación para hacer el diagnóstico del TDAH, siendo utilizado por neurólogos, psicólogos y psiquiatras. De esta manera, se han popularizado las descripciones de la sintomatología y la investigaciones exhaustivas y estadísticas sobre los efectos de los fármacos, sin embargo, no se toma en cuenta el origen de este trastorno a partir de la dinámica psíquica y los vínculos que establece el niño.

Esta forma de dar rápidas explicaciones a través de los diagnósticos imposibilita la búsqueda de la subjetividad de ese niño. Es así como actualmente y cada vez con mayor frecuencia se impone la tendencia en la cual los niños con diferentes padecimientos, de alguna manera entran en los tópicos de los manuales diagnósticos, una vez ingresado en este criterio es más fácil elaborar tratamientos para cada “niño problema”, en este caso recibe el rotulado de TDAH.

Otra descripción del trastorno la podemos encontrar en la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y del adolescente. Una de las características de esta clasificación tiene, a diferencia de las anteriores, tiene que ver con la incorporación además de aspectos fenomenológicos y sintomáticos, de aspectos psicodinámicos, que dan cuenta de las relaciones que el niño establece de manera dinámica con quienes lo rodean. En su apartado de los Trastornos de la Conducta y del Comportamiento señala “trastornos con preponderancia comportamental, algunos de los cuales constituyen síndromes lo suficientemente individualizados como tales.” (CFTMEA-R-2000).

A continuación, vamos a describir los criterios diagnósticos para el cuadro de hiperkinesia con trastornos de la atención:

Trastornos Hiperkinéticos

Hiperkinesia con Trastornos de la Atención

Clasificar aquí los trastornos descritos en Francia con la expresión “*inestabilidad psicomotora*”.

Desde el punto de vista sintomático, este conjunto está caracterizado por:

- En el vértice psíquica: dificultades para fijar la atención, falta de constancia en las actividades que exigen de una participación cognitiva, tendencia a una actividad desorganizada, no coordinada y excesiva, y cierto grado de impulsividad;
- En el plano motor: hiperactividad o agitación motora incesante.

La relación de estos niños con los adultos suele realizarse por una ausencia de inhibición social, reserva y mesura.

A menudo estos trastornos se acompañan de una alteración de las funciones cognitivas y de un retardo específico del desarrollo de la motricidad y el lenguaje. Pueden provocar un comportamiento asocial o pérdida de la autoestima.

Estos trastornos, sin relación con la edad y nivel de desarrollo mental del niño, son más importantes en las situaciones que requieren aplicación, por ejemplo, en clase. Pueden desaparecer transitoriamente en ciertas situaciones. Por ejemplo, en una relación dual o en una situación nueva.

Incluir:

Déficit de Atención con Hiperactividad.

Hiperactividad con trastornos de la atención.

Excluir:

Los trastornos de la atención sin hiperactividad motora propiamente dicha.

La actividad excesiva adaptada a la edad (particularmente en los niños pequeños)

Las manifestaciones de tipo excitación maniaca -que deben ser clasificadas, según los casos, en las categorías 1 o 3-.

Una reacción hiperkinética de duración limitada.

Descripción clínica del trastorno

Como se ha indicado anteriormente, los síntomas centrales del TDAH son la desatención, hiperactividad e impulsividad.

Desatención

Según señala Tudela en 1992, la atención se puede entender como “Un mecanismo central de capacidad limitada cuya función primordial es controlar y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo con un objetivo determinado”.

Es posible distinguir diferentes problemas atencionales según el subtipo de TDAH. Cuando se trata de TDAH con predominio de desatención, se caracteriza por dificultades en la rapidez en el procesamiento de la información y atención selectiva.

En el TDAH con predominio hiperactivo – impulsivo, es posible observar dificultades en la atención mantenida y en la diferenciación entre estímulos relevantes e irrelevantes.

En cuanto al cuerpo de los niños que presentan dificultades de atención, es común diferenciar características físicas como cambios posturales, descargas motoras, conductas exploratorias y desviación de la mirada.

Dentro de las características principales, se puede observar desatención y falta de interés en las tareas escolares y lúdicas, las actividades no son terminadas, son niños descuidados con sus objetos personales, se distraen muy fácilmente con estímulos irrelevantes, son descuidados y olvidadizos en las actividades que realizan.

Generalmente estas características influyen negativamente en el rendimiento escolar, a pesar de que son niños que no presentan dificultades de inteligencia.

Hiperactividad

Al aproximarse al concepto de hiperactividad, se puede hacer referencia a dos denominaciones diferentes, en relación al exceso de movimiento. Estas son Hiperkinesia e inestabilidad motriz.

El término Hiperkinesia, del griego hipér -más allá- y kinesis -movimiento-, se refiere al aumento en la amplitud y rapidez de los movimientos. Por otro lado, la inestabilidad motriz se refiere a un desajuste motriz, pequeños movimientos inútiles y la incapacidad para permanecer inmóvil.

Se denomina hiperactividad a una manifestación de movimientos constantes, excesivos ya que sobrepasa los límites establecidos y desorganizados, como por ejemplo caminar, correr, trepar, saltar, etc. Cuando estas acciones parecieran no tener una finalidad u objetivo o se ven interrumpidas, sufriendo un cambio de finalidad y objetivo reiterado, muchas veces sin aparente intencionalidad. También se puede observar la presencia de cambios posturales reiterados.

Impulsividad

El término Impulsivo proviene del latín impulsio, empujar. Se refiere a un sujeto que tiene la voluntad profundamente debilitada y que es incapaz de resistir a sus impulsiones.

La impulsividad es uno de los síntomas centrales del TDAH, se manifiesta a través de la precipitación en dar las respuestas, incluso antes de haber terminado de escuchar la pregunta, además frecuentemente existe intromisión en actividades realizadas por otros. Generalmente participan en conductas de riesgo que pueden dar lugar a accidentes.

Lewis sostiene que la impulsividad cognitiva se refiere a un estilo cognoscitivo caracterizado por un corto tiempo de reacción. Se ha considerado que la impulsividad es un indicador de mal pronóstico, señalándose en la literatura que aumenta la complejidad de tratamiento.

Una característica observable en niños impulsivos es la imposibilidad de esperar frente a actividades que presentan demora, lo que se demuestra con una importante inquietud. Es posible, además, observar ciertas características en la comunicación verbal, ya que son niños que hablan en forma excesiva, no existiendo silencios entre un párrafo y otro, además de interrumpir reiteradamente a sus pares en las conversaciones.

Generalmente la presencia de la sintomatología anteriormente descrita es concluyente a la hora de hacer el diagnóstico de TDAH, sin embargo, señalaremos que no basta tomar a un niño que tiene inatención o hiperactividad como síntoma para darle a eso la entidad de enfermedad, ya que estos síntomas pueden presentarse en una serie de patologías, sin necesidad de constituirse únicamente en un Déficit de Atención como enfermedad.

A este respecto Untoiglich señala que cuando el síntoma es atacado, desde el punto de vista terapéutico, como si fuera toda la enfermedad, lo que pasa es que se termina por ocultar el origen del cuadro. Es decir, si uno, cuando se presenta la inatención, va directamente a la terapéutica medicamentosa, sin explorar cuál puede ser su origen, termina por ocultar el origen del cuadro.

Neurociencias

A partir de la revisión bibliográfica, se puede señalar que existe un cierto consenso en señalar que la etiología del TDAH no es única, sino más bien el resultado de una confluencia de múltiples factores -biológicos, psicológicos y sociales-. Actualmente los

estudios de las neurociencias permiten conocer tres áreas desarrolladas en torno al TDAH. Cabe señalar que dichas áreas definen la manera de abordar el trastorno, siendo en consenso un abordaje evolutivo, entendiéndose el trastorno como un problema genético, neuroquímico, entre otras.

Factores genéticos

Dentro de las investigaciones centradas en factores genéticos como origen del TDAH, se basan en estudios realizados en familias y el estudio de gemelos. Dentro de los estudios desarrollados en familias, se sostiene la influencia genética que estaría implicada en el origen del TDAH, las conclusiones señalan una mayor incidencia y sintomatología en padres biológicos de niños diagnosticados con el trastorno. Frick, 1994, “encontró que los padres biológicos de los niños con TDAH tienen mayor riesgo de presentar Déficit de Atención.”

Respecto a los estudios realizados con gemelos, se señala que los resultados avalan la idea de influencia genética en la etiología del trastorno. Se encontraron tasas de concordancia mayores para gemelos monozigóticos que dizigóticos, en una muestra de



194 monozigóticos y 94 dizigóticos - Mcgue, 1997 -.

Factores neuroquímicos

A partir de los años 70, se han realizado estudios en torno a la teoría bioquímica

predominante en la explicación del TDAH, es así como la hipótesis de las catecolaminas se basaba en los resultados auspiciosos de la medicación psicoestimulante en el

tratamiento de la hiperactividad, efecto que se debía a la acción que los fármacos tenían sobre las vías dopaminérgicas y noradrenérgicas.

Actualmente no se ha llegado a una conclusión definitiva que explique la génesis de este trastorno desde esta perspectiva – según cita Calderón en 2003 -.

Del mismo modo, diversas investigaciones han hipotetizado en torno a la etiología del TDAH, sin embargo, estas hipótesis han sido tomadas como certezas en el abordaje. Una predisposición genética en la etiología del trastorno, esta consistiría en una baja en el funcionamiento de las vías dopaminérgicas en la zona prefrontal y en el sistema límbico, implicados en el mecanismo responsable en la manifestación de los síntomas del TDAH -Barkley, 1992 -.

Esta asociación con el TDAH se daría ya que en la zona prefrontal se encuentra gran parte de las terminaciones dopaminérgicas y cumple la función de recibir la información de otras zonas del cerebro, por esto establece conexiones tanto con la corteza motora como con los sistemas sensoriales y el sistema límbico. Desde el punto de vista conductual, la deficiencia de dopamina en la zona prefrontal se traduce en la incapacidad para controlar los impulsos y dificultad para planificar y llevar a cabo una secuencia de acciones destinadas a conseguir un fin y excesiva actividad motora, que son las características principales del TDAH.

Los resultados obtenidos en las investigaciones basadas en componentes neuroquímicos como explicación de la fisiopatología del TDAH no son concluyentes, ya que no logran demostrar una relación directa entre un tipo específico de neurotransmisor y los efectos sobre la conducta del niño.

Funciones ejecutivas

Dentro de las principales características que se han descrito del TDAH, una de las principales es la dificultad para inhibir impulsos. A partir de estos hallazgos, Barkley

postuló que esta dificultad en la inhibición de impulsos no permite que diversos procesos psicológicos puedan operar eficientemente, se trata de las funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas se relacionan directamente con una parte del lóbulo frontal, el área prefrontal, la que está vinculada con los ganglios de la base y el cerebelo.

Según señala Barkley, “las funciones ejecutivas son actividades mentales complejas necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas. Estas funciones empiezan a desarrollarse a partir del primer año de vida y continúan desarrollándose hasta la adolescencia”.

Una función ejecutiva de gran importancia es la memoria de trabajo, comprende la habilidad para retener aquella información necesaria para guiar las acciones y recordar hacer las cosas en el futuro cercano. Otras funciones ejecutivas son la habilidad para autorregular las emociones y la motivación, así como la habilidad para solucionar problemas

En niños con TDAH, la dificultad para inhibir impulsos dificulta la labor de la función ejecutiva de memoria de trabajo. Lo que traería como consecuencia que sean niños distraídos, olvidadizos, desorganizados y vulnerables a no terminar las tareas que inician.

Si bien las investigaciones anteriormente descritas, se plantean a partir de hipótesis organicistas en relación a la etiología del TDAH, estas hipótesis han sido históricamente tomadas como certeza al momento de encontrar un origen al trastorno y posteriormente implementar un tratamiento. Llama la atención entonces que un trastorno que en sus orígenes se plantea como orgánico no encuentre en sus hipótesis aún una causa específica y de igual manera siga siendo esta la concepción predominante en relación a los orígenes del TDAH.

En 2005, Janin señala: ¿Qué molesta de estos niños?, ¿Por qué la insistencia de los trabajos médicos sobre la importancia de diagnosticar rápido para comenzar tempranamente con la medicación?, ¿cómo diagnosticar este trastorno cuando todo niño pequeño es desatento e inquieto? - uno de los indicadores es que el comienzo sea anterior a los siete años -.

Tratamientos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Las intervenciones que se han realizado a través de la historia con el TDAH no se rigen por un modelo único, por el contrario, se han enfocado desde variadas perspectivas.

Terapia cognitivo conductual

Desde el paradigma explicativo cognitivo - conductual, el énfasis está localizado en el rol de las autoverbalizaciones como instrumentos mediadores que sirven de guía en la actuación, regulando y controlando la conducta.

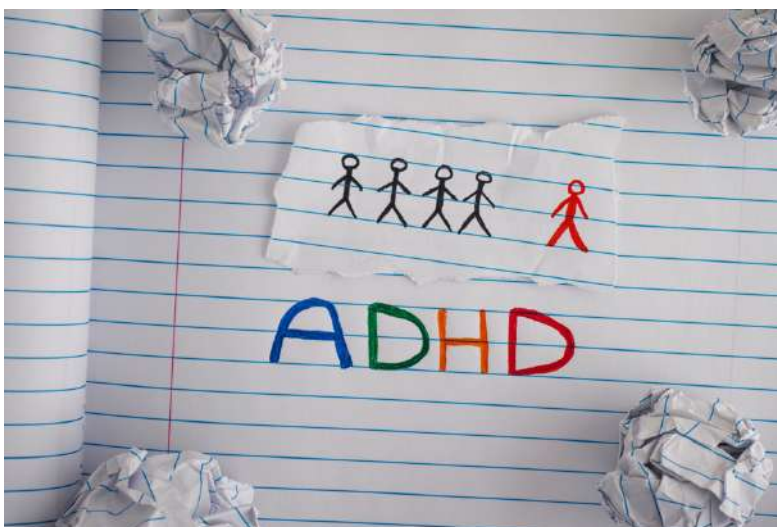
Niños con TDAH muestran déficit en la mediación verbal y en sus habilidades de resolución de problemas que parecen contribuir a su pobre regulación. Estos niños muestran generalmente dificultades en controlar sus conductas, describiéndose como "actuar sin pensar", enfatizando sus deficiencias en las habilidades del pensamiento y la planificación.

El entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas para el tratamiento del TDAH son considerados centrales en este enfoque. El entrenamiento autoinstruccional es usado para enseñar a los niños con TDAH a "pensar antes de actuar a través de su entrenamiento para hablarse a sí mismos internamente y ayudándolos a enfocar y dirigir su conducta hacia las tareas" - Meichenbaum, 2000 -.

Desde el modelo conductual se postula que los síntomas de hiperactividad, impulsividad y dificultades de atención, “son patrones de conductas desadaptativas y desajustadas que pueden ser modificadas de igual forma que cualquier otro desorden de conducta, a través de las técnicas basadas en los principios de aprendizaje”

Una característica de esta aproximación terapéutica conductual ampliamente usada incluye la colaboración de padres y maestros. Los terapeutas entrenan a padres para usar economías de fichas, atención positiva para las conductas apropiadas, y tiempo fuera u otros castigos por los incumplimientos. Los profesores pueden usar el manejo de contingencias en el aula administrando alabanza verbal y otros premios para las conductas atentas apropiadas y retiro de privilegios o castigos para las conductas indeseables.

A corto plazo, las intervenciones conductuales mejoran “conductas focalizadas, habilidades sociales, y rendimiento académico en escenarios específicos, pero es menos útil reduciendo falta de atención, hiperactividad, o impulsividad”. Las más grandes debilidades de la terapia de conducta son la falta de mantenimiento en el tiempo de las mejoras y fracaso para generalizar los cambios a otras situaciones distintas a donde el entrenamiento ocurrió.



Farmacoterapia

El tratamiento farmacológico se aplica a los niños entre 5 y 15 años, tratamiento que se debe iniciar al menos tres meses después de realizado el diagnóstico de TDAH. Los medicamentos que

actualmente contempla la atención pública son: metilfenidato (psicoestimulante), pemolina (estimulante SNC), anfetamina (estimulante SNC), amitriptilina (antidepresivo), imipramina (antidepresivo), tioridazina (antipsicótico neuroléptico y tranquilizante ansiolítico) y haloperidol (antipsicótico neuroléptico).

Actualmente, a nivel mundial la farmacoterapia con estimulantes es la intervención más común para el tratamiento del TDAH; en EE.UU, con metilfenidato, liderando con un 62% de las prescripciones estimulantes, dextroanfetamina (DA) prescritas en un 23%, anfetamina con un 12% y pemolina con 3%.

Estos medicamentos han demostrado ser eficaces a corto plazo para aliviar los síntomas centrales del TDAH, estimándose que un 70% de los niños con TDAH responden al tratamiento farmacológico favorablemente.

La evidencia también muestra que los antidepresivos tricíclicos, pueden ser efectivos en el manejo de los síntomas del desorden, así como de los síntomas coexistentes de ansiedad o de un trastorno del estado del ánimo. No obstante, estos antidepresivos no parecen ser tan efectivos como los estimulantes - Barkley, 2002 -.

Socialmente observamos que la manera en que la medicamentación, aparentemente “tan eficaz” en el tratamiento del TDAH elimina o reduce las molestias que el niño genera, así como su difusión cotidiana a través de los medios de comunicación, hacen que cada vez más quienes rodean al niño diagnosticado se sientan menos responsables sobre aquellos síntomas, ya que la causa está en el niño y la solución en la pastilla. A este respecto, Jersulinsky señala “Nada más práctico que atribuir un gran conjunto de síntomas a una enfermedad - o síndrome - para cuya cura ya, anticipadamente, se cuenta – supuestamente - con el medicamento apropiado”.

Podemos considerar así también la manera en que las empresas farmacológicas han generado un negocio al presentar conductas propias de personas “sanas”, como

patológicas, ubicando el tratamiento farmacológico como la solución más rápida y eficaz a sus problemas.

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

El uso de la farmacología va unido a la concepción que se tiene de la manifestación sintomática que en ese momento presenta el niño. Sin embargo, desde una mirada psicoanalítica la propuesta va un poco más allá, es decir, bajo una lógica organicista como causal de la sintomatología, el tratamiento estará delineado por la medicamentación.

El psicoanálisis propone más bien, una escucha particular al sujeto que ahí sufre, intentando rescatar el por qué de su malestar, en ese sentido propone algo más allá que silenciar el síntoma por medio de fármacos sin hacerse antes una pregunta al respecto.

TDAH y psicoanálisis

Hasta el momento hemos realizado un recorrido por la evolución del concepto de hiperactividad infantil, su estatuto dentro de las clasificaciones diagnósticas, así como también una breve descripción de las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas en la actualidad. Si bien todo este recorrido ha sido necesario para comprender el estatuto del TDAH actualmente, de la misma manera consideramos necesario incluir una reflexión en torno al concepto de infancia al cual se hace alusión, pues como vemos, el TDAH y la infancia son conceptos que van unidos.

Es así como desde una óptica psicoanalítica iniciamos este recorrido con la pregunta por el niño. Iniciemos con Dolto que en 1986 señala: *“Disciplinas como la sociología, la antropología, la literatura han intentado dar cuenta de lo que ha sido un niño en la historia de la humanidad. Buscando las huellas del ropaje del medioevo, encontramos a un niño disfrazado de adulto donde muestra comportamientos y actitudes de “personas mayores”, es decir el cuerpo del niño está completamente sepultado bajo su ropaje. Parece ser que su cuerpo necesita ser ocultado por una sociedad que quiere ocultar la infancia. La verdad anatómica es juzgada de indigna del hijo de Dios”*.

Podemos ver durante el Siglo XVII el desconocimiento hacia la infancia, la cual no se representaba a través del arte, que es uno de los registros más importantes durante la época, sólo el tamaño los distingue de los adultos, pero en apariencia son lo mismo.

Podemos pensar en una sociedad en que no existía espacio para la infancia. Un claro ejemplo de esta situación es la clásica escena plasmada en una pintura del Evangelio, en la que Jesús dice “Dejad que los niños vengan a mí”, “el miniaturista agrupa alrededor de Jesús a ocho hombres verdaderos, sin ningún rasgo de la infancia, los cuales han sido simplemente reproducidos a tamaño reducido. Sólo su talla los distingue de los adultos” - Ariès, 1987 -.

La palabra del niño era sin sentido, no decía nada. Es así como el término infantilismo se acuñó para señalar a adultos que no crecieron durante el siglo XVI.

De este modo, la palabra del niño no era escuchada, ya que su palabra no denotaba valor alguno para el otro.

Es a partir de finales del siglo XVIII y principios del XIX, que los niños pasan a ser preocupación de entidades tales como la pedagogía y la salud. Observamos la presencia del niño en tanto objeto, objeto del adulto para manipularlo, mimarlo, vestirlo.

A partir del desarrollo de las ciencias, el niño se hace objeto de estudio de la pediatría y la pedagogía. Siendo sus preocupaciones principales, el que no tenga dificultades orgánicas y se desarrolle adecuadamente, así como, que se adapte a las exigencias que se imponen socialmente, desde la pedagogía.

Es Illanes que en 1991 nos señala en relación a la escuela: Allí habitaba la mente y el espíritu; un espacio normativo, con autoridades de puntero, horarios y hábitos; que trabajaba imaginando futuros, en la perspectiva de la sociedad organizada y sedentaria: sobre la silla junto a la mesa. Era el recinto de los niños civilizados, es decir, “conocidos”, normativizados, propios de la patria y de la familia, propios de la sociedad y la ciudad.

Del mismo modo, en la historia podemos observar como ha sido el trato que se ha dado al cuerpo y los movimientos corporales del niño. A través de los diferentes discursos históricos, podemos extraer y caracterizar la posición del cuerpo y el movimiento en la cultura. Cuestión relevante si pensamos en los movimientos corporales que se presentan en un niño y más aún en niños que a partir de esos movimientos son diagnosticados como TDAH.

Levin sostiene que a través de la historia es posible encontrar diferentes ejemplos que dan cuenta de la manera en que los adultos han querido controlar los movimientos infantiles, a través de diversos tipos de recursos.

El fajamiento infantil viene a ser un fiel representante de esta situación. De Mause manifiesta: “Y por su blandura las piernas del niño pueden fácilmente y muy pronto angularse y curvarse y tomar diversas formas. Y por ello los miembros y piernas de los niños se sujetan con vendas y otras trabas ordenadas a fin de que no se tuerzan, ni se deformen.”

Es el cuerpo del niño, donde se utilizan fajas, vendas, con el fin de organizar y esquematizar el cuerpo y sus movimientos. Cuerpo que será el mismo donde el niño se deberá reconocer a partir de la imagen que le otorgará el yo. El lugar del cuerpo a través de la historia del niño da cuenta de la relación estructurante del niño con su cuerpo.

A finales del siglo XIX, podemos observar una preocupación por lo psíquico en el niño, Freud es quien reconoce al niño en tanto sujeto, un ser sexuado. Se le otorga al niño el estatuto de sujeto y en especial, la sexualidad infantil. De esta forma el tema de la sexualidad infantil se convierte en un cuestionamiento a la sexualidad del adulto.

A partir de las observaciones clínicas realizadas por Freud en su trabajo con la histeria, pudo establecer referencias de lo infantil en el adulto. Freud señala que “los síntomas histéricos eran efectos persistentes de traumas psíquicos; particulares condiciones impidieron la elaboración consciente de las masas de afectos que les correspondían, y por eso ellas facilitaron una vía anormal en la inervación corporal”.

Posteriormente, se instaura una nueva dimensión en el psicoanálisis con niños, a partir de los aportes de las psicoanalistas infantiles Françoise Doltó y Maud Mannoni. Estas autoras se toman de los aportes realizados por S. Freud y especialmente por Lacan para otorgarle al niño un estatuto de sujeto, el cual está inserto en el lenguaje, es hablado por otro, sujeto en constitución.

A partir de esto es que el niño, en cuanto sujeto hablante, es considerado como un sujeto que tiene algo que decir y es alejado de la posición de objeto en la que anteriormente era reducido.

Dentro de la teoría psicoanalítica, no es posible encontrar elementos teóricos que den cuenta directamente del TDAH. Sin embargo, podemos remitirnos a los conceptos que desde la teoría dan cuenta acerca de la constitución del niño como sujeto, la relación con los otros y la apropiación de su propio cuerpo. Elementos que son fundamentales y que permiten comprender la manifestación psicomotriz. Además, se incorporarán elementos pertenecientes a la Psicomotricidad. Iniciamos entonces el recorrido con los elementos históricos que dan cuenta acerca de los orígenes de la psicomotricidad.

Aspectos Históricos de la Psicomotricidad

En un principio, señalamos que dentro de los aspectos epistemológicos que dirigen esta investigación, se encuentra la psicomotricidad, como elemento que nos permitirá comprender las manifestaciones motrices de niños que habitualmente son diagnosticados como TDAH.

Al pensar en la hiperactividad motriz, necesariamente nos remite al cuerpo, lugar en que las manifestaciones son representadas, de esta manera la psicomotricidad posibilita entender a que cuerpo nos referimos.

Históricamente, la psicomotricidad ha tenido un recorrido, que según Levin estaría representado por tres cortes que delinean el trabajo clínico. En un primer corte epistemológico, se observan las prácticas reeducativas, relacionadas con una concepción de paralelismo mental- motor. En este momento la influencia de la neuropsiquiatría es fundamental, ya que el trabajo clínico se centra en un trabajo

enmarcado en lo motor, el cuerpo es visto como una herramienta que presenta “fallas” que hay que regular a partir de la reeducación.



En un segundo corte epistemológico, existiría a partir de los aportes de la psicología genética un paso de lo motor al cuerpo. En este momento ya no se trata de reeducación, sino de una terapia psicomotriz, que se ocupa, observa y opera en un cuerpo en movimiento, que se desplaza, que construye realidad, que conoce a través de sus movimientos.

En este momento la preocupación se centra en el cuerpo como globalidad, de esta forma, el cuerpo estaría determinado por tres dimensiones, instrumental, cognitiva y tónico-emocional.

Finalmente, en un tercer corte epistemológico y a partir de los aportes de la teoría psicoanalítica, se efectúa un cambio fundamental, ya que la psicomotricidad ya no

centra su mirada en un cuerpo en movimiento, sino más bien, en un sujeto con su cuerpo en movimiento.

Si bien la psicomotricidad se centra en el cuerpo y sus tres dimensiones, también considera lo inconsciente, de esta forma, a través de la transferencia que se genera en el espacio psicomotor se posibilita el analizar y descifrar, para permitir que se despliegue el sufrimiento que el niño vive en su cuerpo.

La psicomotricidad, por lo tanto, nos permite pensar en el TDAH, como un conflicto que el niño expresa a través de lo psicomotor.

Mito familiar

Dentro de la estructura familiar, el mito se ubica en su interior. Es a partir de las prácticas familiares, actos, lenguaje, ideología, normas, etc. que podemos observarlo, el mito representa un conjunto de significantes dispuestos.

Sobre la estructura del mito, Quevedo nos indica que el mito familiar posee la estructura que subyace a los mitos en general, es decir no se presenta como una historia ordenada, que se traspasa de generación en generación. Por el contrario, siguiendo a Lévi-Strauss, podemos pensar que el mito tiene un orden por detrás de aquello que se nos presenta desordenado, pero en su estructura, el mito tiene ciertos elementos invariables que se van repitiendo, sea en los trozos de mito, así como en las diferencias que las varias producciones míticas reproducen a partir de los mitos originales.

Al pensar en el niño, necesariamente nos estamos refiriendo a su vez al mito que lo precede, el cual se constituye a partir del deseo de los padres por ese niño. La prehistoria permite al niño insertarse previamente en el discurso, discurso familiar que proporciona un lugar.

Para Rodulfo, es importante pensar dónde viven los niños, ya que el lugar al que llega el niño al momento de nacer es también espacio de la cultura, espacio simbólico.

Rodolfo, en relación al mito señala que *“Entendemos por mito familiar, que se puede caracterizar por lo que un niño respira allí donde está colocado; mito familiar entonces homologable en su función al aire, al oxígeno, homología que apunta más a lo isomórfico que a lo meramente análogo. Lo que se respira en un lugar a través de una serie de prácticas cotidianas que incluyen actos, dichos, ideologemas, normas educativas, regulaciones del cuerpo, que forman un conjunto donde esta presente el mito familiar.*

La importancia de comprender el mito familiar, radica en que a partir de el podemos comprender lo qué es un niño, el niño habita en el mito familiar, se encuentra tomado por el mito y es hablado por el, de esta manera podemos pensar en los niños que aparecen en el lenguaje de los padres con el rotulo de TDAH, como una forma de organizar a ese niño. Es decir, la manera en que ciertos significantes representan a un niño. El niño toma los significantes del mito familiar, porque es ahí justamente donde el vive”

Quevedo señala: “Cuando escuchamos en la clínica a un niño y a sus padres vamos a descifrar en sus discursos, trozos de mito. Tal vez la cuestión sea comprender cual es el lugar del niño en ese mito, cómo y desde donde replica en él y de qué modo, puesto que todo niño vive en un mito familiar y en él se escucharán las replicas del fantasma de los padres, que, investidas en el hijo, anticipan y disponen el lugar que ese niño tomará en la economía deseante de la pareja parental”.

El mito familiar ubica al niño en el circuito deseante que le otorga un lugar desde antes de nacer, desde antes de su nacimiento el niño ya existe. Es así como, cuando el pequeño llega al mundo, será necesario ser capturado por Otro -inicialmente representado por la madre -, quien otorgará un lugar, a través de su deseo, de lo que el niño representa. Es así como distinguimos el proceso mediante el cual nace un sujeto.

Si tomamos en cuenta el mito familiar, para poder comprender lo qué es un niño, diremos entonces que un niño es *“el efecto de un mito que se sostiene en el deseo de los padres.”* - Quevedo, 2001 -.

A partir de los desarrollos del psicoanálisis, sabemos que el deseo que los padres depositan en el niño juega un papel primordial en su advenimiento como sujeto.

Cuando hablamos del niño en psicoanálisis, estamos aludiendo a la mitología que lo precede, a un circuito deseante, que se constituye a partir de los padres en relación a ese hijo en particular. Al decir niño, nos estamos refiriendo a una estructura en constitución y que necesariamente requiere de ciertos tiempos lógicos.

Podemos señalar, que la relación del niño con su madre precede incluso el nacimiento, ya que antes del nacimiento del niño, ya existe en el imaginario de la madre, desde antes que el niño nazca, su madre ya imagina el cuerpo de su hijo, imagina un cuerpo sexuado y unificado, además la madre piensa a su hijo como cuerpo en movimiento, como señala Auglanier, “la relación madre-hijo precede al nacimiento del niño, y que desde el embarazo, el niño tendrá un lugar en el inconsciente materno como objeto de deseo” - Quevedo, 2001 -.

De esta manera, la relación que la madre establece con su hijo es a partir de lo que la madre rescata de ese cuerpo real en desarrollo, para convertirlo en un cuerpo imaginado.

Para comprender el advenimiento del sujeto, debemos señalar la existencia de un Otro – en un inicio es la madre -, que a través de una relación que va desde lo simbiótico con el niño hasta su renuncia, le permite otorgar un sentido a su existencia. En este momento, el niño y su madre son uno solo, el niño no distingue su propio cuerpo, ni interno, ni externo, de esta forma, para el niño todo es madre.

El niño que nace será parte del mito familiar que ahí se encuentra, y este le otorgará una cierta posición a ese niño, es decir, el que nace queda significado a una cierta posición. Al respecto, Rodulfo articula la pregunta de para qué es deseado un niño, señalando que son tres las posibles posiciones que se le pueden otorgar al niño, no como una

clasificación, ya que suelen coexistir con distintas prevalencias. De esta manera, señala que el niño puede situarse en el lugar de falo, de síntoma o de fantasma.

Rodulfo refiere que la más clásica para el psicoanálisis es la del niño como falo, a la cual añadimos la del niño como síntoma, que a partir de la década del 1960 se popularizó de modo un tanto unilateral, emergente de un conflicto cuyo centro se encuentra en el lado de los padres. Por último, menos conocida, la del niño como fantasma, es quizá la de más riesgo para el sujeto, ya que lo conduce a perpetuarse en un puro objeto de goce para el Otro - mito familiar y/o discurso de los padres.

Es Lacan quien señala que *“el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático de la estructura familiar. En este sentido el síntoma estará representando la verdad, verdad de la cual no se quiere saber, de dicha estructura familiar”*. De esta manera, la sintomatología presente en el niño vendría a mostrar la problemática existente en la estructura familiar, problemática que se manifiesta a través del niño.

En relación a la falización temprana, podemos señalar, que el ser falizado implica el medio a través del cual el niño se desarrollara como sujeto, su apropiación simbólica, su estructuración subjetiva. El ser falizado, implica necesariamente para el niño, ser incorporado a un circuito de deseo. “falización implica, nada menos, que un niño quede marcado como ser deseado. Llamamos falización exactamente a esta marca, marca que retorna en esas expresiones donde se habla tan eróticamente de un bebé - Rodulfo -.

Podemos entender que el ser falizado para el niño es un medio esencial para su desarrollo como sujeto, para su apropiación simbólica, para su estructuración subjetiva. Sin la falización, es muy improbable que un individuo llegue a poseer un cuerpo erógeno, marcado por el deseo. Entendemos que no basta necesariamente con las atenciones del orden biológico, ya que libidinalmente, lo que el niño necesita es ser marcado por un Otro.

Para que el niño alcance el estatuto de sujeto deseante, es necesaria la inclusión de otro que desee. Como dijimos anteriormente, la cría llega al mundo y necesita ser sostenida



por otros. Guillerault señala que la madre es quien otorga respuestas a la necesidad manifestada por el niño a través de llanto o movimientos, dando un significado a estos, al responder

otorga al niño satisfacción que transforma la necesidad en deseo.

En el deseo de aquello que recibió, la gratificación de la madre o sus palabras. A partir de esto surge el deseo, como una demanda dirigida a otro. El deseo, por lo tanto, implica una falta y un movimiento hacia el encuentro de ese otro que lo haga desear.

El Cuerpo y el Otro

Dentro del campo de la psicomotricidad, se sostiene que la organización psicomotriz y sus fallas se vinculan estrechamente con la manera en que cada sujeto ha tramitado su propia constitución de la imagen del cuerpo y la apropiación de este, de aquí podemos comprender las dificultades de algunos niños y su motricidad.

El pensar en niños que habitualmente a partir de su comportamiento “demasiado” inquieto, son diagnosticados con TDAH, nos remite necesariamente a las conceptualizaciones relacionadas a la estructuración del sujeto. De esta forma se hace preciso plantear de qué manera el niño llega a adquirir su cuerpo como propio.

A partir de los planteamientos de Levin, podemos señalar que en relación a cómo el niño finalmente adquiere el dominio de la motilidad de su propio cuerpo, se encontrará siempre ligado al campo de lo especular, la imagen del cuerpo y la relación con el Otro.

Una vez que el bebé nace, sabemos que el cuerpo no se encuentra constituido, por el contrario, él mismo debe constituirse. Este movimiento, requiere de Otro – esto es, la madre como función –, ya que la cría por si sola se encuentra inmadura y sin otro no se podrá constituir como cuerpo subjetivado.

La madre, será quien brinde al niño los cuidados, pero además es quien desea y estimula, es decir, la madre realiza una demanda al niño. Por ello, Levin sostiene que “Esta demanda del Otro rompe el estado de necesidad con el que nace el niño - pasaje del cuerpo de la necesidad al cuerpo pulsional -.

De esta forma, podemos entender que, para el niño, el cuerpo es presentado por Otro, la posibilidad de que el niño pueda conocer su propio cuerpo no depende de él ya que para conocer y conocerse, depende de Otro.

En relación a este encuentro del niño y la madre Levin explica que “Es el Otro que va creando en ese cuerpo cosa: agujeros, bordes, protuberancias, tatuando de este modo un mapa corporal producto del deseo del Otro, que lo erogeniza, lo pulsionaliza, es decir, crea en el cuerpo una falta, una manera, una forma de faltarle algo. Estas faltas primordiales generan la caída de este cuerpo cosa, carne, puro real, que al caerse se reencuentra sujeto al Otro. Estas marcas, estas maneras de faltarle algo en el cuerpo, lo transforman en un cuerpo erógeno y simbólico.”

Para posibilitar que el niño distinga y diferencie el yo, no yo, será necesario un proceso a través del cual asumirá una imagen presentada como suya.

El Estadio del Espejo

A partir del modelo del estadio del espejo, podemos observar una situación diádica entre el niño y su madre y la manera en que el niño efectuará el paso de poder asumir una imagen presentada como propia.

Desde la psicomotricidad se sostiene que es aquí en donde se producirían las fallas que dan como resultado el trastorno psicomotriz, es decir, las fallas en el proceso de apropiación del niño de su propia imagen corporal, el paso de ser uno con la madre a efectuar un corte que delimite su espacio como sujeto.

El estadio del espejo involucra una situación diádica entre el niño y su madre, en donde el niño descubre su yo reflejado en la madre, de esta forma el niño se identifica con el deseo de su madre. Esta relación imaginaria, conlleva al niño a pensar que será él quien podrá colmar el deseo materno, sin embargo, a través de la incorporación del padre este imaginario será roto, quien muestra al niño que la madre desea algo que va más allá de él mismo, la madre desea algo más que ese hijo, se rompe así la relación que hasta ese momento se establece entre madre e hijo, relación dual, confusa, alienante, para dar paso al orden simbólico.

El estadio del espejo es definido por Laplanche: “....Según J. Lacan, fase de la constitución del ser humano, situada entre los 6 y 18 primeros meses; el niño, todavía en un estado de impotencia e incoordinación motriz, anticipa imaginariamente la aprehensión y dominio de su unidad corporal. Esta unificación imaginaria se efectúa por identificación con la imagen semejante como forma total; se ilustra y se actualiza por la experiencia concreta en que el niño percibe su propia imagen en un espejo. La fase del espejo constituirá la matriz y el esbozo de lo que será el yo.”

A partir de la relación que el niño establece con la madre durante el espejo, se produce la formación del Yo mediante la identificación. A partir de la identificación con la propia imagen especular se establece la formación del yo. El espejo es lo que permite al sujeto la integración motriz por el sujeto de su propio cuerpo.

Lacan señala que el estadio se ubica alrededor de los seis a los dieciocho meses, y es este un momento fundante mediante el cual el niño tendrá la posibilidad de ser uno, pudiendo así diferenciarse de los otros.

Para Lacan, el estadio del espejo es el encuentro del sujeto con lo que es propiamente una realidad, y al mismo tiempo no lo es, a saber, una imagen virtual que desempeña un papel decisivo en cierta cristalización del sujeto (...) la imagen del cuerpo se conquista como algo que a la vez existe y no existe, con respecto a lo cual el niño sitúa tanto sus propios movimientos como la imagen de quienes lo acompañan frente al espejo. El privilegio de esta experiencia es que le ofrece al sujeto una realidad virtual, irrealizada, captada en cuanto tal, por conquistar. Toda posibilidad para la realidad humana de constituirse pasa literalmente por ahí.

El estadio del espejo nos habla de una forma de captura imaginaria del niño por una imagen externa a él, a pesar de su inmadurez sensorio-motriz propia de su edad cronológica. De esta manera la imagen especular recibida le provee una forma de su propio cuerpo, así, el niño se identifica a esta imagen que se encuentra fuera de él, dando paso así a un nuevo dominio del cuerpo.

A través del estadio del espejo, se establece una experiencia fundamental, el niño se identifica en la imagen de su propio cuerpo, siendo esta identificación la que promoverá la estructuración de su yo.

Dolto señala que una característica importante dentro de la experiencia especular se refiere al aspecto relacional de ella. A través de imágenes, fantasmas anticipatorios, el niño puede suplir provisionalmente la ausencia del otro, que es indispensable para su supervivencia.

También Dolto señala que “si la falta de este otro se prolonga por un tiempo excesivo hay obligatoriamente esbozo de regresión, sólo observable entonces en una exagerada somnolencia del bebé. Si se trata de una regresión traumática, surgen en la imaginación

del niño pulsiones disociadas de todo fantasma de imágenes de funcionamiento. Entonces comienzan a predominar las pulsiones de muerte del sujeto”.

Para la conformación del pre-Yo del niño, Dolto articula que se originará a partir de la dialéctica de la presencia-ausencia que el niño establece con su madre, “dentro del continuo asegurador de una percepción progresivamente asociada a la presencia prometida, esperada y reencontrada, en el seno del medio espacial y temporal del ser en el mundo, y por la memorización del lenguaje”.

De esta forma, el niño que oye se conocerá a si mismo a partir de quien le habla, a partir de las palabras dirigidas y oídas por él una y otra vez. “Ese reencuentro lo personaliza, representado como está, auditivamente, por los fonemas de su nombre pronunciado por esta voz, por estas percepciones que él reconoce y que constituyen la especificidad de esa persona –seguimos con la madre- repetitivamente reencontrada.” - F. Dolto-.

La experiencia del espejo otorga al niño la posibilidad de ver la apariencia de otro desconocido, la imagen de un bebé como el sujeto ha podido ver otras en el espacio y que él ignora como propia.

Dolto refiere que “la imagen escópica cobra sentido de experiencia viva tan sólo por la presencia, al lado del niño, de una persona con la cual su imagen del cuerpo y su esquema corporal se reconocen, al mismo tiempo que él reconoce a esta persona en la superficie plana de la imagen escópica: ve el niño desdoblado en el espejo lo que él percibe de ella a su lado, y puede entonces avalar la imagen escópica como la suya propia, pues esta imagen le muestra, al lado de la suya, la del otro”.

El estadio del espejo es para el niño según Dolto lo que permitirá al sujeto la integración motriz por el sujeto de su propio cuerpo.

Es la madre quien funciona para el niño como un primer espejo, porque ella también se reconoce en el cuerpo y los movimientos del niño, de esta forma, el niño cumple la

función de espejo para su madre y ya que la madre se reconoce en el niño, será posible que él se reconozca y se apropie de su cuerpo a través de ella. El cuerpo cumple así una posición de referente y diferencia.

La situación del juego de doble espejo es denominada por Levin “el niño funciona como espejo para su madre; y la madre, al reconocerse en el cuerpo de su hijo, funciona como espejo para su hijo”.

Además, sostiene que una característica importante del doble espejo como imagen virtual, es que la madre se constituye como una imagen en falta, imagen agujereada. De



esta forma la imagen de la madre otorga al niño unidad, pero no completud.

Dolto articula que cuando el niño se identifica al otro da un paso, adquiriendo conciencia de si mismo y por tanto la

apropiación de su cuerpo. Observamos que a partir de la mediación del Otro se instituye la imagen del cuerpo con la que se identifica el infans y se conforma el yo. Entendemos que la imagen inconsciente del cuerpo no se desarrolla, es constituyente, se estructura. Así como el esquema corporal se desarrolla sobre la base de esa imagen funcionando como representación.

Al hablar del cuerpo, necesariamente debemos hacer la distinción de lo que se denomina esquema corporal e imagen del cuerpo. Así Dolto señala que “el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: esta ligada al sujeto y a su historia. La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales.

El niño conoce a través de su cuerpo, y sin el no existe inscripción ni conocimiento significativo que sea posible. Levin dice que “el saber del Otro se estructura en la infancia jugando con el cuerpo. El jugar se sustenta en una falta de saber: es por y en ese agujero de saber que el niño juega y fabrica su desarrollo psicomotor”.

Finalmente, podemos observar que frente a la experiencia del espejo el niño hará un pasaje por tres tiempos, es decir, en un primer tiempo el niño percibe su propia imagen como imagen de otro niño, su semejante, un ser real, imagen a la cual intentará acceder y atrapar. En un segundo tiempo el niño se da cuenta que esta imagen no corresponde a un ser real, sino que el del espejo es una imagen y desistirá en atraparlo. Finalmente, en el tercer tiempo, el niño descubre que esa imagen en el espejo es su propia imagen, unificando la dispersión corporal a partir de la representación unificante de su imagen del cuerpo. De esta forma, el niño genera un espacio y un cuerpo diferente al materno, a través del movimiento, el niño pasa de ser uno con la madre, a poder distanciarse de ella, del mismo modo ocurrirá en la madre.

Se produce un transito que va desde lo alienante hacia la separación y la diferenciación. Pernicone apunta que a partir del momento en que el niño logra salir de la relación especular con la madre, logra además el dominio motriz y el manejo de su cuerpo adquirido ahora como propio y diferenciado, produciéndose en él una tensión agresiva, que será la que permitirá la separación de la relación simbiótica con la madre. A nivel

corporal se relaciona con actividades como la exploración del mundo más allá de ella, de esta forma el niño emplea gran cantidad de energía destinada al placer de su cuerpo recorriendo, saltando y trepando a través del espacio, efectuando un movimiento de alejamiento de la madre.

A partir del movimiento que lleva al niño a salir de la relación de alineación con el Otro, diferenciándose. El niño pasa de una relación alienante que sin su existencia no podría haber devenido como sujeto.

Es durante esta transición, de ser uno con la madre, a soportar su ausencia que el niño recurre a un determinado juego, movimiento que origina el primer espacio fuera del cuerpo de la madre, el juego del Fort-da. Freud indica que “el niño tenía un carrete de madera atado a una cuerdecita y no se le ocurrió jamás llevarlo arrastrando por el suelo, esto es, jugar al coche, sino que, teniéndolo sujeto por el extremo de la cuerda, lo arrojaba con gran habilidad por encima de la barandilla de la cuna, forrada de tela, haciéndolo desaparecer detrás de la misma. Lanzaba entonces su significativo o-o-o-o, y tiraba luego la cuerda hasta sacar el carrete de la cuna, saludando su reaparición con un alegre “aquí”. Este era, pues, el juego completo: desaparición y reaparición, juego del cual no se llevaba casi nunca a cabo más que la primera parte, la cual era incansablemente repetida por si sola, a pesar de que el mayor placer estaba indudablemente ligado al segundo acto”.

Una posibilidad que introduce el juego del Fort-da, es incluir en este encuentro entre dos a un tercero, un más allá, ya que entre dos hay un tercero que circula, el padre, y será eso lo que el niño advierte con el juego del carretel. El juego del Fort-da, permite al niño pasar de un dominio imaginario del cuerpo a ejercer sobre el, un dominio simbólico.

En referencia al Fort-da, Levin Mantiene que el “Juego primordial, conquista simbólica que marca el cuerpo del niño, posibilitando representar la ausencia en la presencia y la presencia en la ausencia”.

En este sentido, podemos observar como el cuerpo del niño paulatinamente comienza a separarse del cuerpo materno, llegando a la autonomía de su cuerpo, dejando atrás la relación alienante y fusional que hasta ese momento existía junto a su madre.

La importancia para nuestro tema radica en comprender de qué manera el niño efectuará el paso de ser uno con la madre a finalmente poder separarse del cuerpo materno, lo que implica de parte del niño, el poder apropiarse de su propio cuerpo y sus movimientos.

La inestabilidad psicomotriz

Ajuriaguerra consideró que los Trastornos Psicomotores no necesariamente tienen un origen orgánico, sin embargo, no excluye la posibilidad. De esta forma, para el autor la hipótesis orgánica tenía el mismo valor que la hipótesis relacional- ambiental como factor causal.

Bajo una mirada psicomotriz, el origen del trastorno psicomotor se encontraría dentro de un área que comprende diferentes problemáticas, entendidas como fallas en el proceso de inicio y constitución del proceso de individuación.

Dentro del trastorno psicomotor, se observa la inestabilidad psicomotriz, donde podemos encontrar características similares a las de los niños diagnosticados con TDAH, es decir, discontinuidad en los juegos, dificultad en inhibir los movimientos tornándose difícil la posibilidad de mantenerse tranquilos.

Para Bergès, la inestabilidad psicomotriz es posible de distinguir en dos grupos; los llamados estados de tensión y los estados de dehiscencia, destacando dos aspectos:

motor y postural. De esta forma, los estados de tensión corresponden a niños que presentan una gran tensión, contracción muscular, impulsividad. Los estados de dehiscencia serían lo opuesto a lo anterior, es decir, son niños hipotónicos, corporalmente flexibles. En ambos casos lo que intenta el niño es por algún medio generar su espacio, construir un cuerpo, de manera inestable, a través de movimientos desorganizados, lo que finalmente termina por ligarlos a una situación sin corte.

Desde la psicomotricidad, podemos comprender el TDAH, como inestabilidad psicomotriz. De esta manera la perturbación expresada en inestabilidad se encuentra a la vista de los otros, el cuerpo y sus movimientos corporales son visibles para la mirada de los padres.

El niño con TDAH da a ver a través de su cuerpo algo que está ahí para ser mirado, para transformarse en preocupación para otros, situación que los ubica en un lugar diferente, son niños diferentes al resto y son tratados a partir de la diferencia. Por ejemplo, se les excluye de ciertas actividades escolares por su inquietud.

Levin mantiene que “El síntoma psicomotor, entonces, se ubica de manera tal que está a la vista del Otro, y allí el Otro goza mirando y manipulando este cuerpo”. De esta forma, en el niño lo que se encuentra desorganizado es la imagen corporal, que al no estar mediada por un tercero se encuentra sujeta al Otro; al niño se le presenta un cuerpo y se le otorga, pero continúa necesitando de otro para moverse, o el otro necesita de sí. Así, el síntoma psicomotor es la manera que tiene el niño de separarse, la perturbación psicomotriz no permite al niño apropiarse de su propio cuerpo, continuando unido a una relación que se establece a través de la mirada, en tanto cuerpo y movimiento dado a ver.

Levin apunta que “así el niño no termina de apropiarse de él, y al no poder delimitar claramente un espacio simbólico, de separación, queda unido al Otro – encarnado en la madre - por las actitudes, las posturas, los movimientos corporales, las producciones

del cuerpo que son dados a ver en el campo del goce, de la ausencia de lo propio, de la unión gozosa con el Otro.

Comprendemos que lo que existe es una falla durante la operación del Fort-da, juego



primordial, es decir una falla en poder delimitar un espacio simbólico. Levin nos indica que “es el descubrimiento de la castración en la madre lo que introduce a otro personaje: el padre,

con su posibilidad de nominar, de ordenar. Es esta introducción del padre, esta primacía del decir paterno lo que falla y delinea esta estructura que subyace y determina el síntoma psicomotor”.

En palabras de Bergès, podemos sostener que el síntoma del niño inestable psicomotor se manifiesta en el cuerpo y se da a ver a la mirada del otro, el síntoma busca el corte, pero lo evita a la vez, uniéndolo al otro por la mirada que insiste allí una y otra vez.

Lo que el movimiento, a los ojos del resto viene a constituir una molestia por parte del niño, no es otra cosa más que el intento por parte de él de poder establecer un espacio, su propio espacio, su cuerpo, mediante la inestabilidad corporal se intenta establecer un corte, sin embargo, esto solo posibilita seguir cerrando la posibilidad de su constitución como sujeto.

Seguimos con las aportaciones de Levin: “estos rasgos, estos problemas tónicos, motrices, posturales, relativos al esquema y la imagen corporal en el niño inestable son

dados a ver a la mirada del Otro. Su agresión, su discontinuidad y necesidad de movimiento son dados a ver al Otro - cuerpo materno- del cual no puede separarse, generándose en él una posición dada a ver, para que no aparezca su posición en tanto sujeto deseante, dependiendo así del Otro”.

Esta dependencia que Levin señala es claramente observada en la relación que el niño inestable establece con el Otro, será él quien anticipa los movimientos del niño, teniendo bajo su control lo que puede decir o hacer.

Levin mantiene que “desde el Otro encarnado en la madre, este niño ocupa un lugar de “objeto”, con el cual se goza, objeto revoltoso y movedizo que hay que mirar constantemente. Así queda expresado en el decir de los padres: “mi hijo no puede estar solo porque siempre se está moviendo y se puede hacer daño”, o “siempre tiene que estar con alguien”, “no tiene límites”, “no se queda nunca quieto”.

El niño, en esta situación se encuentra ligado al Otro a través de la mirada, se evita la diferencia, el niño es tomado por el Otro, se evita la apropiación del cuerpo, de esta forma no se da paso a que el niño pueda crear un espacio y un cuerpo diferente al resto. El niño en su intento busca un lugar, siendo inestable, intentando marcar la diferencia a través del movimiento, defendiéndose a través del movimiento. En relación a esto Bergès señala “La inestabilidad viene a constituir el síntoma, el compromiso entre este estado de tensión y la vida fantasmática”.

Las producciones del cuerpo, ya sea por su exceso o por la imposibilidad de organizar el movimiento, suponen un retorno de la mirada y del hacer del otro sobre su cuerpo. De esta manera se establece una dialéctica entre el niño y la madre, los movimientos y su inestabilidad lo ligan a su madre continuamente, poniendo en juego la separación, es decir, la no separación, la mirada de la madre y el hacer de su madre puestos en su cuerpo.

Es así como el niño al no poder terminar de apropiarse de él y no poder delimitar un espacio simbólico, una separación, queda unido al Otro, a través de las posturas y los movimientos que son dados a ver.

Así Bergès nos indica que “el niño es tomado en el control remoto de la madre y si se le retira la mirada, el deseo inconsciente de la madre se realiza y el niño hace una tontería. No se puede retirar los ojos ¿Pero ustedes conocen algo que no pueda retirar los ojos? Si no el deseo más duro. Si no son escuchados, es la motricidad la que viene para remplazar las palabras, que nunca ha escuchado: es lo que se llama el pasaje al acto. El pasaje al acto, no quiere decir que paso a la acción, quiere decir que paso del lenguaje que no puede utilizar a la acción (...) En esa palabra de pasaje, es preciso que ustedes escuchen, he pasado por ahí porque no podía pasar por otro lado. Es porque estoy privado de la palabra -porque no se me escucha - que paso al acto.

Lo que tenemos en frente es un síntoma psicomotor que expresado en el cuerpo impide el proceso de subjetivización en el niño, impide el corte. Corte que delimite espacio, separe y marque una deferencia con la madre. Se produce un impedimento en la constitución de ese cuerpo, de esta forma, en sus actos el niño se muestra torpe. Una de las consecuencias que podemos observar a nivel psíquico en el niño, es su desmotivación, lo que comúnmente se denomina déficit, déficit en el pensamiento, déficit en la atención.

Consideramos así que lo que en el niño hiperkinético se presenta en desconocimiento se relaciona precisamente con el hecho de estar aún en el Otro y no en si mismo, situación que deriva en que el niño aún no sea capaz de pensamiento abstracto. Untoiglich refiere “Aprender no es sólo incorporar conocimientos, sino que está ligado al deseo de conocer, deseo que es introducido por un Otro que habilita a que la actividad del pensar sea lícita”.

Para Bergès, el déficit en estos niños no radica en la falta de atención o en algún tipo de disfunción cerebral, sino más bien, el déficit lo podemos ubicar en el espacio del decir, son niños que no pueden hablar, no pueden decir y el adulto por su parte lo que hace es traducir lo que el niño hace perpetuando esta dinámica en que no es oído por los otros. Bergès mantiene “entonces, ¿se puede concluir que hay un déficit de pensamiento? Si su anticipación se encuentra bloqueada en la relación con el ambiente, con la madre o aquella que la reemplaza, si esta anticipación se encuentra bloqueada, como interpretar la precipitación de los hiperkinéticos, su apresuramiento por terminar antes de haber comenzado, la necesidad de repetir las cosas sin detenerse, si no porque lo que esta comprometido, es el ultimo minuto, el ultimo momento es decir la muerte”.

Si es el adulto quien otorga sentido a los movimientos del niño, es el adulto quien atribuye una explicación a la causa de su hiperkinesia, es así como mientras el adulto explica los movimientos, el niño se encuentra más imposibilitado de hablar, siendo hablado por otros.

Es así mismo como podemos observar en el tratamiento del TDAH que esta misma escena se repite, del mismo modo en que los padres dan sentido a la acción de los niños, podemos ver que en el abordaje que se otorga a este trastorno también se da un sentido a las manifestaciones presentes en el niño por parte de los especialistas.

Causas biológicas, neurológicas no observables, hereditarias, fallas en lo orgánico, explicaciones que dan cuenta del origen de la manifestación. Así Bergès señala que “Cuando un médico da Ritalín, intenta dar el sentido del mismo modo que el Ritalín lo volvería inteligente.”

Bergès y Balbo en su trabajo en torno al transactivismo de la madre hacia el hijo, nos permite comprender de mejor manera lo anterior; según el autor en el transactivismo la madre demanda al niño que se identifique con el discurso que le dirige, pero este se funda en la negación del desconocimiento que le es propio sobre la vivencia del niño.

Así, podemos observar durante la infancia situaciones en que niño y madre transitan, por ejemplo, una madre al ver a su hijo caer y este no dice nada, la madre no vacila en señalar su afecto de dolor, demostrado a través de la palabra. Lo que esa madre realiza ahí, es mostrar a ese hijo una certidumbre y porque su efecto se sostiene de un real, su hijo lo verifica a partir de lo que ella dice.

Podemos observar que según lo que Bergès y Balbo articulan, el transativismo no es sólo lo que la madre experimenta y demuestra a su hijo, sino además se pone en juego por parte de la madre una hipótesis de saber en relación a él, hipótesis dirigida como demanda, en donde la madre espera que su hijo se identifique con el discurso que ella le dirige.

El transativismo se origina a partir de la hipótesis que la madre crea, sosteniendo que el niño requiere que sea ella quien lea el saber que en él se encuentra, saber con el cual él podrá identificarse a partir de esa lectura, permitiéndole tomar una posesión simbólica.

Así, Bergès y Balbo dicen que la actividad del niño es la puesta en acto de la hipótesis de un saber que su madre le supone, y está libidinizada en la medida en que se anuda al deseo de ella que la reactiva sin cesar. De modo que hay motivos para preguntarse si la hiperkinesia no puede aparecer como una reactivación imposible por el lado del niño ante la ausencia del deseo en la madre; ausencia que puede llegar incluso a un interdicto reiterado al que el niño responde entonces con una inestabilidad”.

La riqueza de esta exposición radica en poder comprender a partir de los aportes de Bergès y la psicomotricidad, de otra manera lo que hasta este momento se entiende por TDAH desde una mirada orgánica y del mismo modo incorporar una mirada crítica a partir de lo que desde este enfoque se plantea en relación a la situación actual del TDAH, haciendo desaparecer al sujeto que está detrás del síntoma.

Relaciones familiares

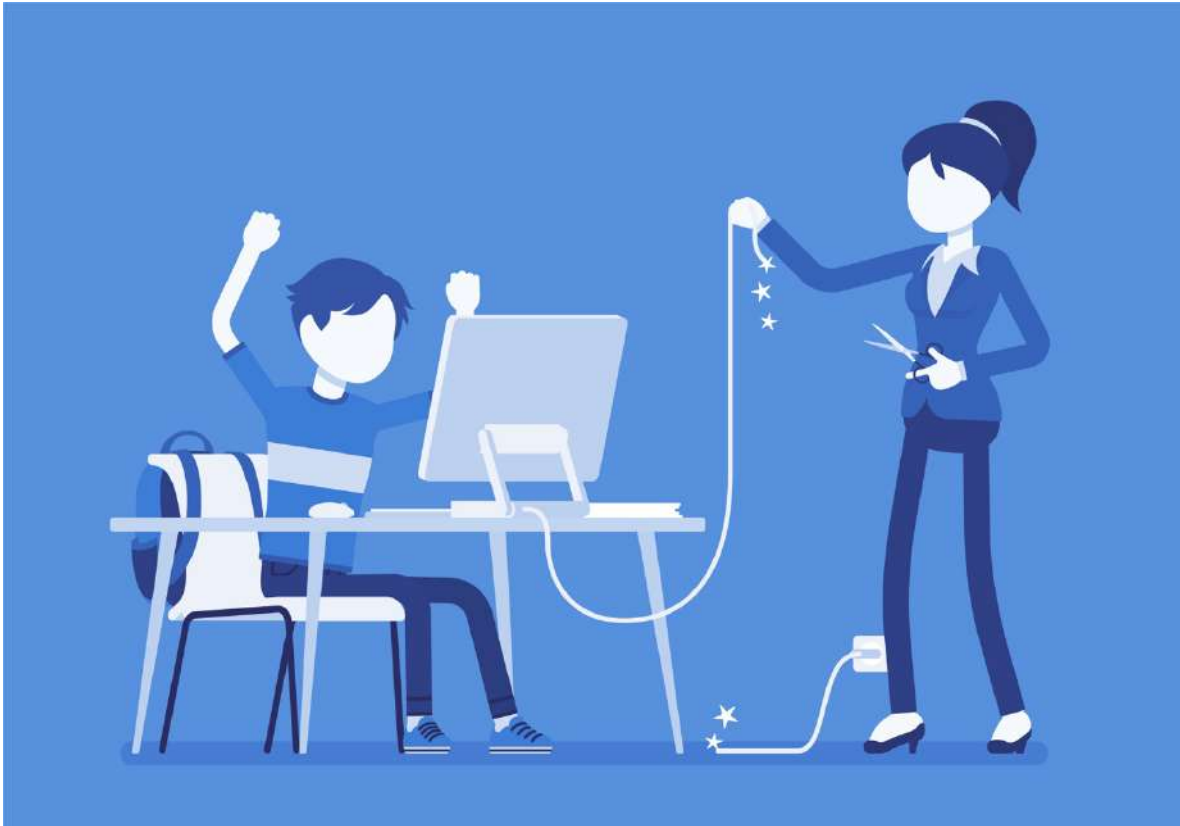
Habitualmente, los terapeutas infantiles sostienen que desde su punto de vista no es posible efectuar una generalización acerca de las relaciones familiares de estos niños y sus padres. En cambio, sí sostienen que desde su experiencia existen ciertos elementos que dan cuenta de la manera en que el niño se relaciona con sus padres, así como de ciertas características presentes en las familias.

En ningún caso la intención que tenemos es generalizar estas características a todos los niños diagnosticados con TDAH, sino más bien, dar cuenta de las cuestiones que se pueden observar por los terapeutas a partir de su experiencia clínica.

De esta forma, podemos distinguir el tipo de relación que se puede observar como terapeuta, haciendo alusión a la manera en que estos niños y sus padres se vinculan y a las características familiares de niños diagnosticados con TDAH, sosteniéndose que una característica observada al interior de estas familias es la falta de un ordenamiento o límite hacia estos niños.

Desde el discurso de los terapeutas infantiles, es posible señalar que los niños diagnosticados con TDAH presentan una relación con sus padres que no les permite asumir su independencia en el mundo. Hay dificultades del niño de pasar como de una relación con la espacialidad que tiene que ver con una presencia, una marca del cuerpo materno, porque no son solo niños que están apegados concretamente a la madre, si no que hay dificultades para establecer sus propias hipótesis, sus propias reflexiones.

También hay niños que han sido sobreprotegidos, en el sentido que hay una mirada más permanente de la madre o de los padres hacia él y que en algún momento dado se han sentido sin esa mirada.



Igualmente, podemos decir que hay momentos en los cuales no ha habido suficiente simbolización, palabra o acompañamiento de los padres tal vez en relación a este nuevo replanteamiento de ser independiente en el mundo, una consciencia de ser un sujeto, de pedir ciertas cosas que le competen a él, como la individualización, pero no parece que haya hitos muy marcados.

Si pensamos en el tema de la maduración, tal vez haya algo de lo materno ahí o a esas primeras personas como de contención que tal vez no están, tal vez en la simbolización tal vez no se ha logrado completamente, porque también hay un punto en la simbolización.

Podemos advertir que una de las características generales de los niños que son catalogados con este diagnóstico, son niños que tienen dificultades en el establecimiento de lazos con los padres, porque no tienen tiempo.

Una característica observada a nivel familiares la falta de ordenamiento, desde asuntos que tienen que ver con el funcionamiento del hogar hasta situaciones como normas y límites en relación al niño poco claras. Hay familias o un ordenamiento al interior de la familia o de lo doméstico de la casa como caótico, como falta de los límites que tiene que ver con el referente a la contención, hay una falta de orden; nos podemos encontrar con niños que tienen que recordar a la madre muchas cosas; y entonces, se empieza a producir una cierta pérdida de la jerarquización.

Es importante indicar que están permanentemente en un ambiente en que finalmente no se tiene muy claro el límite, la norma, que tiene que ver con un cierto apaciguamiento, una protección. Los padres tienen dificultad para transmitir la autoridad, la ley, un cierto orden, ciertas estructuras que permitan al niño comprender que hay momentos para hacer y momentos para detenerse, etc; son niños que en general están pidiendo a gritos una autoridad paterna que los escuche, que se haga cargo de esas inquietudes que posiblemente tengan a propósito de temas transversales de la infancia del ser humano como son, por ejemplo, la muerte.

Dentro de las características que podemos observar como terapeutas es que, en el interior de las familias de niños diagnosticados con TDAH, se distinguen las que dan cuenta del tipo de relación que el niño y sus padres establecen, siendo de manera general una relación que no permite en algunos casos por sobreprotección de parte de los padres la independencia por parte del niño. Del mismo modo, los terapeutas podemos considerar que en el interior de estas familias se observa un cierto desorden, del mismo modo que el niño presenta movimientos desorganizados, la familia se encuentra en una desorganización que se observa en actividades cotidianas del hogar, así como en las normas y límites difusos hacia el niño.

Bibliografía

- Ajuriaguerra, J. Manual de psiquiatría infantil. Masson, Paris 1974.
- American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV. Masson, Barcelona 1994
- Ariès, P. El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. Taurus, Madrid 1987.
- Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y salud Mental. Classification Française des Troubles Mentaux de l'Adolescent CFTMEA- R- 2000 Clasificación Francesa de los Trastornos mentales del niño y del Adolescente. Polemos, Buenos Aires 2004
- Barkley, R. Niños hiperactivos. Paidós, Barcelona 1995.
- Barkley, R. A. Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales: guía completa del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH. Paidós, Barcelona 2002.
- Bauermeister, J. El Déficit de Atención y las Funciones Ejecutivas. 15/01/2007 <http://www.deficitdeatencion.org/deficita.htm>
- Bergès, J. Cuadernos de terapia psicomotriz, N° 1. Numero especial de la Sociedad de Terapia Psicomotriz. Buenos Aires 1974
- Bergès, J. Los trastornos psicomotores del niño. En S. Lebovici, Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente, tomo IV. Biblioteca Nueva, Madrid 1990.
- Bergés, J., Balbo, G. Sobre el transativismo. El juego de los lugares de la madre y el niño. Nueva Visión, Buenos Aires 1998.
- Bergès, J. Cognoscitivo y teorías sexuales infantiles. La cultura de los superdotados. Periódico francés de Psiquiatría n° 18. 2005
- Calderón, C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: programa de tratamiento cognitivo-conductual. Tesis doctoral, Universidad de Facultad de Psicología, Barcelona 2003.

- Chemama, R. Diccionario del Psicoanálisis. Diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas actuales del psicoanálisis. Amorrortu, Buenos Aires 1995.
- Chokler, M. Atención temprana en la prevención del síndrome de hiperactividad y de los trastornos atencionales. Revista La Hamaca, Cuerpo, espacio, identidad, nº12, 2002.
- De la Barra, F. Toledo, V y Rodríguez, J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. Revista Chilena neuro- psiquiatría 42, 2004.
- De Mause, L. Historia de la infancia. Alianza Universidad, Madrid 1991.
- Dolto, F. La imagen Inconsciente del Cuerpo. Paidós, Barcelona 1984.
- Dolto, F. La Causa de los Niños. Paidós, Barcelona 1986.
- Duveger, M. Método de las Ciencias Sociales. Ariel, Barcelona 1972.
- Freud, S. Obras Completas. Biblioteca Nueva, Madrid 1972
- Gil, J. Análisis de datos cualitativos. Aplicación a la investigación educativa. PPU, Barcelona 1994.
- Green, C. El niño muy movido o despistado. Medici, Australia 1994
- Guillerault, G. Dolto, Lacan y el estadio del espejo. Nueva Visión, Buenos Aires 2005
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México 2003
- Janin, B. Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Novedades Educativas 2004.
- Jerusalinsky, A. y cols. Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil. Una clínica transdisciplinaria. Nueva Visión, Buenos Aires 2000

- Lacan, J. Seminario 5. Las formaciones del inconsciente. Paidós, Barcelona 1999.
- Laplanche, J. Diccionario de Psicoanálisis. Paidós, Barcelona 1991.
- Levín, E. La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje. Nueva Visión, Buenos Aires 1991.
- Levín, E. La infancia en escena. Constitución del sujeto y desarrollo psicomotor. Nueva Visión, Buenos Aires 1995
- Levín, E. ¿Hacia una infancia virtual? La imagen corporal sin cuerpo. Nueva Visión, Buenos Aires 2006.
- Menéndez, I. Trastorno por déficit atencional con hiperactividad: clínica y diagnóstico. Revista de psiquiatría y psicología del niño y el adolescente, 2001
- Quevedo, M. El Niño en el Discurso Psicoanalítico: Una Contribución para la Comprensión de la Clínica Psicoanalítica con Niños en el Marco de la Neurosis, Psicosis y Autismo Infantil. Psicología Clínica, Universidad Diego Portales. Santiago de Chile 2001.
- Quivy, C. Manual de Investigación en Ciencias Sociales. Limusa. México 2004.
- Rodulfo, M. El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia.
- Rodulfo, R. El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana. Paidós, Buenos Aires 1989.
- Sami-Ali, M. El cuerpo, el espacio y el tiempo. Amorrortu, Buenos Aires 1990
- Taylor, E. Síndrome de déficit atencional e hiperactividad Psicología infantil y adolescente. Aproximaciones modernas. Oxford. 1994
- Untoiglich, G. Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida. Inteligencia, un debate sobre la complejidad. Documento sobre ADD/ADHA. Novedades Educativas, Buenos Aires 2005.

Cuestiones

1. Qué enfoque psicológico tiene la terapia conductual acerca del TDAH.
2. Acerca de la hiperactividad e impulsividad qué tres subtipos se distinguen en el DSM-IV.
3. Aporta el criterio para el psicodiagnóstico del trastorno hiperactivo de la Atención.
4. Indica algunos referentes de la descripción clínica del trastorno.
5. Señala algunas aportaciones del psicoanálisis al TDAH.
6. Como relacionarías el cuerpo con algunos de los síntomas del TDAH.