Disertación Alba Velásquez

por Alba Velásquez

Fecha de entrega: 18-oct-2021 03:27p.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 1677440177
Nombre del archivo: V1R1_Final_Velasquez_Alba_3._CORRECCIONES_3_1.docx (170.29K)
Total de palabras: 24153
Total de caracteres: 127345

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

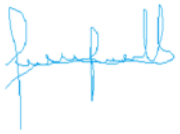
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

LA RELAJACIÓN TERAPÉUTICA COMO TRATAMIENTO EN NIÑOS QUE PRESENTAN HIPERACTIVIDAD. ESTUDIO BASADO EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA A PARTIR DEL MÉTODO DE JEAN BERGÈS

ALBA INES VELÁSQUEZ BURBANO



QUITO, 2021

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mi madre, aquella mujer dulce y fuerte a la vez, la persona que me inspira a cumplir mis sueños y mis metas, le dedico este logro y todos los que vendrán.

A mi esposo Joao, quien través de sus consejos, compañía, ayuda y paciencia, me ayudó a concluir esta meta desde el amor. A mi hijo Martin que es el mejor regalo que haya podido recibir de parte de Dios. Él es mi mayor tesoro y la fuente de mi más pura mi inspiración

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios por bendecir mi vida, por guiarme a lo largo de mi caminar, ser el apoyo y fortaleza en los momentos de dificultad y de debilidad y haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Gracias a mi madre, por inspirarme a cumplir mis sueños, por confiar y creer en mis capacidades, por los consejos, valores y principios que me ha inculcado y sobretodo porque ha sabido darme un gran ejemplo de trabajo, demostrándome así que con esfuerzo y tenacidad los sueños se pueden cumplir.

A mi esposo y mi hijo, que iluminan mi vida, que con su apoyo logre alcanzar de mejor manera mis metas y a través de su amor, y paciencia me ayudaron a concluir mis objetivos.

A mi director de tesis, el MSc. Francisco Jaramillo que con su amplia experiencia y conocimientos me orientó al correcto desarrollo y culminación con éxito este trabajo para la obtención de mi título de psicología clínica.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA ..... **ii**

AGRADECIMIENTOS ..... **iii**

ÍNDICE DE CONTENIDOS ..... **iv**

RESUMEN ..... **vi**

INTRODUCCIÓN **1**

CAPÍTULO I **4**

HIPERCINESIS **4**

1.1. TDAH según la psiquiatría infantil 4

1.1.1. ¿Qué es el TDAH? Según el DSM-V 5

1.2. Definición de síndrome hipercinético según el manual de psiquiatría clásica infantil. 10

1.3. Punto de vista psicoanalítico frente a un trastorno diagnosticado como TDAH 12

1.4. El síntoma desde el psicoanálisis 18

1.5. Relación del síntoma con el trastorno 20

1.6. Contribuciones teóricas según Jean Bergès sobre el término hiperkinético 21

CAPÍTULO II **25**

ANUDAMIENTO CUERPO – LENGUAJE **25**

2.1. La mirada de la madre y su importancia en la construcción del cuerpo del niño 25

2.1.1. La relación diádica según Freud *26*

2.1.2. El estadio del espejo *31*

2.2. El cuerpo del niño 32

2.3. El acting – out del niño 37

2.4. El pasaje al acto 40

CAPÍTULO III **43**

TRATAMIENTO DE RELAJACIÓN TERAPÉUTICA EN NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD **43**

3.1. ¿Qué es un tratamiento de relajación infantil? 43
3.2. Importancia de la relajación en niños escolares con hiperactividad 46
3.3. El control tónico y su relación con la relajación 47
3.4. Tratamiento de relajación terapéutica propuesto por Jean Bergès 52
CONCLUSIONES 55
RECOMENDACIONES 57
BIBLIOGRAFÍA 58

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, afecta aproximadamente al 5% de los niños a nivel mundial. A pesar de sus amplios efectos sobre los afectos a nivel social y académico, el diagnóstico se basa, principalmente en observaciones clínicas, entrevistas con los padres y rara vez con el maestro, de forma muy esporádica y extraña se da paso a un estudio psicoanalítico. La inestabilidad metodológica, es decir, la falta de combinación de diferentes fuentes, ha provocado que la evaluación se centre únicamente en las calificaciones de comportamiento, en el síntoma, dejando de lado la causa raíz del exceso motor del cuerpo del niño e ignorando su sentir. Este tipo de análisis, de cierta forma incompleto, trae consigo el desarrollo de un plan de tratamiento insuficiente, basado principalmente en medicación que trae consigo considerables efectos secundarios y que no soluciona el problema, únicamente apacigua el síntoma. Es necesario conocer todas las aristas del síntoma, evaluar las posibles causas, tomando como base la observación y el estudio psicoanalítico, y dando apertura a una ventana de tratamientos efectivos y con pocos o nulos efectos secundarios. Esta disertación presenta evidencia científica sobre el concepto y definición sobre la hipercinesis, el anudamiento cuerpo – lenguaje y el tratamiento de relajación terapéutica en niños con hiperactividad; tomando como base el punto de vista psicoanalítico, principalmente, de Jean Bergès y Julián de Ajuriaguerra, quienes se fundamentan en las aportaciones de Jacques Lacan en cuanto al estadio del espejo materno, siendo este el precursor de la formación del Yo, para tener una amplia y mejor comprensión de la estructuración del yo, se considera también el planteamiento de la teoría de la estructuración psíquica del sujeto desarrollada por Sigmund Freud.

Palabras clave: TDAH, psicoanálisis, relajación terapéutica.

INTRODUCCIÓN

La hiperactividad es una queja o demanda, relativamente común que lleva a muchas derivaciones a departamentos de psiquiatría infantil. El término se utiliza de varias formas. Puede referirse a un síntoma conductual individual o un síndrome asociado con la distracción y la capacidad de atención poco sostenida. Las opiniones varían en cuanto a la importancia diagnóstica y la definición de hiperactividad. Para algunos autores es una dificultad conductual inespecífica que forma parte del trastorno de conducta, pero para otros es una característica fundamental de un síndrome específico. En Estados Unidos, las estadísticas indican un diagnóstico de hiperactividad en hasta el 5% de los niños de escuela primaria y el 50% de las poblaciones de clínicas psiquiátricas infantiles. Esto contrasta con la práctica inglesa en la que sólo 2 de cada 2000 niños de una población general y el 1% de la población psiquiátrica infantil han recibido un diagnosticado de síndrome hipercinético. Algunos estudios han demostrado claras diferencias entre los niños con trastornos conductuales e hiperactividad generalizada, hiperactividad observada en más de una situación, mientras que otros han planteado dudas sobre la independencia de la dimensión de hiperactividad con la conducta.

Esta disertación, que sigue una línea de investigación teórica donde se realiza una recopilación de la teoría expuesta por Jean Bergès y Julián de Ajuriaguerra seguida de una discusión personal en la parte de la conclusión, se desarrolla desde el punto de vista psicoanalítico tomando en cuenta autores principales a los ya mencionados, Bergès y Ajuriaguerra, quienes se fundamentan en las aportaciones de Jacques Lacan en cuanto al estadio del espejo materno, siendo este el precursor de la formación del Yo, en donde para una mejor comprensión de la estructuración del yo es importante tener en cuenta el planteamiento que ha sido basado por Freud cuando desarrolla su teoría de la estructuración psíquica del sujeto. La pregunta de investigación es: ¿Qué incidencia tiene la relajación terapéutica en niños escolares que presentan hiperactividad?, la misma que será desarrollada y resuelta a lo largo de toda esta disertación.

En el primer capítulo se investigará los antecedentes históricos del termino *hiperquinesis* , el cual es importante puesto que se reconocerá aquellos sucesos que dieron paso al conocimiento y tratamiento de este trastorno, en base a esta información se realizara una breve explicación del trastorno de hiperactividad desde el DSM-V, siendo fundamental ya

que antes de diagnosticar TDAH se necesita tomar en cuenta los criterios de este manual, posteriormente se definirá el síndrome Hiperkinético según el manual de psiquiatría infantil de Ajuriaguerra, el mismo que pretende explicar que en el TDAH existen alteraciones motoras y considera que no se puede separar la motricidad del psiquismo al igual que no se puede separar la inestabilidad psíquica de la inestabilidad motriz. También se analizará el punto de vista psicoanalista frente a este trastorno, y en base a este análisis se tomará en cuenta el síntoma y su relación con el trastorno, tomando en cuenta autores como Jean Bergès, Jacques Lacan y Sigmund Freud.

En el segundo capítulo, se abordará el tema "anudamiento cuerpo lenguaje" donde Bergès-Bounes (2016) mencionan que nada puede sostenerse y tener sentido si no está articulado al real del cuerpo, un psicoanálisis que se interesa por el síntoma del niño formando abstracción del cuerpo en el cual este síntoma esta adherido. En base a este tema se estudiarán subtemas como la mirada de la madre y la construcción del cuerpo del niño, el *acting out* y el pasaje al acto en niños con TDAH. En este capítulo se podrá tener una idea sobre cómo se da la construcción del TDAH en el niño, en donde se toma en cuenta el cuerpo del niño como primer plano ya que este se forma a través de la identificación transitivista, la misma que se encarga de anudar el cuerpo biológico y orgánico al cuerpo de los significantes (Bergès-Bounes, 2016). Dentro de este tema del cuerpo también se tomará en cuenta la relación diádica según Sigmund Freud a través de la revisión de sus obras como son "Introducción al narcicismo", "Tres ensayos para una teoría sexual infantil" y el "Sepultamiento del complejo de Edipo". Por consiguiente, es importante también revisar la obra de Jacques Lacan "El estadio del espejo" el mismo que hace referencia a aquella etapa en la cual el niño se encuentra por vez primera capacitado percibir su imagen corporal completa en el espejo.

Finalmente, en el capítulo tres se plantea el tema tratamiento de relajación terapéutica en niños con hiperactividad en donde como primer punto se explica que es un tratamiento de relajación, lo cual ayudará a entender mejor la importancia que se dará a este subtema, como siguiente punto se toma en cuenta el control tónico y su relación con la relajación, el mismo que se explicará en base al autor Ajuriaguerra, quien propuso una reeducación psicomotriz, técnicas de relajación corporal para tratar los trastornos corporales, asumiendo así que estos dificultan las relaciones del niño consigo mismo, con su entorno y con los aprendizajes escolares (Ajuriaguerra, 1973). Por último, se abordará el tema tratamiento de relajación

según Bergès, el cual se lo aplica en casos en los que el cuerpo se encuentra excesivamente excitado. Esta herramienta se ejecuta una vez por semana, y tiene como fin la aparición de asociaciones similares a lo que ocurre en el análisis (Bergès-Bounes, 2016).

CAPÍTULO I

HIPERCINESIS

El término hiperquinesis viene de la conjunción del vocablo “hiper” que significa sobre, por encima; de” y el término “cinesia” cuya reis viene del griego “kinesis” que significa movimiento y que, según el Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina (Dorlan, 1997), se define como el movimiento inducido por un estímulo, que responde únicamente a la intensidad del estímulo, mas no a du dirección; de modo que la hipercinesis se define como el aumento anormal del funcionamiento de la actividad muscular y que puede ser de origen neurógeno, psicógeno o mixto (Rosan, 2000).

Durante años se han desarrollado un sinnúmero de investigaciones enfocadas en el análisis de la conducta humana, estas han determinado que la hiperquinesis constituye un trastorno de déficit por atención con hiperactividad, conocido como TDAH. El TDAH es el trastorno psiquiátrico más usual en edades tempranas. Posee una alta comorbilidad, es decir, por lo general aparece junto con otros problemas psiquiátricos, sobretodo conductuales, depresivos o ansiosos. En su origen están comprometidos factores ambientales no conocidos en su totalidad, especialmente factores prenatales y perinatales (Esperòn, 2007).

1.1. TDAH según la psiquiatría infantil

El trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH) es un trastorno del desarrollo caracterizado por dificultades en la concentración, la atención y el control de los impulsos, que repercuten negativamente en la cotidianidad de quien lo sufre. Estas características no son exclusivas del ser humano, se han observado comportamientos similares en seres del reino animal superior. Su origen puede tener una base genética o adquirida, pero en cualquiera de los dos casos existe una base bioquímica que inicia el trastorno (Esperòn, 2007).

Los diagnósticos originados en la genética, tienen una causa autosómica dominante por parte de los progenitores y constituyen la mayoría de los casos; no obstante, se ha observado una tendencia en aumento en los diagnósticos con un origen hereditario, esto puede deberse al incremento de niños prematuros y con un peso muy por debajo de la media, que sobreviven gracias a los intensos cuidados neonatales, cuyo paso deja secuelas que originan la inquietud, impulsividad y falta de atención (Pascual-Costroviejo, 2008).

En los niños adoptados, el diagnóstico del TDHA puede tener un origen combinado, tanto genético como adquirido. Cualquiera que fuere el origen del trastorno, constituye una alteración clínica. Pascual-Costroviejo (2008) señala que "las alteraciones clínicas se llevan a cabo por problemas bioquímicos en proyecciónes de conexión entre los lobulos frontales y los nucleos basales" (p. 142) estos, afectan al trasnporte y recaptacion de dopamina, serotonina y norepinefrina.

Existe una alta probabilidad de que el TDAH se asocie a una patología comórbida, la comorbilidad dificulta el diagnóstico y la evolución y disminuye la eficiencia del tratamiento. Cabasés et al. (2010) mencionan que cerca del 70% de los casos de TDHA presentan al menos un trastorno psiquiátrico asociado, mientras que un 40% presentan al menos dos. Los trastornos psiquiátricos presentados con mayor frecuencia son trastornos de comportamiento, trastornos de ansiedad, trastornos del humor, abusos de sustancias y trastornos del aprendizaje (p. 58)

1.1.1 ¿Qué es el TDAH? Según el DSM-V

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad, TDAH, es un desorden caracterizado por la dificultad de prestar atención, control deficiente de los impulsos y comportamientos hiperactivos. Fue George Frederic Still quien destacó por primera vez, en 1902, las principales características de trastornos observados en un grupo de 43 niños con "defectos en el control moral". Still describió a los niños que mostraban una "incapacidad anormal para prestar atención sostenida, inquietud, arrebatos violentos, destructividad, incumplimiento y anomalías congénitas menores" como niños hiperactivos, apasionados y excesivamente emocionales que demostraban "volición inhibitoria" y que, al parecer, se resistían a la disciplina, rencorosos y hasta crueles y deshonestos, consideraba también que su presentación conductual representaba un déficit fundamental en el "control de la acción de conformidad con la idea de todos" y planteo la hipótesis de una predisposición familiar para el trastorno (Stefanatos & Sue, 2007)

En los años siguientes, 1917-1918, la epidemia de encefalitis llamó la atención al determinar que estos problemas de comportamiento, principalmente hiperactividad, impulsividad, comportamiento antisocial y labilidad emocional, podrían resultar de una

infección cerebral (Barkley, 2014). A pesar de los cuestionamientos que surgieron, esta asociación llevó a algunos investigadores a establecer paralelismos entre los problemas de conducta de los niños con o sin daño cerebral demostrable, aunque las fallas en este razonamiento eran notables, se argumentó que los niños sin daño cerebral demostrable presentaban un "síndrome de daño cerebral mínimo". La implicación de que existía daño cerebral, pero que no se pudo detectar debido a la fiabilidad del examen neurológico resultó en la aparición de diagnóstico "disfunción cerebral mínima (DCM)"; sin embargo, se reconoció también la importancia de los factores ambientales puesto que, a medida que se acumularon más pruebas, se hizo evidente que era necesario considerar un espectro completo de causalidad que incluía factores genéticos, experiencias gestacionales y perinatales, interacciones con otras personas importantes, estrés, entre otros.

Aunque las especulaciones en base a in trastorno neurológico continuaron, las concepciones del MBD continuaron emergiendo. En los 60s, estudios mencionaba que los déficits clave involucraban: organización, inversión y mantenimiento de la atención y esfuerzo; dificultades para inhibir el comportamiento impulsivo; problemas que modulan los niveles de excitación consistentes y una fuerte necesidad de refuerzo inmediato, lo que llevo a la trasformación del nombre de "reacción hipercinética de la infancia", basada en el DMS-II a "trastorno por déficit de atención (ADD, por sus siglas en inglés)" en el DSM-III, considerando la falta de atención como característica principal (Douglas, 2005).

Sin embargo, existían discrepancias y preocupación acerca de la introducción del ADD, puesto que había alejado el énfasis de las características importantes de la hiperactividad y el control deficiente de los impulsos, que no sólo eran síntomas fundamentales del trastorno, sino también importantes para diferenciarlo de otras afecciones, por lo que en 1987 el trastorno pasó a denominarse "trastorno por déficit de atención/hiperactividad" en el DSM-III-R y el ADD sin hiperactividad se denominó "Trastorno por déficit de atención indiferenciado", lo que marcó un cambio hacia una estrategia de clasificación basada en la premisa de que estaban implicados tres dominios de síntomas clave: falta de atención, hiperactividad e impulsividad; sin umbrales individuales para cada dominio. A partir del DSM-IV y con base en estudios analíticos que han identificado de manera bastante consistente dos dimensiones conductuales distinguibles y amplias que caracterizan de mejor manera el trastorno: inatención e

hiperactividad/impulsividad, aparece el término “Trastorno de déficit de atención por hiperactividad, TDAH” y sus diferentes manifestaciones (Stefanatos & Sue, 2007).

El Manual de Diagnóstico y Estadística de Salud Mental (DSM, por sus siglas en inglés) desarrollado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría constituye una clasificación de trastornos mentales basada en criterios asociados diseñados para facilitar diagnósticos más confiables (Mourad, 2018). El DSM-V es un manual que refleja el estado actual de conocimiento y consenso entre los líderes en el campo, está dividido en tres secciones y un apéndice. La sección I es la información básica que incluye una introducción, instrucciones sobre cómo usar el manual y un capítulo sobre advertencias para el uso forense del DSM-V. La sección II enumera los criterios de diagnóstico y los códigos de 22 categorías de diagnóstico, considerando la relevancia de la edad, el género y la cultura. El manual enumera los códigos ICD 9 *Clinical Modification (CM)* y ICD 10 CM para cada categoría de diagnóstico. La Sección III trata sobre las medidas y modelos emergentes, cubre medidas de síntomas transversales autoevaluadas para adultos, niños y adolescentes de entre 6 y 17 años; programa de evaluación de la discapacidad de la OMS, un modelo alternativo del DSM-V para los trastornos de la personalidad; y una lista de condiciones para estudios posteriores.

Muchos de los procedimientos que se adoptaron durante el desarrollo del DSM-V son versiones improvisadas de los de las ediciones anteriores del DSM. Sin embargo, este constituye un manual único que incluye información estadounidense y mundial publicada sobre trastornos mentales. Se incluyeron también criterios de otros manuales como el ICD y los programas de evaluación de la discapacidad, al tiempo que proporciona una vía para estudiar los componentes culturales de las enfermedades mentales en todo el mundo.

En este contexto, El diagnóstico de TDAH se basa en observaciones e informes subjetivos de comportamiento inadecuado para el desarrollo en los dominios de falta de atención, hiperactividad y/o impulsividad obtenidos de una variedad de fuentes, que incluyen, entre otras, el niño, los padres y los maestros. Para cumplir con los criterios de diagnóstico del DSM-V para el TDAH, un niño debe demostrar seis o más síntomas de cualquiera de los listados en Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de diagnóstico del TDAH en base al DSM-V

A. Un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, caracterizado por (1) y / o (2):

1. **Falta de atención:** Seis, o más, de los siguientes síntomas han persistido durante al menos 6 meses en un grado que es en un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y que tiene un impacto negativo directo en las actividades sociales y académicas / ocupacionales:

Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o falta de comprensión de tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores y los adultos (de 17 años o más), se requieren al menos cinco síntomas.

a) A menudo no presta mucha atención a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, pasa por alto detalles o el trabajo es inexacto)

b) A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego (por ejemplo, tiene dificultad para permanecer concentrado durante conferencias, conversaciones o lecturas prolongadas).

c) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente (p. Ej., La mente parece estar en otra parte, incluso en ausencia de distracciones obvias).

d) A menudo no sigue las instrucciones y no termina el trabajo escolar, los quehaceres o los deberes en el lugar de trabajo (por ejemplo, comienza las tareas, pero rápidamente pierde la concentración y se desvía fácilmente).

e) A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. Ej., Dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para mantener en orden los materiales y pertenencias; trabajo desordenado y desordenado; gestión deficiente del tiempo; no cumple con los plazos).

f) A menudo evita, le disgusta o es reacio a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o para el hogar; para adolescentes mayores y adultos, preparar informes, completar formularios, revisar trabajos extensos).

g) A menudo pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, herramientas, billeteras, llaves, papeleo, anteojos, teléfonos móviles).

h) A menudo se distrae fácilmente con estímulos extraños (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i) Suele ser olvidadizo en las actividades diarias (p. Ej., Hacer tareas domésticas, hacer mandados; para adolescentes mayores y adultos, devolver llamadas, pagar facturas, acudir a citas)

2. **Hiperactividad e impulsividad:** Seis, o más, de los siguientes síntomas han persistido durante al menos 6 meses en un grado que es en un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y que tenga un impacto negativo directo en las actividades sociales y académicas / ocupacionales:

Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o falta de comprensión de tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores y los adultos (de 17 años o más), se requieren al menos cinco síntomas.

a) A menudo se mueve o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b) A menudo deja su asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, deja su lugar en el aula, en la oficina u otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren permanecer en su lugar).

c) A menudo corre o trepa en situaciones en las que no es apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a sentirse inquieto).

d) A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio en silencio.

e) Suele estar "en movimiento", actuando como "impulsado por un motor" (p. Ej., No puede estar quieto o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; otros pueden sentir que está inquieto o difícil de mantener hasta).

f) A menudo habla en exceso.

g) A menudo deja escapar una respuesta antes de que se haya completado una pregunta (por ejemplo, completa las oraciones de las personas; no puede esperar a que llegue el turno en la conversación).

h) A menudo tiene dificultad para esperar su turno (por ejemplo, mientras espera en la fila).

i) A menudo interrumpe o se entromete en otros (p. Ej., Se entromete en conversaciones, juegos o actividades; puede comenzar a usar las cosas de otras personas sin pedir o recibir permiso; para adolescentes y adultos, puede entrometerse o hacerse cargo de lo que otros están haciendo)

B. Se presentaron varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsiva antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsiva están presentes en dos o más entornos (p. Ej., En el hogar, la escuela o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existe evidencia clara de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional.

E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. Ej., Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación por sustancias o abstinencia).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen tanto el Criterio A1 (falta de atención) como el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominantemente distraída: Si se cumple el Criterio A1 (falta de atención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominantemente hiperactiva / impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad / impulsividad) pero el Criterio A1 (inatención) no se cumple durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando se cumplieron previamente los criterios completos, se cumplieron menos de los criterios completos durante los últimos 6 meses, y los síntomas aún resultan en un deterioro en el funcionamiento social, académico u ocupacional.

Especificar gravedad actual:

Bajo: Hay pocos síntomas, si es que hay alguno, que excedan los requeridos para hacer el diagnóstico, y los síntomas dan como resultado sólo deficiencias funcionales menores

Moderar: Hay síntomas o deterioro funcional entre "leve" y "grave".

Grave: Están presentes muchos síntomas que exceden los requeridos para hacer el diagnóstico, o varios síntomas que son particularmente severos, o los síntomas resultan en un marcado deterioro en el funcionamiento social u ocupacional.

Fuente: (American Psychiatric Accociation, 2013)

El DSM basa su diagnóstico únicamente en el síntoma y señala aspectos puntuales, dejando de lado la situación individual de cada sujeto lo que conlleva a que cualquiera encaje en el diagnóstico de trastorno de déficit de atención en algún momento. El diagnóstico suele darse principalmente en niños, siendo que el TDAH es una patología psiquiátrica con una tasa de prevalencia mundial del 5,9% al 7,1% (Laezer, 2015), es decir 50% de la población psiquiátrica infantil (FEAADAH, 2019) constituye uno de los problemas más comunes encontrados en salud mental, atención primaria y educación. Gran parte de los niños con este diagnóstico suelen ser medicados; sin embargo, este tratamiento se enfoca en el síntoma y no la base del problema, dejando de lado las causas que lo originan y medicando a un sujeto del que no se sabe nada más que los síntomas identificados.

Varios autores catalogan los parámetros establecidos por el DSM-V para el diagnóstico del TDAH como ambiguos (Cueva, 2015) ya que no permiten conocer la realidad del individuo, cubriendo las causas y el sentido del problema. Pérez (2008) indica que es abusivo el hecho de encasillar a alguien en un cualquier trastorno, omitiendo el esfuerzo de pensar en lo singular de un sujeto o una conducta y decidir, bajo estas circunstancias, "que tal individuo padece cierto mal porque presenta tres ítems señalados en un manual".

Si bien, el diagnóstico de déficit de atención lo realizan personas del círculo cercano del sujeto, como padres, cuidadores, maestros, etc. Este no resulta confiable por lo que es de vital importancia contar con un profesional que establezca la singularidad como punto de partida, enfocando la atención al estudio del sujeto y el síntoma como un conjunto y no sólo al trastorno como algo externo.

1.2. Definición de síndrome hipercinético según el manual de psiquiatría clásica infantil

Ajuriaguerra (1977) ubica el síndrome hipercinético en la segunda sección de su "Manual de Psiquiatría Infantil" como parte de la organización psicomotriz y sus perturbaciones y lo relaciona estrechamente con la inestabilidad psicomotriz. Ajuriaguerra señala que no existe una definición rigurosa para el término hipercinesia ni tampoco se ha establecido de manera precisa su etiología, por lo que varios autores, especialmente americanos, aceptan una etiología de origen orgánico para la hipercinesis hasta el punto que han llegado a ser equivalentes de lesiones cerebrales minimas, dentro de las cuales se

describen: la hiperactividad, la torpeza hereditaria, los trastornos visuomotores, la mutacion retreasada, entre otras. Sin embargo, el grupo de estudios internacionales de Oxford rechazó este concepto y adoptó el de "disfuncion cerebral mínima (*MBD*, por sus siglas en inglés)" que en el niño se caracteriza por:

- Trastornos de atención y trastornos perceptivos
- Dificultades de aprendizaje escolar
- Trastorno en el control de impulsos
- Alteración de las relaciones interpersonales
- Trastornos afectivos: labilidad, disforia, agresividad, etc. (Ajuriaguerra J. , 1977)

Ajuriaguerra determina dos posturas frente al *MBD*:

1. Dentro del actual estado de las cosas, limita el diagnóstico de hipercinesia a los casos donde esta sea grave y este asociado a otros elementos, como: tendencia a la distracción, impulsividad, capacidad de atención breve, entre otros.
2. El síndrome de hipercinesia está estrechamente ligado a trastornos del aprendizaje como dislexia o a trastornos psicológicos, por ejemplo: perturbaciones perceptivo – visuales, y auditivas.

Según el estudio del concepto en base a un estilo cognitivo, los niños diagnosticados con hipercinesis muestran desconcentración cuando se les pide seleccionar una de varias alternativas, se evidencia una respuesta impulsiva cuando se enfrentan a series contradictorias. Este comportamiento hace que controlen en menor grado su conducta, sean menos buenos cuando una pregunta les exige la separación de un estímulo importante desde un segundo plano, se sientan más atraídos por los aspectos llamativos del campo del estímulo, son más lentos cuando una tarea exige rapidez, por lo que el autor concluye que los niños hiperactivos, generalmente, emplean estrategias y resoluciones de problemas, menos eficientes que nos niños sin hiperactividad.

Ajuriaguerra (1977) recalca que "tanto la hiperactividad como la hipercinesia, con las consecuencias que estas tienen, no pueden ser valoradas si no se relacionan con la edad del sujeto y su evolución" (p. 239) al tiempo que califica de inadmisible el hecho de concluir que existe un *MBD* cuando no se presentan signos de disfunción nerviosa. En este sentido,

concluye que los trastornos psicomotores en su conjunto oscilan entre lo neurológico y lo psiquiátrico, entre lo vivido y lo vivenciado, entre la personalidad global más o menos presente y la vida que se ha vivido.

Es tan grave considerar la inestabilidad psicomotriz como un síndrome únicamente motor, como situarlo dentro del marco de un disfuncionamiento cerebral mínimo, sin tener en cuenta el desarrollo efectivo del niño y sus relaciones con el entorno. Estos casos están relacionados con la falta de análisis del profesional que omite la complejidad de la conducta del comportamiento, confundiendo distintas patologías fundadas en una semiología inadecuada e incierta y llevando a diagnosticar una hipercinesis en casos donde esta no existe.

Si se interpretan únicamente los síntomas sin reconocer la contribución cognitiva, el sujeto puede experimentar un resurgimiento de sentirse incomprendido y avergonzado. La confusión en la contratransferencia es un sello distintivo de los análisis en los que los déficits cognitivos se entrelazan con el conflicto psíquico, lo que a veces lleva al especialista a compartimentar lo cognitivo y lo conflictivo y a perder aspectos del paciente y del proceso.

1.3. Punto de vista psicoanalítico frente a un trastorno diagnosticado como TDAH

El TDAH está cada vez más asociado con la disfunción cerebral, la "cura" de este trastorno se basa, principalmente, en la medicación, los tratamientos conductuales y los programas de capacitación para padres. Por el contrario, la terapia psicoanalítica ha pasado a un segundo plano y, a menudo, se la considera ineficaz e incluso nociva (Salomonsson, 2017). No obstante, el tratamiento psicoanalítico constituye uno de varios enfoques para comprender el TDAH y para ayudar al niño a afrontarlo, puede informar sobre las experiencias emocionales del niño y dar luz sobre las conexiones entre su mundo interior y los síntomas, que pueden resumirse en: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. Desde el psicoanálisis es necesario abordar el vínculo entre el inconsciente y la relación con el Otro, por lo que es necesario analizar los principales síntomas del TDAH.

Hiperactividad

Avellón (2013) señala que "la hiperactividad se entiende como una forma de estructuración psíquica cuyos ejes principales son las dificultades de autocontención, la fragilidad en el equilibrio narcisista y el déficit de mentalización" (p. 18). Freud, citado en

Avellón (2013) , menciona que “La excitación somática periódicamente se transforma en un estímulo para la vida psíquica, lo cual implica un estado psíquico de tensión y el consecuente empuje que tiende a suprimirla” (p. 20), menciona también que la “descarga” (a la que se asimile la palabra acción) adecuada sea reemplazada por una menos adecuada o que la acción sea totalmente inadecuada.

Por tanto, para una acción adecuada es necesario operar la inscripción psíquica y el encuentro de lo real (haciendo referencia a la realidad exterior). Es indispensable la aparición del “Otro”, que se considera como el medio de interacción entre la excitación y la acción. El “Otro” representa un lugar simbólico al que el sujeto dirige directamente sus preguntas y donde busca respuestas y garantías. Para el psicoanálisis, es necesario redescubrir el rompecabezas del deseo del Otro, el punto que le falta a este, es aquel que toca la inconsistencia del conocimiento que el niño tiene que afrontar para salir del circuito interminable y maligno de una demanda entre el individuo y el otro materno, donde el otro es criado en un lugar de omnipotencia.

El análisis, desarrollado por varios autores, de distintos casos de pacientes infantiles diagnosticados con TDAH ha llevado a establecer que en el origen de la hiperactividad se implica “la relación madre-bebé en la que falla la función especular y de contención del cuidador primario por lo que el preconsciente resulta frágil y el proceso secundario deficitario” (Avellón, 2013). Se ha teorizado que tanto la salud psicológica de los padres como la conducta parental sirven como importantes factores de riesgo ambiental o de protección en cuanto al desarrollo de los niños con TDAH, en particular con respecto a la aparición y el curso de los problemas de conducta.

En este contexto, se establecen dos vías de intervención, la primera constituye la prevención con un trabajo sobre el vínculo madre-bebé y la segunda la psicoterapia, con dos focos: la angustia de separación y el estilo vincular incluyendo la representación de sí mismo. El psicoanálisis se enfoca en la interpretación del funcionamiento psíquico individual independientemente de la etiqueta diagnóstica y encuentra el origen de la estructuración psíquica en las relaciones precoces del bebé con su entorno. El análisis de la psique no niega la influencia de lo biológico, sino comprende la interacción de lo biológico con el Otro, en determinadas características. Resulta absurdo obviar la base biológica de un individuo, pero

también es absurdo creer que sólo la biología determina el comportamiento psíquico de una persona, es aquí donde se evidencia la influencia del vínculo inicial madre o cuidador personal-bebé en la formación de la psique del individuo, estando desde un principio la mene y el cuerpo, lo psicológico y lo biológico indisolublemente unidos (Avellón, 2013).

Los movimientos imparables y no fundamentados de un niño "hiperactivo" representan acciones inadecuadas que conducen al displacer. Estos, se asemejan a las acciones compulsivas, donde actuar se convierte en un fin en sí mismo, sin embargo, en ellas se sabe que se trata de actos que expresan acontecimientos, como los actos traumáticos que "traducen" y pensamientos cargados de afectos que "expresan". En este contexto, es necesario cuestionar ¿Por qué no suponer en el niño hiperactivo las mismas influencias? Un niño hiperactivo puede provenir, en muchas veces, de la inscripción psíquica de un acontecimiento defectuoso donde el movimiento imparable puede muy bien estar al servicio de tramitar inadecuadamente lo sufrido pasivamente (Campanella, 2005).

Campanella (2005) afirma:

> La inscripción psíquica de un acontecimiento puede haber ocurrido de manera defectuosa y reavivarse permanentemente dando lugar así a un movimiento incontrolable en lugar de una tramitación por el lenguaje. Otro niño no puede parar de pensar en su padre ausente, sólo que tiene limitaciones internas y externas para expresarlo, pero escuchándolo atentamente, esto es, ofreciéndole un espacio donde desplegar sus padecimientos. La hiperactividad constituye también una fuente de acción ineducada, representa también es una acción inadecuada que en primer lugar padece él mismo, y que le acarrea grandes problemas con su entorno familiar y escolar (p.16)

Por lo que es importante crear espacios positivos tanto en la escuela como dentro de la familia con el fin de que el niño pueda desenvolverse adecuadamente, al tiempo que permita que permita dar espacio de escucha a la palabra del infante con el fin de desplegar cualquier padecer que pueda pasar el niño, ya que de lo contrario este puede tener limitaciones internas reflejando en sus acciones.

Impulsividad

La conducta impulsiva ocurre cuando el mundo interno e infantil coincide con sentimientos transferenciales muy fuertes, está estrechamente relacionada con la pulsión que desde el punto de vista de Lacan, la pulsión está en la relación particular que se establece entre el sujeto y la demanda, que puede pensarse en la referencia del Otro, encarnada generalmente en la madre con quien se establecen los primeros intercambios y resulta en la insatisfacción básica que marcará los caminos del deseo ante la constatación de la falta en ese Otro. La impulsividad no encaja en una acción con fin en sí misma ni en una actividad pulsional que domina su recorrido, sino más bien en una precipitación en el objeto que pierde de vista satisfacción (Johnston & Jassy, 2007).

Al igual que la hiperactividad se reconoce la incidencia biológica de esta condición, la mayoría de la evidencia apoya una visión del aprendizaje social de los orígenes de conducta. La crianza severa e inconsciente y la falta de cariño o calidez, están claramente asociados a los problemas de conducta en los niños, y las intervenciones para alterar estas conductas de crianza son una práctica recomendada. Es decir, los altos niveles de falta de atención o impulsividad del niño imponen múltiples demandas a los padres y aumentan la probabilidad de que los padres respondan al niño con una consistencia menos óptima, con una disciplina excesivamente reactiva o con un alejamiento inadecuado del niño (Gonçalves, 2013).

Desatención

La desatención está definida desde el punto de vista del observador, no del niño. Esto es, el niño no atiende a lo que el observador cree que debería atender. Al igual que en los anteriores "síntomas" es el Otro necesario para la acción específica el que orientara este interés. En general, los niños que padecen esta condición se muestran "hiperatentos", es decir, prestan atención a muchas cosas, pero no pueden mantenerla en un tema o punto específico.

Freud (1916) citado por Campanella (2005) define la atención como "la exploración periódica del mundo externo a fin de que sus datos sean previamente conocidos en caso de surgir una necesidad interior no aplazable" (párr. 25). Una de las reglas mencionadas por Freud, constituye la regla de la defensa primaria, y señala que "No serán caracterizadas aquellas neuronas que conducen al desencadenamiento de displacer" (Campanella, 2005, párr.

26), tomando como displacer el aumento de la tensión, lo que constituye un impedimento para el desarrollo del pensamiento.

El creador del psicoanálisis señala también que el yo siempre alimenta pulsiones dirigidas a un fin y regularmente, se ejecutan al mismo tiempo lo que dificulta la capacidad de elaborar pensamientos cognoscitivos, pero también la posibilidad de que el curso del pensamiento práctico progrese hacia las vías dispares, en distintos momentos, bajo distintas circunstancias y por distintas personas.

Para que los recuerdos susceptibles de generar afecto queden dominados, es necesario que reciban por parte del yo una "ligadura" especialmente considerable y reiterada, a fin de evitar la facilitación hacia el displacer, es decir, la consolidación del proceso secundario. Esto es, la tendencia a inhibir el curso del pensamiento en cuanto el recuerdo genere displacer.

Es de suponer entonces lo problemático que será de por sí para un niño llegar a tal dominio. Si a ello le sumamos la pregnancia de la vida de fantasía, la dificultad para dominar recuerdos de vivencias altamente dolorosas, los obstáculos que una relación de excesivo apego con alguna figura significativa, suponen en la lúcida apreciación de las propias sensaciones y sentimientos, nos podemos dar una idea de los múltiples determinantes de la "desatención" además de los francamente aceptados por la comunidad psiquiátrica internacional tales como las alteraciones de los neurotransmisores.

El análisis de todos estos aspectos conlleva obviamente un compromiso en el tratamiento con estos niños que coloca las determinaciones neurobiológicas en un lugar de distante respeto. A pesar de que los síntomas observables constituyen los indicadores para diagnóstico es necesario conocer la historia del niño y los cambios por lo que ha atravesado a lo largo de su vida. Esto, a través de la observación y el discurso del paciente, que pueden llegar a ser la clave para el conocimiento de la causa raíz del síntoma en cuestión (Cueva, 2015). Tendlarz (2006) citada en Cueva (2015) conceptualiza el déficit de atención como “un desplazamiento” de la función a otro sitio, es decir, a otros significantes que en ese momento adquieren mayor importancia” (p. 53)

Desde el psicoanálisis, el déficit de atención es un síntoma que requiere un discernimiento minucioso y el conocimiento de la causa. Una entrevista completa con todas

las figuras parentales y especialmente con el niño, permite identificar los síntomas para que el médico pueda discernir cuándo, dónde, con quién y con qué intensidad ocurren, complementada con un historial de desarrollo, médico, escolar y familiar, social, y de salud mental facilitando el conocimiento del niño.

Este método analiza las alteraciones que se encuentran con frecuencia en el desarrollo infantil, el apego, las relaciones de objeto (regulación de impulsos y afectos, funciones del yo) del papel del trauma infantil (pérdida de objeto) y conflicto psíquico. En el proceso analítico-psicoterapéutico con un niño, la impulsividad, hiperactividad y trastorno por déficit de atención pueden manifestarse, por ejemplo, como un conflicto intrapsíquico en el nivel de la autorrepresentación o de la representación de las relaciones centrales del yo-objeto (caracterizadas por un contenido insuficiente / función de retención), como deterioro de las funciones autorreguladoras, como capacidad de simbolización inconsistente o como capacidad de regulación y control deficiente del yo.

La multitud de factores implicados no permite generalizar ni la etiología ni la patogenia de esta tríada de síntomas. Esto es particularmente evidente en un procedimiento terapéutico orientado a las relaciones. Estudios realizados por Bürgin & Steck (2007) en niños diagnosticados como pacientes TDAH, mediante el uso del diálogo terapéutico analítico, determinaron que se muestran algunas características técnicas específicas de la psicoterapia analítica de baja o alta frecuencia con niños con TDAH: de acuerdo con la forma pregenital más importante de relaciones, que se manifiesta principalmente por problemas intensivos de autoestima, agresividad narcisista e impulsividad motora: los movimientos de transferencia y contratransferencia proceden predominantemente de identificaciones proyectivas e introyectivas. La contención de las dificultades por parte del terapeuta a menudo es paralela durante un largo período de tiempo a la asistencia en la regulación y al establecimiento de límites para el niño.

En este contexto, el diagnóstico requiere el análisis singular de cada caso, ningún individuo es igual a otro, por tanto, el déficit de atención que se presente en uno no podrá ser igual a otro. En consecuencia, es erróneo aplicar un tratamiento universal a individuos singulares, por lo que es indispensable involucrar, también, al sujeto como responsable de su malestar.

1.4. El síntoma desde el psicoanálisis

El síntoma se discute a lo largo del psicoanálisis por ser un concepto fundamental que orienta la práctica y delimita los límites terapéuticos de este campo del conocimiento. Sin embargo, no sólo los psicoanalistas se han interesado por él. Es fundamental un estudio en profundidad del concepto de síntoma dentro del psicoanálisis.

Dias (2006) señala el síntoma como el origen del psicoanálisis, llevando a sentar las bases de la ética psicoanalítica de escuchar al sujeto en su singularidad radical. Por tanto, el síntoma constituye un producto transfigurado por el impulso de satisfacción inconsciente de la libido y por la protección que ejerce la represión. Maia, Medeiros, & Fontes (2012) mencionan que para Freud el síntoma aparece como expresión de un conflicto psíquico, como mensaje del inconsciente y como satisfacción pulsional.

El diccionario psicoanalítico de Chemana (1998) define el síntoma como el "fenómeno subjetivo que constituye no el signo de una enfermedad sino la expresión de un conflicto inconsciente" (p.413). Por su parte, Freud (1916) lo definió como la expresión de un conflicto inconsciente, en donde manifiesta un cumplimiento de deseo y la realización de un fantasma inconsciente que sirve al cumplimiento de ese deseo, siendo un signo y un sustituto de una satisfacción pulsional que ha quedado en suspenso, como una consecuencia del proceso de represión. En esta disposición, constituye una alineación de responsabilidad, así como el reintegro de una satisfacción sexual cohibida que se muestra igualmente en él.

El síntoma suele ser una actividad que es perjudicial o inútil para la vida, en algunas ocasiones el síntoma puede resultar en un empobrecimiento extraordinario del sujeto con respecto a la energía mental disponible para él y, por tanto, "pasa de ser un sinsentido repetitivo a ser algo que tiene todas las propiedades de un hecho de la realidad psíquica, altamente elaborado por el aparato psíquico: el síntoma tiene sentido y se articula con experiencias y significaciones, en relación con los acontecimientos más particulares del sujeto" (Bertholet, 2019)

El síntoma ocupa una posición central, tanto teórica como práctica, se fundamenta en el juego de niveles latentes y manifiestos que son la condición de posibilidad del conocimiento

y la práctica psicoanalítica. Por tanto, el síntoma opera como una explicación, como el rastreo actual de una causa ausente.

Por otro lado, Miller (1987) y Ocariz (2003), afirman que el síntoma para Jacques Lacan puede entenderse de tres maneras: el síntoma como metáfora-mensaje; como disfrute y como invención-creación del sujeto. Lacan citado por Cueva (2015) establece que:

> Para que haya síntoma es necesario, al menos, dos conflictos en causa, uno actual y otro antiguo. Esto es, sin la duplicidad del significante y del significado, del material conservado en el inconsciente como ligado al antiguo conflicto y que está allí conservado a título de significante en potencia, de significante virtual, para ser tomado en el significado del conflicto actual y servirle de lenguaje, es decir: de síntoma. (p. 55)

El síntoma como mensaje – metáfora, se cataloga desde las categorías Simbólico, Real e Imaginario, presenta lo Simbólico como el ordenante de la cultura, fundada por el lenguaje. En este primer momento de su enseñanza, mostrando el predominio de lo simbólico, Lacan (1988) afirma que: "es el mundo de las palabras el que crea el mundo de las cosas" (p. 277). Lo que se rige por el instinto y la información filogenética en los animales, en los humanos, lo construye y ordena la cultura. Esto hace que el ser humano tenga que encontrar referencias culturales para dar cuenta de su relación con la comida, con el sexo y encontrar su lugar en el grupo social en el que se inserta.

En cuanto al síntoma como disfrute, este conlleva una satisfacción que no se puede dejar de buscar y que, al mismo tiempo, no se puede lograr. Como es la forma privilegiada de satisfacer al sujeto, "el síntoma puede revelar la estructura de su subjetividad. La forma en que los significantes se articulan en torno a esta paradoja del problema de la satisfacción dará pistas sobre cómo se estructura dicha subjetividad" (Conde, 2008). Al desvelar la estructura del sujeto, el síntoma se revela como la solución singular que el sujeto encontró, el tratamiento analítico no apunta al alivio de la represión, para que el sujeto tenga pleno acceso a su verdad. En este punto se trata de promover una elaboración del conocimiento que produzca una trasformación en el síntoma y, como efecto sobre la realidad, una trasformación del goce.

El síntoma como una invención-creación del sujeto, señala que el mismo es el trabajo de todo sujeto para dar cuenta de lo real. Así, "no debe disociarse del sujeto, algo que debe ser modificado, pero no removido por el sujeto mismo, ya que es fundamental en su estructura"

(Ocariz, 2003) Según este entendimiento, los síntomas son intentos de tratar el goce real, que puede ser un poco dañino para el sujeto. La perspectiva del tratamiento analítico lacaniano, no apunta a la eliminación de síntomas, al contrario, sirve para ayudar al sujeto a encontrar una nueva forma de lidiar con su síntoma, con lo que lo constituye.

González (2013) señala que "el síntoma no es simple, esta sobredeterminado. No hay síntoma en que el significante no sea aportado por una experiencia anterior" (p. 8). Tal experiencia esta reprimida, es inconsciente, el síntoma es una creación compleja, por ende, es fundamental según lo que nos refiere Lacan que se analice que situaciones pasadas están implicadas en el sujeto, para que el síntoma adquiera sentido"

1.5. Relación del síntoma con el trastorno

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico comúnmente utilizado en la infancia y puede persistir hasta la edad adulta en aproximadamente el 60 al 70% de los casos, y luego se vuelven relativamente crónicos, afectando muchas áreas de las principales actividades de la vida desde la infancia. Pero, ¿Cómo se relaciona el síntoma con el trastorno? Para determinar su relación, es necesario definir el término "trastorno"

Según la Real Academia Española (2021), el trastorno se define como: "1. m. Acción y efecto de trastornar, 2. m. Alteración leve de la salud, 3. m. Der. enajenación mental, definida como: 1. f. locura, 2. f. der. estado mental de quien no es responsable de sus actos, puede ser permanente o transitorio" (párr. 1).

El hecho de que el trastorno represente un estado mental de quien no es responsable de sus actos implica que el individuo sienta el trastorno como algo externo, ajeno de sí, que domina su existencia sin ningún sentido. Esta, es una de las consecuencias de basar el diagnóstico en el síntoma, sin analizar la causa raíz y el entorno del individuo. Laos parámetros establecidos para el diagnóstico del TDAH por el DSM-V está compuesta por términos ambiguos que encierran a toda la población en algún punto de su vida, por lo que es cuestionable y necesario determinar, especialmente en la población infantil ¿Quiénes están fuera del TDAH?

Los estudios muestran que el TDAH es uno de los diagnósticos con mayor tasa de prevalencia. Sin embargo, ¿cuán cercanas son estas cifras a la realidad? Catedráticos de la Universidad de Maryland (2006) hablan de un origen genético, sin causa específica, para el trastorno de hiperactividad. Esto es ampliamente cuestionable, ya que el desconocimiento de la causa conlleva al desconocimiento de la cura. No obstante, parte de los sujetos diagnosticados con TDAH reciben un tratamiento basado en fármacos, que enmascaran los síntomas, más no solucionan el problema. Si consideramos al sujeto un niño de temprana edad, es totalmente normal que esté presente una excitación motriz y que el tiempo para captar su atención para una determinada actividad sea mínimo, irónicamente este es uno de los principales parámetros para que el sujeto de estudio sea diagnosticado con un trastorno de déficit de atención.

Cueva (2015) menciona que en varios países es evalúa la posibilidad de que el TDAH se considere una discapacidad, esto implica que las personas que lo padecen cuenten con permisos y distinciones en varios aspectos de su vida. Socialmente, el termino discapacidad tiene más fuerza que trastorno, por lo que es impensable aun la cantidad de consecuencias que pueden existir en torno al cambio de denominación, tanto en la psique de los sujetos como a nivel social, económico e inclusive político.

El análisis conjunto del síntoma y la causa del problema, permite involucrar al sujeto y reconocer el trastorno como síntoma. La búsqueda del origen del trastorno permite entender el porqué de este, estableciendo tratamientos efectivos que solucionen la raíz del problema y no sólo maquillen los síntomas visibles.

1.6. Contribuciones teóricas según Jean Bergès sobre el término hiperkinético

Jean Bergès enfocó su estudio en la distinción de las funciones (cerebelo, digestiva, motriz, etc.) apoyadas sobre una estructura orgánica. Se estudia entonces el desarrollo de la función motriz, donde se constata que hay fases armónicas entre el desarrollo de la maduración motriz la evolución de las funciones cognitivas, esta armonía, se gobierna y se valida por el mismo paralelismo. La motricidad dirigida por el sistema nervioso, evoluciona en armonía con las funciones cognitivas, es la evolución psicomotora (Marcote, 2020, p. 3)

Cuando se evidencia la falta de armonía se habla de desarmonía de la evolución, siendo el sistema nervioso la causa de la desarmonía, la patología, donde el déficit aparece como una necesidad para explicar la desarmonía, esta se basa en una alteración del factor común entre psico y motricidad, es decir el sistema nervioso central (Marcote, 2020, p. 4)

En este sentido, es necesario preguntarse ¿Qué es lo que vuelve al niño insoportable? ¿Qué es lo que hace que los terapeutas se ocupen de ellos? Son los otros que se quejan de él. La demanda de atención, no es algo del niño, proviene del adulto desbordado, sobrepasado por la agitación, la violencia y las dificultades de inserción social. En los niños hiperkinéticos o inestables, la demanda es completamente particular, no se trata jamás de la demanda del niño, lo que se identifica como insoportable es la el gesto, mas no el movimiento. Es el adulto quien da sentido a este afloramiento, por su parte, el niño habla siendo kinético, no porque haga movimientos sino porque hace movimientos que el adulto interpreta como gestos (Abarzúa & González, 2007, p. 87)

Ese pasaje del movimiento al gesto, es el que determina la demanda del adulto. El adulto piensa que ha agotado el sentido de la agitación considerando que se trata de un gesto. En suma, el adulto da sentido a la etiología, a la causa de la hiperkinesia. Dicho esto, no es el niño hiperkinético quien tiene una demanda; él plantea una pregunta al adulto que lo pone en la necesidad de encontrar una causa a su movimiento, en la medida en la que el adulto lo interpreta como gesto. Entonces, ¿Cuál es el déficit del niño hiperkinético? Su déficit constituye el hecho de que es el adulto quien traduce al niño hiperkinético, impidiéndole hablar y silenciándolo casi por completo, se perpetúa una lógica de adivinar y agotar los sentidos que le están dando movimiento sin cese del niño (Abarzúa & González, 2007, p. 87)

El niño hiperkinético, no hace sino repetir una vieja historia: a saber, que cuando la madre está con su bebé, ella colma todas sus funciones, las domina y la clínica enseña que debe dejarse desbordar por el funcionamiento del niño, en particular cuando acompaña los movimientos posturales del niño con su propia postura. En ese movimiento de espejo, no es una imitación, de sorpresa aparece una sonrisa, un rechazo, una oposición del niño, eso es el desbordamiento de la madre por el niño, un desbordamiento en el funcionamiento simbólico. Con los niños hiperkinéticos, aquellos que se ocupan de ellos, como si fueran malas madres, son incapaces de dejarse desbordar. La consecuencia, es que los niños hiperkinéticos están

privados de toda anticipación, son incapaces del lado cognitivo de pasar del figurativo, figurativo, al operativo de Piaget, pasaje que para él llega a la imagen mental (Pinochet, 2012, p. 93)

Si esos niños no son escuchados, es la motricidad la que viene a remplazar las palabras, es lo que se llama el pasaje al acto, y que representa pasar del lenguaje que no puedo utilizar a la acción, es independiente de la iniciativa y no tiene relación con la impulsión. La palabra que no es dicha en el momento de la acción hace que no tenga sentido, ahí está el núcleo de lo que está comprometido en el niño hiperkinético y es delante de ese núcleo que el adulto se cree obligado a dar sentido. El niño por su acción, privada de toda palabra, lleva al adulto a constatar que no hay sentido y el adulto da sentido, y es el sentido que él da lo que vuelve al niño insoportable (Portela et al. 2016)

Los niños hiperkinéticos necesitan hacer una economía de la motricidad excesiva, necesitan sentir su cuerpo diferente a la acción, experimentar los límites de su cuerpo sin enfrentarse a los objetos ni a las prohibiciones del adulto, esto puede sentirse mediante relajación. La relajación permite experimentar los límites del cuerpo, cada parte del cuerpo está limitada por otra, y el cuerpo está limitado por el tacto, los movimientos y las palabras que el terapeuta pone sobre el cuerpo. Se concibe que el cuerpo devenga en el eje y el punto de origen de la acción tanto espacial como temporal, pero si el niño siente su cuerpo, si no tiene nada más que exceso de movimientos, puede no sólo sentir los límites, sino también tener una idea del origen, del punto de partida. En una terapia psicomotriz, es indispensable establecer primero palabras sobre el cuerpo, es necesario estudiar al sujeto en la inestabilidad y es aquí donde la terapia psicomotriz se diferencia de un tratamiento medicado. (González, 2013)

En esta línea, son las palabras las que sostienen al cuerpo, estas están enganchadas al cuerpo y son frecuentemente las palabras de la queja. En el cuerpo del niño hiperkinético, ha fallado la inscripción ligada al cuerpo por la palabra de la madre, no ha inscrito las expresiones hechas que tienen que ver con el cuerpo, carece de palabras y hace discurso por su acción. El cuerpo del niño hiperkinético está en otra parte. Dicho de otra manera, el niño no puede investir lo que se dice porque no tiene inscritas las palabras que permiten investirlas (Abarzúa & González, 2007, p. 89)

Entre el desarrollo cognitivo y el desarrollo motor, existe una articulación que cada uno puede constatar. Pero la actividad del niño hace que, en esta articulación entre la evolución cognitiva, y la evolución motriz sea tomada en la erotización de tal actividad, la erotización constituye el motor y se va encontrar implicada en la repetición de la acción. También están los niños inhibidos, la inhibición es la contención del cuerpo en la medida en que el cuerpo puede ser arrastrado a la satisfacción motriz, la relajación le permite satisfacerse. La inhibición, representa la coacción de esta satisfacción por la que satisfacción motriz no es otra cosa que la erotización de la actividad del niño con la madre y es ahí, donde se produce la represión (Abarzúa & González, 2007, p. 90)

En el estadio del espejo, cuando un niño hace el descubrimiento intuitivo de su propia imagen, reacciona con movimientos desordenados. Cuando su madre levanta sus brazos, hace mímicas con su rostro, el niño la acompaña y la precede. Ese estadio del espejo no implica una imagen estática, sino que implica el cuerpo del niño animado por el de la madre. Llega un momento en que la madre por su ausencia a su niño presente no relanza la dialéctica del espejo, y en ese momento el niño comprende que su madre no le obedece más, es entonces que la actividad del niño se pone a funcionar por sí misma, en el momento en que se despega de la motricidad de la madre, ahí está la erotización de la actividad del niño. El cuerpo del niño tanto en su eje, sus orificios, en la función tónico-postural, se encuentra erotizado, es aquí donde está el origen de la psicomotricidad propuesta por Bergès.

.

CAPÍTULO II

ANUDAMIENTO CUERPO – LENGUAJE

2.1. La mirada de la madre y su importancia en la construcción del cuerpo del niño

Los primeros meses de vida de un bebé se desarrolla un fuerte vínculo libidinal con una figura materna, las diferencias entre individuos, asi como la presentacion del síntoma del infante , radican en como se ha producido este vinculo. Considerando que el niño es un sujeto que se está construyendo, resulta de vital importancia razonar el rol de la madre y su influencia en el desarrollo del infante como sujeto–humano.

Lacan en "Dos notas sobre el niño" (1969) plantea que "el síntoma del niño se encuentra en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar" (p. 14) aduciendo que el síntoma del niño, en relacion con los padres, tiene dos modalidades: el relacionado con la pareja y aquel proveniente de la relación entre la madre y el niño. Entonces, el síntoma del niño es respuesta, ya sea a la articulación de la pareja o bien a la subjetividad de la madre.

De acuerdo a Lacan (1969) "la función del padre y de la madre se juzgan según tal necesidad, la de la madre; en tanto sus cuidados están asignados por un interés particularizado, así sea por la vía de sus propias carencias. La del padre, en tanto que su nombre es el vector de encarnación de la ley en el deseo" (p. 16). En este sentido, el deseo de la madre es fundamental en la constitución subjetiva del niño, puesto que si no permite el paso del niño al proceso de lineación y separación, este toma el estatus de "objeto a" en el fantasma de la madre (Sánchez, 2015)

Es necesario preguntarse ¿qué hace insoportable a un niño con TDAH? La respuesta viene dada por Jean Bergès (1996) quien establece que:

No es el niño quien se compadece, sino sus padres, quienes no están conformes con el comportamiento del infante. Son los padres quienes se desbordan y se deprimen, hablando de que su niño no es como ellos quisieran. En su afán de controlar los movimientos del niño, convertidos en gestos para el adulto, el otro mira al niño como potencialmente peligroso, generando de manera inconsciente mayor movimiento, en un intento fallido por el ejercer el dominio de lo que el otro siente que perdió (p. 100)

Respecto a la mirada de la madre Bergès-Bounes (2016) exponen el hecho de que una madre que no le quita los ojos de encima a su hijo no puede escucharlo, por tanto, la falta de escucha provoca que la motricidad supla las palabras que no fueron atendidas. En este contexto, Bergès & Balbo (1999) señalan que la madre que carece de la capacidad de escucha hacia su hijo carece también de la capacidad de suponerle algo, el llamado transitivismo. Para Bergès & Balbo, el transitivismo constituye también el proceso que inicia la madre cuando se dirige a su hijo, y no sólo representa lo que la madre experimenta. La madre plantea en su hijo una hipótesis de un saber en él, en torno al cual su mirada transita y regresa como una demanda que ella asume la de una identificación de su hijo con el discurso que le dirige (p. 10)

El transitivismo que se encuentra de la madre hacia el hijo, puede calificarse como un "golpe de fuerza", puesto que la madre lleva al niño a integrarse a lo simbólico, para designar sus vivencias en referencias a las suyas propias, obligándolo a limitar sus experiencias y evaluarlas en torno a un masoquismo que no es otro que el de ella (Bergès & Balbo, 1999)

2.1.1 La relación diádica según Freud

La relación diádica plantea que las capacidades reguladoras del afecto del individuo se basan en cómo la madre y el bebé coordinan mutuamente sus estrategias de manejo de emociones. Desde el psicoanálisis, el afecto viene definido en torno a dos teorías de la angustia de Freud: La primera, dada en los años veinte, donde consideraba la angustia a partir de la energía libidinal no liquidada, apuntando a la trasformación directa de la libido en angustia. La segunda, agregada en "Inhibición, Síntoma y Angustia" donde Freud (1926) plantea que "la angustia crea la represión y es una señal para el yo acerca de la inminencia de un peligro. El yo es la sede de la angustia y productor de la señal morigerada que protege al aparato psíquico frente a la amenaza pulsional interna y la proveniente del mundo exterior"

Partiendo de esta segunda teoría se desarrolló la noción de la regulación afectiva, Fonagy et al. (2002) y Gergely (1995) citados en Raznoszczyk (2006) definen la regulación afectiva como la capacidad de controlar y modular las respuestas afectivas, estableciéndola como un punto crítico en la constitución y regulación del yo. Raznoszczyk (2006) señala que "La regulación afectiva puede corresponderse con el planteo freudiano del principio de constancia y de la potencialidad traumática que los afectos hipertróficos no ligados poseen para el psiquismo" (p.186)

Freud (1905) sostiene que de manera análoga al desarrollo cognitivo se desarrolla las fases psicosexuales: fase oral, fase añal, fase fálica, periodo de latencia, preludio pre-adolescente y adolescencia; siendo las tres primeras compuestas por una zona erógena. Laplanche (1996) define la zona erógena como toda aquella región cubierta por una mucosa capaz de ser estimulada sexualmente, específicamente estas regiones están constituidas por la zona oral, anal, uretro-genital y el pezón (p.470)

El desarrollo de las fases psicosexuales mencionado por Freud se asocia estrechamente con el acto alimentario del bebé, es decir, con la experiencia de mamar el pecho de su madre; donde se satisfacen el hambre y la libido. Este acto, representa la iniciación de la vida sexual del infante. Es aquí, donde Freud (1905) plantea su primer dualismo sobre las pulsiones, presentando dos tipos de pulsiones: aquellas representadas por el hambre, denominadas pulsiones de autoconservación, y aquellas que sobrepasan lo sexual, denominadas pulsiones sexuales.

Freud (1905) menciona que "la sexualidad del niño es producto de las funciones de autoconservación, mientras que la pulsión sexual surge de estas como un plus de placer que se independiza de la necesidad de la alimentación", pasando de un acto alimentario a un acto sexual mediante el placer que genera el chupeteo en la boca del bebé. Inicialmente, el inicio de la sexualidad se marca por el auto erotismo, esto es, buscar y encontrar su objeto en su propio cuerpo. La sucesión de las fases psicosexuales, proviene de la libido que marca el camino establecido por la emergencia de las zonas erógenas (Rey, 2014)

El hambre del bebé representa una necesidad que se satisface con la toma de alimento mediante el chupeteo del pecho de la madre, sin embargo, más tarde el niño busca repetir la acción por placer más no por falta de alimento, siendo el pecho su primer objeto de amor. La psique del infante estará marcada por la satisfacción que deja esta experiencia, provocando alucinación y fantasía, con aquello que sacio su necesidad, cuando no es satisfecho prontamente (Freud, 1905).

Freud (1905) señala que:

> A lo largo de todo el período de latencia, el niño aprende a amar a otras personas que remedian su desvalimiento y satisfacen sus necesidades. Lo hace siguiendo en todo el modelo de sus

> vínculos de lactante con la nodriza, y prosiguiéndolos. Tal vez no se quiera identificar con el amor sexual los sentimientos de ternura y el aprecio que el niño alienta hacia las personas que lo cuidan; pero una indagación psicológica más precisa establecerá esa identidad por encima de cualquier duda. El trato del niño con la persona que lo cuida es para él una fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales a partir de las zonas erógenas, y tanto más por el hecho de que esa persona, generalmente la madre, dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece, y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual de pleno derecho (p.203).
>
> La madre se horrorizaría, probablemente, si se le esclareciese que con todas sus muestras de ternura despierta la pulsión sexual de su hijo y prepara su posterior intensidad. Juzga su proceder como un amor "puro", asexual, y aun evita con cuidado aportar a los genitales del niño más excitaciones que las indispensables para el cuidado del cuerpo. Pero ya sabemos que la pulsión sexual no es despertada sólo por excitación de la zona genital; la llamada ternura infaliblemente ejercerá su efecto un día también sobre las zonas genitales. Ahora bien: si la madre conociera mejor la gran importancia que tienen las pulsiones para toda la vida anímica, para todos los logros éticos y psíquicos, se ahorraría los autorreproches incluso después de ese esclarecimiento. Cuando enseña al niño a amar, no hace sino cumplir su cometido; es que debe convertirse en un hombre íntegro, dotado de una enérgica necesidad sexual, y consumar en su vida todo aquello hacia lo cual la pulsión empuja a los seres humanos (p. 204).

La ganancia de placer en el bebé, en busca de la satisfacción de sus deseos, provoca acciones basadas en el principio de placer, mostrando su "ello" y dando lugar al proceso primario. El desarrollo paulatino del niño, hace que se tolere gradualmente el displacer, empezando a construir su "yo" y fijando así el proceso secundario, es decir: va construyendo su pensamiento (Freud, 1905)

La madre cumple un papel importante en el desarrollo de las primeras etapas del bebé, ya que es este otro quien está para satisfacer las necesidades, deseos y cuidados del niño. Cabe mencionar que, si bien, la madre y el bebé son dos distintos, en las primeras etapas del niño, estos constituyen uno sólo. La constitución saludable de la psique del niño, viene dada por un buen desarrollo y una apropiada estimulación temprana, asegurando la continuidad existencial del individuo.

Por otro lado, Freud señala que parte del proceso diádico lo constituye la homeostasis fisiológica y emocional, donde el adulto representa una porción del sistema regulador del infante, la matriz de deseo y la memoria del placer, desde la noción de experiencia de satisfacción, contribuyen al establecimiento de un patrón de contacto, que constituye la base para desarrollar estrategias interactivas. Por su parte, la experiencia de soledad, puede desarrollarse desde cortas edades, cuando la inmadurez del yo es naturalmente equilibrada por el yo auxiliar de la madre, que se introyecta con el curso del tiempo, volviéndose capaz de estar sólo sin la referencia frecuente de un símbolo materno (Raznoszczyk, 2006)

La homeostasis, o equilibrio, requiere lograr la regulación del afecto. La regulación afectiva, se ha definido como la capacidad de controlar y modular las respuestas emocionales, los bebés no pueden hacer esto solos. Sino que, están motivados para regular sus emociones dentro del contexto de interacción y relación con un adulto que se preocupa por ellos, generalmente sus padres. La regulación diádica, implica que la regulación afectiva sea apoyada tanto por el adulto como por el infante y le permite al niño modular progresivamente estados mentales cada vez más complejos, construyendo de esta forma el logro de la autorregulación afectiva.

Dentro de la regulación afectiva de los niños y como parte importante de su desarrollo, es el funcionamiento reflexivo parental, que se define como “la capacidad de percibir y comprenderse a sí mismo, tanto como a los demás en términos de estados mentales”. La función reflexiva parental, está estrechamente relacionada con el concepto de funcionamiento reflexivo, constituye una característica específica del funcionamiento mental considerada como un aspecto esencial de la forma en que los padres pueden comprender y significar los comportamientos de sus hijos (Slade et al., 2004)

El funcionamiento reflexivo parental se refiere a la capacidad de los padres para reconocer que el bebé o el niño pequeño tiene estados mentales, sentimientos, pensamientos e intenciones propios y está relacionado con la sensibilidad de los padres para comprender que tanto el comportamiento del niño como el suyo y las manifestaciones emocionales están conectados de manera significativa. Slade et al. (2004) sugiere que la capacidad de una madre para mantener en su propia mente la noción de tener sentimientos, deseos e intenciones le permite al niño descubrir su propia experiencia interna a través de la experiencia de su madre.

Así, el funcionamiento reflexivo materno constituye una contribución relevante a la capacidad del niño para regular sus propias manifestaciones afectivas y la reparación de la ruptura afectiva.

El proceso diádico de creación de significado y la regulación afectiva tienen un papel central en la construcción de la capacidad de organización del bebé. Diferentes contextos de juego diádico pueden proporcionar una posición privilegiada para la observación de tal proceso. La experiencia de jugar en los primeros años de vida facilita el surgimiento del yo y la subjetividad, y proporciona un sentido de confianza en uno mismo y en el otro. El juego libre madre-hijo amplía las oportunidades de interacción y presenta un patrón complejo de emparejamientos y desajustes afectivos diádicos (Dio Bleichmar, 2005)

A través del juego, el niño no sólo logra la autoafirmación, un sentido de agencia, sino que también experimenta con sentimientos de alegría y placer, permitiendo una expansión de sus acciones exploratorias. Es más, a través del juego diádico, tanto el niño como el adulto viven experiencias mentales reales, este escenario se desarrolla durante la infancia y la niñez.

Keren et al. (2005) señalan que el juego simbólico es un proceso que se desarrolla en el tiempo con claras relaciones secuenciales entre la facilitación de la simbolización del niño por parte de los padres y la complejidad de la expresión simbólica del niño. Dentro de la modalidad particular de "simulación", el niño puede percibir cómo el adulto reflexiona sobre los estados mentales. Esta actitud mentalizadora de los padres proporciona al niño una representación sobre los contenidos de su mente y la de sus padres.

Tanto el funcionamiento reflexivo como la regulación afectiva, constituyen aspectos observables de un fenómeno profundo que puede relacionarse con la concepción de Freud hizo en 1896 acerca de la estratificación sucesiva de la psiquis. El padre del psicoanálisis, considerado una de las mayores figuras intelectuales del siglo XX, propone que “los signos perceptivos son las primeras transcripciones de las percepciones, no susceptibles de conciencia y articuladas según una asociación por contigüidad” (Schejtman et al., 2014, p. 29). Sin embargo, existe un núcleo pre-representativo regido por las leyes “anacrónicas” de la descarga y son susceptibles a ser activadas de manera traumática.

Dicho esto, el acompañamiento de adultos reflexivos en la construcción del sujeto del infante constituye un factor fundamental en la construcción de un efecto preventivo, puesto que la capacidad de conexión del adulto inhabilita los niveles hipertróficos de excitación y posibles causantes de traumas para la psiquis que se está formando. Además, al adulto y su capacidad reflexiva contribuye a la regulación afectiva diádica y el pasaje a la simbolización y autorregulación.

2.1.2 El estadio del espejo

Jacques Lacan escribió titulado "La etapa del espejo como formativa de la función del yo revelado en la experiencia psicoanalítica", publicado en su libro *Ecrits,* donde intentó comprender cómo un bebé relaciona su concepto de "yo" mientras mira su propio reflejo en el espejo. Lacan (1949) afirmó que "El niño, a una edad en la que es por un tiempo, por pequeño que sea, superado por el chimpancé en inteligencia instrumental, ya puede reconocer su propia imagen en un espejo". Con esta base, se puede entender que el niño crea su propio 'yo' a través de su juego de espejo, superando los obstáculos que lo rodean y relacionándolo con su propia identificación de él; Lacan denominó esta etapa como "estadio de espejo" (Amante, 2006).

El estadio o etapa de espejo representa el hecho de que un niño mira su propio reflejo en el espejo, dando paso a la formación del yo del niño como parte del impulso para crear sentido de lo que le rodea, generando una visión racional de su propio mundo. Bergès & Balbo (2016) mencionan que cuando el niño percibe su imagen en el espejo, advierte que puede ser el doble y otro que sí mismo, y por lo tanto ya no necesita a su madre para tener un doble, se genera una sustitución del doble real por uno virtual con el que el niño pueda conformarse y a partir del cual pueda constituirse para él un narcisismo parcial ligado a su propia imagen en el espejo (Smit, 2010)

La etapa comienza cuando el niño reconoce por primera vez su propia imagen en un espejo. En este punto de la vida del niño, está indefenso y depende exclusivamente de su cuidador para todo. El niño tampoco tiene un control total sobre sus habilidades motoras, si bien el niño no siempre tiene control sobre su propio cuerpo, rápidamente se da cuenta de que haciendo cualquier movimiento que pueda, ejerce una especie de control sobre la imagen en el espejo, lo que le proporciona un gran placer (Smit, 2010)

Rojas & Soto (2007) mencionan que “en la constitución subjetiva hay un momento mítico en que el *infans* asume su imagen unificada en el espejo, y a partir de esto adviene un yo especular que se sostiene en la identificación con una imagen unificada de su cuerpo, marcada ya por el deseo” (p.205)

Esta “ruptura”, el momento en el que el niño en el espejo percibe que es otro que la madre, es constituida por Lacan como un duelo, en el que el niño se constituye como sujeto. El periodo de construcción de la identidad del niño, esta intervenida por el espejo y se da entre los primeros meses de vida, de seis a dieciocho meses. Lacan da fin a la etapa del espejo en el momento en que el yo especular se convierte en el yo social, es decir, el niño deja de mirar el reflejo en el espejo y comienza a mirar el de otras personas, sus semejantes (Owen, 2021)

2.2. El cuerpo del niño

Previo al nacimiento, menciona Lacan (1972) que “el niño es hablado, nombrado y esperado en el mundo” por sus padres. Durante la etapa de gestación la madre cede al niño cualidades y afectos, dando lugar a una relación madre – niño que está presente en el discurso del padre, lo que indica que el tercero simbólico ya está presente y dificultará esta relación a dos, pese a que en los primeros vínculos el tercero tiende a ser excluido (Bergès, 1999 citado en Ulriksen, 2010).

En este contexto, es necesario referirse al complejo de Edipo. Freud propuso por primera vez el concepto de complejo de Edipo en su libro de 1899 “La interpretación de los sueños”, aunque comenzó a usarlo formalmente en 1910, el termino merece el nombre por el personaje del Edipo Rey de Sófocles que accidentalmente, y sin conocimiento, mata a su padre y se casa con su madre. El concepto se volvió cada vez más importante a medida que continuaba desarrollando su teoría de desarrollo psicosexual.

En el niño, el complejo de Edipo o, más correctamente, el conflicto, surge porque el niño desarrolla deseos sexuales (placenteros) inconscientes por su madre. La envidia y los celos están dirigidos al padre, el objeto del afecto y la atención de la madre. Estos sentimientos por la madre y la rivalidad hacia el padre llevan a la fantasía de deshacerse de su padre y ocupar su lugar con la madre. Los sentimientos hostiles hacia el padre conducen a la ansiedad de castración, un miedo irracional a que el padre lo castrará como castigo (Freud, 1901, p. 50).

Para hacer frente a esta ansiedad, el hijo se identifica con el padre. Esto significa que el hijo adopta o internaliza las actitudes, características y valores que tiene su padre, esto es, personalidad, rol de género, comportamientos masculinos de tipo papá, etc. El padre se convierte en un modelo a seguir más que en un rival. A través de esta identificación con el agresor, el niño adquiere su superyó y el rol sexual masculino, y sustituye su deseo por la madre por el deseo por otras mujeres, dando fin al complejo de Edipo (Freud, 1901, p. 55).

Las influencias externas, incluidas las normas sociales, las enseñanzas religiosas y otras influencias culturales, contribuyen a la represión del complejo de Edipo. Es de esto que surge la conciencia del niño, o su sentido general de lo que está bien y lo que está mal. En algunos casos, sin embargo, Freud (1905) sugiere que estos sentimientos reprimidos también podrían resultar en un sentimiento inconsciente de culpa. Si bien es posible que esta culpa no se sienta abiertamente, aún puede tener una influencia sobre las acciones conscientes del sujeto.

Jacques Lacan desarrolló su propio "modelo estructural" distintivo del complejo de Edipo, reformulándolo como una estructura simbólica que organiza las relaciones inconscientes. El complejo de Edipo representa una estructura triangular que rompe la relación binaria entre madre e hijo. Para Lacan, la importancia de la comprensión de Freud sobre la sexualidad infantil radicaba en la función del falo como significante de carencia y diferencia sexual. El falo en la teoría lacaniana no debe confundirse con el órgano genital masculino, este representa un significante particularmente privilegiado, puesto que inaugura el proceso de significación mismo. El falo opera en los tres registros de Lacan: el imaginario, el simbólico y el real (Lacan, 1957)

Según Lacan (1957) el complejo de Edipo tiene una estructura triangular imaginara, compuesta por: madre, hijo y falo. Lacan analiza este pasaje de lo imaginario a lo simbólico identificando tres tiempos del complejo de Edipo, con una secuencia prioritaria más que cronológica. Previo a la invención del padre, nunca existe una relación puramente dual entre la madre y el hijo sino siempre un tercer término, el falo, que constituye un elemento imaginario que la madre desea más allá de su propio hijo. La presencia del falo imaginario como tercer término, en la estructura triangular, indica que el padre simbólico ya está funcionando en este momento.

En el primer tiempo del complejo de Edipo, el niño nota que tanto él como su madre están marcados por una carencia; la madre se ve incompleta, de lo contrario no sería desear, mientras que el sujeto no satisface completamente el deseo de la madre, en los dos casos el elemento que falta es el falo imaginario. El falo imaginario es lo que el niño asume que debe tener a fin de satisfacer el deseo de la madre. Al tratar de satisfacer el deseo de la madre, el niño se identifica con el objeto que presume que ha perdido e intenta convertirse en ese objeto para ella (Lacan, 1957).

El falo es imaginario en el sentido de que está asociado en la mente del niño con un objeto real que se ha perdido y puede recuperarse. El complejo de Edipo, para Lacan, implica el proceso de renunciar a la identificación con este falo imaginario, y reconocer que es un significante y como tal nunca estuvo allí en el primer momento.

En cuanto al significante, Lacan (1983) señala que:

> Las palabras fundadoras, que envuelven al sujeto, son todo aquello que lo constituye: sus padres, sus vecinos, toda la estructura de la comunidad, que lo constituye no solamente como símbolo sino en su ser. Son leyes de nomenclatura las que, por lo menos hasta un cierto punto, determinan y canalizan las alianzas a partir de las cuales los seres humanos copulan entre si y terminan por crear. No son otros símbolos, sino también seres reales que, al llegar al mundo, poseen inmediatamente esa pequeña etiqueta que es su nombre, símbolo esencial en cuanto a lo que está reservado (p.37).

Está por demás decir que el bebé no entiende estas palabras, sino las recibe por cada movimiento y actitud del otro, la madre. Jerusalinsky (1997) menciona que:

> Lo que permite la ruptura de la continuidad entre la madre y el hijo es la intromisión de un discurso que, operando en la madre la castración simbólica, obliga ambos a hacer referencia a un tercero. Es precisamente de esta referencia que se habla cuando se menciona el significante, ya que el padre se hace presente a través de su nombre, que es significante fundamental. Es sabido que este "Nombre del Padre" representa la ley de la prohibición incestuosa y, por extensión, la restricción del goce que lanza al niño y a la madre al campo del deseo; deseo cuyo objeto encuentra en el falo la simbolización esencial (p.6)

Lejos del cuidado materno, la constitución del sujeto atraviesa el campo materno, sólo partiendo del campo paterno: el falo articulador simbólico de la ley. Se trata de la ruptura, en

el principio, de la triangulación edípica causada por la completud del ser. En consecuencia, el otro materno inscribe sobre el cuerpo del niño la serie significante que afecta su relación, la misma que compone el conocimiento instintivo que facilita al niño inmiscuirse hábilmente en el arte del lenguaje. “La vertiginosa velocidad con que el niño estructura su expresión lingüística sólo tiene esta explicación: fue concebida como ya capturada en la red significante, y a partir del nacimiento mismo fue recibiendo sus impactos” (Jerusalinsky, 1997, p. 6)

En consecuencia, lo que Freud llamó castración, por tanto, es un proceso simbólico que implica el reconocimiento del niño de sí mismo como carente de algo: el falo. Para Lacan, la castración implica el proceso por el cual los niños aceptan que pueden simbólicamente tener el falo sólo aceptando que nunca podrán tenerlo realmente (Lacan, 1957).

El segundo tiempo del complejo de Edipo se caracteriza por la intervención del padre imaginario. El padre impone la ley al deseo de la madre negándole el acceso al objeto fálico y prohibiendo el acceso del sujeto a la madre, lo que representa la castración (privación) de la madre. Esta intervención está mediada por el discurso de la madre; es decir, lo importante no es que el verdadero padre intervenga e imponga la ley, sino que esta ley sea respetada por la propia madre tanto en sus palabras como en sus acciones (Lacan, 1957).

El tercer tiempo del complejo de Edipo está marcada por la intervención del padre real. Al demostrar que tiene el falo, y no lo cambia ni lo da, el verdadero padre castra al niño, en el sentido de imposibilitar que el niño persista en intentar ser el falo de la madre; De nada sirve competir con el verdadero padre, porque siempre gana. El sujeto se libera de la tarea imposible y angustiosa de tener que ser el falo al darse cuenta de que el padre lo tiene. Esto permite que el sujeto se identifique con el padre (Lacan, 1957).

En esta identificación simbólica o secundaria, el niño trasciende la agresividad inherente a la identificación imaginaria o primaria, dando paso a la formación del superyó a partir de esta identificación edípica con el padre. Como lo simbólico es el reino del derecho, y como el complejo de Edipo es la conquista del orden simbólico, tiene una función normativa y normalizadora, señala entonces Lacan (1957) que "el complejo de Edipo es fundamental para que el ser humano pueda acceder a una estructura humanizada de lo real " (p. 235), esta función normativa debe entenderse en referencia tanto a las estructuras clínicas como a la

cuestión de la sexualidad. El sujeto ahora ve al padre como un rival del deseo de la madre (Lacan, 1957).

Por otro lado, Bergès (1999) señala que "la evolución de las relaciones madre-niño es una evolución de una exclusión inicial. El punto de partida de la relación con el hijo es el desborde de la madre en cuanto al control de su cuerpo" (p. 277). Para la madre las alternativas representan en aferrarse a tener el mando y potestad sobre el niño o dejarle un espacio y no sobrecargar la relación. Las primeras relaciones y el desarrollo de la construcción del sujeto del niño estarán marcados por la capacidad de la madre para reconocer que es el niño quien, desde el nacimiento y después de este, la abruma debilitando el cuerpo de la madre y llevándola al fracaso de su supremacía.

La relación tan cercana entre el cuerpo de la madre y el cuerpo de su hijo, genera en la madre dos opciones de consideración del cuerpo del niño: ya sea, como una extensión imaginaria de su cuerpo, creada de miedos y deseos, pero con las peculiaridades del niño; o como parte de su cuerpo mismo, cosificándolo, experimentándolo como una posesión, sobre la que tiene el control. En cualquiera de los casos, se conjugan los movimientos de súplica de la madre del niño o siendo el bebé quien llama con la mirada, la solicitud alternada entre los dos sujetos, empieza a ritualizarse, estableciendo tiempos y bases de la función de pensar, y a encontrar un significado compartido (Sampaio, 2016).

Como se mencionó en la sección 2.1.2, aproximadamente a los seis meses de edad empieza la etapa del estadio del espejo, lo que incrementa el bloqueo del desarrollo de las habilidades propiciado por la madre asertiva. Es aquí, cuando el niño mira al espejo, mueve su cuerpo y mira a la figura materna tomándola como punto de referencia, donde puede darse la alineación a partir del vínculo dual especular, es decir, se genera una condición de separación hacia la autonomía. Cuando el bebé tiene dificultades para encontrar a la madre, genera ruidos y ritmos, sin sentido, pero ella le habla a su hijo preguntándole a cerca de sus necesidades, asumiendo que las comprende y que tienen la capacidad de responder. Estos sonidos, desordenados y sin un mensaje claro, no representan únicamente una necesidad sino la demanda de atención (Ulriksen, 2010).

Ulriksen (2010) señala que: “esta disyuntiva aparece como fundamental en la organización de tempranas "adicciones" que luego se expresarán como problemas alimentarios, bulimia, anorexia, o conductas de exigencia” (p. 11). Estos síntomas implican el padecimiento de trastornos por dependencia a futuro y muestran la falta de introyección de una mirada que calma. La madre que se considera a sí misma una especialista en la crianza de su hijo y se enfrasca negativamente en su función, bloquea el funcionamiento propio de niño y muestra su dominio sobre los cualesquiera de los objetos que fabrica el niño, como ni no pertenecieran a este.

Bergès – Bounes (2016) mencionan que el cuerpo viene a formarse por medio del transitivismo, siendo la palabra de la madre la que permite tener un cuerpo al niño. Por ejemplo, un niño corre, se cae, se levante, no dice nada y se va; la mamá dice: ¡Ay! Entonces, el niño lo siente. Es decir, el niño sintió el dolor a partir de que el otro se apropia de él y lo trasmite. Y es exactamente esto lo que sucede entre la madre y su bebé, convirtiendo el transitivismo en indispensable para el anudamiento real, simbólico e imaginario. La madre no transitiva acciona sin hablar, bloqueando el anudamiento del niño a sus propios significantes, obviando el anudamiento al cuerpo del niño.

La madre puede limitar su actividad, viéndose atrapada de manera inconsciente en la distribución de objetos de necesidad sin cubrir la demanda de atención. La respuesta con objetos, convierte a la madre en uno de estos, pasando a ser parte de los objetos no simbolizables. Esto implica que el niño no pueda sustituir la madre ausente por una palabra, por su imagen o por una representación, sino que la necesita a ella como objeto real o a un sustituto concreto, dando inicio a una ruptura en la relación de apego funcional que marca el desencuentro y la negativa (Ulriksen, 2010)

2.3. El acting – out del niño

Chemama (1998) define el acting out como el “actuar que se da a descifrar a otro, especialmente al pscicnalista, en una destinacion la mayor parte de veces inconsciente. El acting out debe ser claramente distinguido por el pasaje al acto” (p. 2)

Freud (1914) empleó *Agieren*, proveniente del aleman, que significa “actuar” con este término pretendia cubrir los actos de un sujeto dentro y fuera del análisis, puesto que recubre

dos significaciones: la de actuar y la de reactualizar, en la trasnferencia de una accion anterior. En la obra de Freud “Recordar, repetir y reelaborar” escrita en 1914, “repetir " y " recordar " son "formas contrastantes de traer el pasado al presente ". Si los eventos pasados se reprimen de la memoria , regresan al presente expresándose en acciones ; cuando el sujeto no recuerda el pasado , por lo tanto, está condenado a repetir actuándolo. “El paciente no recuerda nada de lo que ha olvidado y reprimido , sino que lo actúa . Lo reproduce no como un recuerdo, sino como una acción; lo repite , sin, por supuesto, saber que lo está repitiendo” (Freud, 1914, p.150)

Por su parte, Laplanche y Pontails (1996) definen el acting out como:

> Término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto o heteroagresiva. En el surgimiento del acting out el psicoanálisis ve la señal de la emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en el curso de un análisis (ya sea durante la sesión o fuera de ella), el acting out debe comprenderse en su conexión con la transferencia y, a menudo, como una tentativa de desconocer radicalmente ésta (p.15)

Castro (2007) menciona que el acting-out representa un acto de repetición inconsciente, una manera de traer el pasado al presente, emerge partiendo de la contención de la memoria de sucesos en la historia del sujeto, surge como una mostración del inconsciente que se da sin previo aviso y de la cual el sujeto no puede descifrar los motivos que tuvo para ese acto

Lacan (1962 - 63) señala que:

> El acting-out es entonces una conducta sostenida por un sujeto y que se da a descifrar al otro a quien se dirige, es una trasferencia. Aunque el sujeto no muestre nada, algo se muestra, fuera de toda rememoración posible y de todo levantamiento de una represión. El acting-out da a oír a otro. que se ha vuelto sord, constituye una demanda de simbolización exigida en una trasferencia salvaje (p. 143)

Desde una perspectiva lacaniana , esta definición básica de actuar, propuesta por Freud, es verdadera pero incompleta; ignora la dimensión del otro. Lacan sostiene que la actuación es el resultado de no recordar el pasado y enfatiza la dimensión intersubjetiva del

recuerdo. Es decir, el recuerdo no implica simplemente recordar algo a la conciencia , sino también comunicarlo a un otro por medio dediscurso . Por tanto, el actuar resulta cuando el recuerdo se hace imposible por la negativa del otro a escuchar (Lacan, 1962 - 63).

Cuando el otro no escucha, el sujeto no puede transmitirle un mensaje en palabras y se ve obligado a expresar el mensaje en acciones. La actuación es, entonces, un mensaje cifrado que el sujeto dirige al otro, aunque el sujeto mismo no es consciente del contenido de este mensaje ni siquiera consciente de que sus acciones expresan un mensaje . Es el otro a quién se le ha confiado la tarea de descifrar el mensaje ; sin embargo, le es imposible hacerlo (Lacan, 1962 - 63).

Rowan (2013) señala que el sujeto se interesa fundamentalmente por dos formas de ignorancia, por un lado en relación con lo que desea y, por otro, en relación con lo que disfruta. Tal ignorancia adopta muchas formas, comúnmente manifestadas en aquellos lugares donde se encuentra, en cierto sentido, diferente a sí mismo, y donde puede, por ejemplo, sorprenderse o aterrorizarse, o ambos, en el punto de encuentro con un sueño, un síntoma, un desliz acting-out.

El acting-out nace de la dificultad de recordar el pasado, pero dentro de una situación específica, este impedimento lo posiciona en el acto analítico, no obstante, también se sitúa en aquellos casos donde el acto está dirigido al gran otro que no escuchó y elimina la posibilidad del recuerdo. Lacan (1986) (citado en Castro, 2010) menciona que “cuando el otro se ha vuelto sordo, el sujeto no puede trasmitirle un mensaje en palabras por lo que se ve orillado a expresarlo en acciones” (p. 67)

Es entonces, que el acting-out se convierte en un mensaje encaminado desde el sujeto a otro que se niega a escuchar, pese a que el sujeto puede desconocer el contenido y las razones de su manifestación. El carácter demostrativo del acting-out involucra la mostración y repetición al Otro, el sujeto intenta trasmitir el mensaje a través del acting-out, relacionándolo con el concepto de repetición, repetición de lo reprimido, donde el sujeto actúa aquello que por la represión de los significantes no puede recordar. Es decir, el acting-out está del lado del sentido reprimido enlazado a un significante.

Lacan (1963) (citado en Castro 2010) menciona que:

> Esencialmente, el acting-out es la mostración, el mostrado, velado sin duda, pero sólo para nosotros como sujeto, en tanto que eso habla, en tanto que eso podría ser verdadero, no velado en sí, visible, por el contrario, al máximo, y por esto mismo, en cierto registro, invisible. Al mostrar su causa, lo esencial de lo que se muestra es el resto, su caída (p. 69)

El acting-out constituye una trasferencia sin análisis, una trasferencia salvaje, como lo señala Lacan; representa ese "algo" que se muestra al otro, está dirigido al otro y lo necesita para mostrar algo diferente de lo que es. Cabe mencionar que este no está en comunión con el síntoma, puesto que, a diferencia del acting-out, el síntoma no necesita del otro (Barberis, 2007)

En el acting-out, el sujeto permanece en la escena y siempre tiene un marco para el mensaje que va dirigido al Otro. Es una identificación de un sujeto a un significante, donde se juega el ser y el goce, pero en relación al sentido sin perder en ningún momento la relación con el Otro. De manera análoga, el acting-out puede explicar los excesivos movimientos de un niño diagnosticado con TDAH, ya que expresa con acciones lo que el otro no se permite escuchar. Ubieto (2014) menciona que frecuentemente se emplea la frase "lo hace para llamar la atención" evidenciando las palabras ausentes apresadas en el cuerpo con el movimiento. En este sentido, no es extraño el hecho de que los niños ejecuten un mayor número de movimientos mientras exista un otro que lo observa.

2.4. El pasaje al acto

El pasaje el acto se refiere a un determinado tipo de acción, definida por su agresivo y violento carácter, este tiene cierta similitud con el acting-out, no obstante, el pasaje el acto implica la ausencia total del sujeto en la escena, es decir, constituye una huida respecto al otro, hacia la dimensión de lo real, lo cual involucra la disolución del sujeto, convirtiéndolo en objeto. Chemama (1998) señala que el pasaje al acto representa "un dejarse caer", menciona que:

> Lacan completa el análisis desarrollado por Freud, partiendo de este pasaje al acto, cuando un sujeto se confronta radicalmente con lo que es como objeto para el otro, reacciona de un modo impulsivo, con una angustia incontrolada e incontrolable, identificándose con este objeto que es para el otro y dejándose caer. En el pasaje al acto, el dejarse caer, la evasión fuera de la escena de su fantasma, sin darse cuenta de ello, se marca siempre del lado del sujeto (p.5)

El pasaje al acto representa una disolución del lazo social y constituye una escapatoria de la red simbólica. Lacan (1962 - 63) señala que "la despersonalización se inicia con el desconocimiento de la imagen especular. Si lo que se ve en el espejo no resulta susceptible de ser propuesto al reconocimiento del otro, es porque lo que se ve en el espejo es angustiante" (p. 157). El pasaje al acto representa una demanda de amor y reconocimiento simbólico sobre un fondo de desesperación, se sitúa del lado de lo irremediable, compone el traspaso de la escena, al encuentro de lo real, acción impulsiva cuya forma más típica es la defenestración (Chemama, 1998).

> Es juego ciego y negación de sí; constituye la única posibilidad, puntual, para un sujeto, de inscribirse simbólicamente en lo real deshumanizante. Con frecuencia, es el rechazo de una elección consiente y aceptada entre la castración y la muerte. Es rebelión apasionada contra la ineludible división del sujeto. Es victoria de la pulsión de muerte, triunfo del odio y del sadismo. Es también el precio pagado siempre demasiado caro para sostener una posición de dominio, en el seno de la alienación más radical, ya que el sujeto está incluso dispuesto pagar con su vida (Chemama, 1998, p. 3)

Esta angustia da origen a un acto que reemplaza la palabra, o hay enunciación por parte del sujeto; este pasaje al acto permite una huida del Otro, fuente de la angustia. El pasaje al acto está asociado a la pulsión de muerte, hay en él una repetición, pero repetición pulsional mortífera. Lacan menciona que la función del fantasma en la psique del sujeto se articula al deseo, regula el goce y civiliza la acción de pulsión. La violencia real surge en el momento que se desmorona la estructura simbólica que garantiza la vida de la comunidad (Lacan, 1962 - 63)

Para el sujeto, resulta extremadamente difícil no encontrar la estructura de ideal para sumir determinados roles en la vida, por lo que es llevado fuera del fantasma, hacia lo real y el pasaje al acto es la única respuesta que encuentra, generando una desarticulación completa en su estructura. Entonces, el pasaje al acto representa el paso salvaje y radical del fantasma, lo que supone un franqueamiento de los límites del sujeto (Florez & Gaviria, 2014).

La diferencia entre el pasaje al acto y el acting-out radica en que el pasaje al acto se trata de un actuar inconsciente e impulsivo, fuera de registro simbólico, y sin orientarse al otro, totalmente independiente del análisis, ni dentro ni fuera. En el pasaje al acto no existe una representación sino un intento de pasar a lo real, esto es, perder completamente la identificación masiva con el objeto que él es para el gran otro (Garcia, 2003).

Lacan (1962 - 63) señala que el actuar, *acting – out*, es un mensaje simbólico dirigido al gran otro , mientras que el pasaje al acto es una huida del otro a la dimensión de lo real . El paso al acto es, pues, una salida de la red simbólica, una disolución del vínculo social. Aunque el paso al acto no implica necesariamente, psicosis subyacente, implica una disolución del sujeto; por un momento, el sujeto se convierte en un objeto puro.

El pasaje al acto se emplea para aquellos actos impulsivos, con una naturaleza violenta, que probablemente marque el inicio de un episodio psicótico agudo, puesto que se atribuye a la acción de la psicosis. Es la idea de paso lo que importa, pues se refiere a la relación entre el acto y el supuesto proceso mental que lo prepara y facilita, planteando la cuestión de la conexión entre pensamiento y acción.

La palabra pasaje denota el salto repentino de un acto de fantasía a un acto real, un cambio que normalmente sería inhibido por los mecanismos de defensa. Lacan (1962 - 63) afirma que la ansiedad puede resolverse mediante el pasaje al acto, asevera una distinción entre el pasaje al acto y la actuación, esta última se limita al marco del tratamiento y la dinámica de la transferencia.

El paso al acto es el efecto de un modo preedípico de funcionamiento psíquico dominado por procesos primarios, por una incapacidad para tolerar la frustración, respetar la prueba de la realidad o frenar la tendencia a la impulsividad. Desde este punto de vista, un ego débil puede ser responsable de una propensión a pasar al acto, refiriéndose a la relación entre el acto y su mentalización; de hecho, podría considerarse como una exclusión casi total de cualquier proceso mental del acto.

CAPÍTULO III

TRATAMIENTO DE RELAJACIÓN TERAPÉUTICA EN NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD

3.1. ¿Qué es un tratamiento de relajación infantil?

En términos generales, la relajación es la respuesta opuesta a la respuesta de lucha o huida que permite una reducción de la presión arterial, el consumo de oxígeno, la frecuencia respiratoria y cardíaca y la tensión muscular; y resulta en una sensación de bienestar. Así, la respuesta de relajación se puede caracterizar como la capacidad de los organismos para recuperar su homeostasis tras el fin de los estresores (Benson & Klipper, 2000).

No obstante, para Jean Bergès la relajación infantil constituye una herramienta terapéutica basada en la psicomotricidad. Tomando en cuenta la premisa de que la función motora está directamente articulada a la estructura y a la maduración del sistema nervioso central, así como al desarrollo psíquico, se deduce que la psique y la motricidad se articulan en las mismas estructuras.

Julián de Ajuriaguerra fue quien dio inicio a la idea de relajación terapéutica. A esta se suman el diseño y fundamentación del método de Jean Bergès, quien hizo aportes teóricos y prácticos. Es imprescindible considerar las bases psicoanalíticas y las contribuciones de Jacques Lacan, entre estas la fase del espejo, el origen del sujeto psíquico en lo corporal, y especialmente, el investimento del cuerpo a través del otro, la madre (Bergès-Bounes et al., 2008)

Bergès-Bounes et al. (2008) mencionan que resulta equivoco el uso del término "relajación" puesto que puede referirse a la idea de hedonismo, masajes, baño turco, entre otros; el término adecuado es "relajación terapéutica" ya que indica tratamiento y psicopatología, es decir, su ejecución requiere de profesionales capacitados. La diferencia entre la relajación terapéutica y las técnicas de alivio radica en que estas últimas implican un cuidado materno, al tiempo que buscan, a través de la regresión, que le niño reviva las etapas incompletas de su desarrollo.

Por su parte, la relajación terapéutica, de acuerdo con Bergès-Bounes et al. (2008), es "un trabajo sobre el cuerpo, una experiencia subjetiva del cuerpo que el niño viene a hacer en

grupo, cada semana, en una relación con el terapeuta que sugiere imágenes mentales, toca y moviliza el cuerpo del niño y nombra las diferentes partes" (p. 59). En este sentido, la relajación terapéutica constituye una práctica única que enlaza, en presencia del terapeuta, la concentración mental a la desconcentración muscular, mediante el tacto y el nombramiento de las partes del cuerpo.

En un niño, incluso antes del nacimiento, se produce una restricción que necesariamente involucrará al cuerpo. Esta restricción se refiere al habla y al lenguaje. El cuerpo se habla mucho antes de que pueda hablar. La dimensión física se encuentra no sólo en la psicoterapia mediada corporalmente, también lleva significantes que, por así decirlo, están inscritos en el cuerpo y articulados por el cuerpo usando el habla o el lenguaje escrito. En la medida en que las palabras se adhieren al cuerpo y el cuerpo contiene palabras, el cuerpo y la psique se empalman, abriendo así la posibilidad de que la terapia psicomotora pueda ser psicoterapia y no sólo un intermediario entre el cuerpo y el trabajo psíquico (Bergès, 1996)

Por tanto, la relajación terapéutica establece una relación entre el profesional terapeuta y el infante, que permite una trasferencia en un estado posturomotor modificado, donde se tiene una vivencia subjetiva del cuerpo, que dista de una terapia verbal.

Bergès-Bounes et al. (2008) mencionan que:

> El cuerpo implicado en la relación trasferencial en relajación plantea, de manera original, las relaciones entre la imitación, el reconocimiento, la individuación y la identificación, y lleva al niño progresivamente a adquirir cierta autonomía. Así decimos que, lejos de ser una técnica instrumental, la relajación terapéutica es un método que tiene en cuenta todo el campo clínico. Ella supone escuchar de forma global los diferentes aspectos de la vida del niño y de sus dificultades, y no solamente lo que se ha expresado en las diferentes manifestaciones corporales sintomáticas que haya suscitado la consulta (p.30).

La relación terapéutica funciona desde el momento en que el terapeuta se convierte en un compañero aceptado y deseado por el niño, y es a partir de ahí que se desarrolla la capacidad de jugar y crear. Los problemas que aborda pueden tener un impacto corporal, como la dispraxia[1] y los trastornos del cuerpo y el esquema relacional, como dificultades de

[1] Trastorno del desarrollo de la niñez caracterizado por la torpeza en niños sanos

comunicación, hiperactividad, dificultades cognitivas, es decir, déficits de atención y memoria (Martin, 2011).

En niños hiperkinéticos, la relajación disminuye la motricidad excesiva, al tiempo que permite sentir su cuerpo, de una manera diferente a la acción, y percibir sus límites corporale de otra forma que, enfrentándose a las prohibiciones de los adultos. La observación o convivencia con un niño hiperkinético, siempre está acompañada de límites marcados fuertemente por "no, no, no, no". En este sentido, la relajación permite al niño tenga el sentido de pertenencia de su cuerpo, donde cada parte de éste está limitada por otra parte de su mismo cuerpo, siendo este limitado por el tacto del terapeuta, por los movimientos del terapeuta y por las palabras que el terapeuta impone sobre el cuerpo ya que ese "no, no, no", no son palabras. La relajación inicia con el hecho de poner palabras sobre el cuerpo y una imagen sin palabras, no se asemeja a nada (Bergès, 1990).

Bergès (1990) asemeja el cuerpo a un escudo puesto que se muesttra a otros y se asimila al de la familia, no obstante, un escudo representa una imagen y debajo está el distintivo y si este se saca, la imagen cae, tal como la inscripción por las palabras de la madre. El escudo sin distintivo es la imagen del cuerpo, es lo que hace suponer que se trataría de una imagen del todo. Justamente el distintivo muestra lo que falta porque este no puede ser general.

El cuerpo del niño hiperkinético, está carente de palabras, emite un discurso desordenado e insensato a través de su acción. Durante la terapia, el psicomotricista promueve la confianza y seguridad del individuo, con el fin de permitirle experimentar sus estados emocionales, es decir, sentir que ese espacio es suyo y la forma en que se encuentra en él es lo que más desea (Bergès, 1990).

El niño inestable que no pone atención a nada, no parece tener acceso sino a su propia motricidad, es él quien es sensible cuando se le habla de muerte. Entonces ¿por qué aquel cuerpo es inestable? Es erróneo creer que los niños inestables son los más intolerables en la relajación, contradictoriamente son los niños inhibidos en la cuarta o quinta sesión. La inhibición, es la contención del cuerpo en el cual el cuerpo es arrastrado a la satisfacción motriz, es la imposición de esta satisfacción porque la satisfacción motriz es la erotización de

la actividad del niño con la madre, mientras que la relajación le permite satisfacerse (Bergès, 1990).

En este sentido, la relajación infantil permite que el niño alcance un estado de calma que disminuye los niveles de estrés, la ansiedad, y las tensiones corporales; dando paso a la conexión de la mente y el cuerpo, desde la localización de los elementos corporales hasta el dominio de todos y cada uno de los movimientos, mostrando mejoras a nivel familiar y educativo.

3.2. Importancia de la relajación en niños escolares con hiperactividad

Como se ha mencionado anteriormente, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno crónico generalizado que afecta el bienestar y el éxito de los niños en la vida. En este sentido, existen dos posibles tratamientos para mejorar la calidad de vida de estos niños: el farmacológico y las terapias. La diferencia radica en los efectos secundarios que genera cada tratamiento, contrario al tratamiento farmacológico, el tratamiento terapéutico tiene pocos o ningún efecto secundario no deseado.

Los beneficios potenciales y la importancia del tratamiento terapéutico, especialmente de la relajación terapéutica, se ha evidenciado a través de la investigación. Martin (2011) (citado en Alcaraz, 2012) menciona que para los niños que presentan hiperactividad es difícil mantener la atención en una actividad específica, sin embargo, la relajación tiende a facilitar la concentración del niño en el desarrollo de una determinada actividad, es decir, la relajación permite controlar el tono en la edad escolar mejorando el aprendizaje del control atencional mediante el control de los músculos del cuerpo (p.11)

La relajación terapéutica permite un conocimiento de la función tónica. Cabe señalar que el uso de la palabra puede jugar un papel importante en la toma de conciencia de lo vivido y, cuando sea necesario, en la reorganización de la memoria tónica asociada a las experiencias traumáticas. Así, el individuo podrá diferenciar la función tónica de la expresión concreta del movimiento y, a través de sensaciones propioceptivas, podrá reelaborar las vivencias traumáticas presentes en la memoria tónica (Maximiano, 2004)

Alcaraz (2012) menciona que la importancia de la relajación está en que proporciona un descanso para la mente del niño, evitando confusiones y facilitando la retención de lo

aprendido (p. 40). Sánchez (2003) utilizó técnicas de relajación en un grupo de estudiantes entre 13 y 16 años con discapacidad intelectual ligeral[2], donde demostró que el control tónico de los sujetos de investigación mejoró con la aplicación del tratamiento, evidenció también un incremento de las capacidades perceptivas y de memoria visual, así como una reducción de la ansiedad (p.57).

En el estudio desarrollado por Alcaraz (2012) se mostró una mejoría en: (1) tonicidad, mostrando que el tono puede variar y ser controlado mediante la relajación; (2) pasividad, se evidencia una disminución en el índice de sujetos apráxicos; (3) extensibilidad, se denota un aumento pronunciado en el porcentaje de alumnado que muestra una realización controlada y adecuada; y finalmente, (4) respiración, se evidencia que la relajación mejora el control respiratorio progresivo, que es el dominio de la respiración adaptada en amplitud, capacidad y frecuencia.

En general, las técnicas de relajación para niños mejoran su bienestar general, su capacidad para manejar el dolor, la concentración y la capacidad para conciliar el sueño por la noche. Reducen también la ansiedad y el comportamiento agresivo en los niños y mejoran sus habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas, la estabilidad emocional y el rendimiento académico. Esto, gracias a que las técnicas de relajación permiten que el niño se sienta más seguro con su cuerpo y con el conjunto de comportamientos tónico – emocionales, ejerciendo control sobre el tono muscular, las emociones y la sensibilidad por medio del conocimiento del propio cuerpo.

3.3. El control tónico y su relación con la relajación

El control tónico refiere a la actividad muscular del cuerpo. García, 2007 (citado en Alcaraz, 2012) menciona que la ejecución de un acto motor voluntario precisa del dominio sobre la tensión de los músculos que participan en el movimiento, sin este sería imposible la ejecución de cualquier movimiento (p.12).

El estudio del tono permite diferenciar una inestabilidad con paratonía, caracterizada por un fondo permanente de tensión, donde la inestabilidad se muestra como una fuga en relación con el estado de control y una inestabilidad en la que el equilibrio tónico es normal,

[2] Quienes la padecen son personas capaces de desarrollar procesos de vida, desenvolverse y comprender el mundo, con apoyos intermitentes o limitados, a lo largo de su proceso vital

pero con excesivos signos de emotividad intensa, incluso caótica: mirada inquieta, sobresalto exagerado ante la menor sorpresa, temblor de manos, sonrojo, etc. Son niños que parecen estar todo el tiempo en un estado de hipervigilancia, como si el entorno pudiera ser peligroso u hostil (Marcelli & Ajuriaguerra, 1996).

El desarrollo madurativo del niño y la experiencia que obtiene con los objetos que se relacionan, son dos factores que determinan el control voluntario del tono. Casto y Manso (1988) (citado en Alcaraz, 2012) mencionan que en las situaciones tónico – emocionales el niño expresa su exitacion a través del tono, lo que se conoce como hipertonía o hipotonia muscular (p.12).

Para Martín (2011) el control tónico "está relacionado con el sostenimiento de la atención, con las emociones y las relaciones con los otros a través de complejos mecanismos neurológicos" se evidencia su estrecha relación con la relajación, respecto a la atención, la relajación tiende a facilitarla en niños hiperactivos, en cuanto a la relación entre tono y emociones la relajación disminuye la expresión de tensiones emocionales en tensiones musculares (citado en Alcaraz, 2012, p.13)

La función tónica actúa sobre todo el campo de fluctuación que oscila entre los estados de tensión y estados de relajación. Esta fluctuación tónica esta incluso orgánicamente vinculada a las relaciones que el niño establece con el mundo exterior, y sobre todo con la madre. Los procesos, a través de la relajación, que conciernen a las fluctuaciones en la función tónica están también muy anclados en la organización emocional del sujeto. La relajación permite al niño durante todo el tratamiento redistribuir, de alguna manera, la calma tónica (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 60).

La exploración de la función tónica es paulatina, inicialmente el niño se familiariza con las oscilaciones tónicas, ayuda en su resolución, sabe reconocerlos gradualmente, construyendo una manera para controlar las convulsiones tónicas de su historia emocional personal. Estas fluctuaciones pierden gradualmente su angustioso significado, su procesión emoción habitual y sus perturbaciones (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 60).

En algunos niños, la falta de estabilidad aparece aislada, sin carencias importantes en otros aspectos del desarrollo y sin que el equilibrio psicoactivo parezca desequilibrado. El

nivel intelectual es normal. El problema depende de la tolerancia del ambiente, especialmente el familiar ante este tipo de comportamiento. Es posible que ciertos niños presenten de manera innata una motricidad más llamativa que otros. En este caso, las excesivas exigencias pueden producir la adherencia de la reacción motriz en un estado patológico, estableciendo de algún modo una forma característica de ser: la inestabilidad (Marcelli & Ajuriaguerra, 1996)

La experiencia tónica y sus fluctuaciones no se limitan en la relación de la persona con el terapeuta, ya que permite crear cambios tónicos y contrastes tonicomotores. De hecho, entran en juego dos factores complementarios: el entorno y lo que dice el terapeuta durante las sesiones. El entorno, la calma, la penumbra, constituyen un marco de referencia tranquilizadora, facilitando la relajación y contrastando con el mundo exterior con su ruido, y sus limitaciones (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 62).

Por su parte, las imágenes constituyen una ilustración de una proposición que tiende a dar a esta experiencia tónica un nombre, un estado en palabras, como las manipulaciones; el habla hace presente la función tónica y sus modificaciones. El habla esta sugerida como una de las modalidades de acción de la relajación, se presencia una sensación tranquilizadora, una relación relajante en el medio ambiente constituida por el habla repetitivo del terapeuta. La conexión con el habla está constituida por lo que es percibido por el sujeto en el mismo lugar del cuerpo donde se crea la relajación, y cuyo nombramiento por parte del terapeuta constituye una especie de autenticación por el otro que no se deja de relacionar con un proceso de identificación (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 62).

La cura permite experimentar el destino de la cualidad tónica en la observación de las fluctuaciones, en la fase de concentración, que precede a la relajación, y en la atención de los niños. Es a través de la interacción que se establece, entre la calidad del enfoque mental y la relajación, que la experiencia del niño identifica y experimenta el juego real de ida y vuelta, recíprocos de estos dos efectos. El enfoque mental en la imagen de calma sobre la representación de la relajación de un segmento del cuerpo expresado por una modificación tónica despierta un sujeto de atención, que, a su vez se percibe y se siente (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 63).

Este ir y venir se establece con la ayuda del terapeuta, pero, en las sesiones personales, es por sí sólo que el niño de alguna manera desencadena la resolución tónica a una imagen que se propone a sí mismo. A menudo, es en esta ocasión que el sujeto, por primera vez, experimenta la libertad de esta posición, esta marca de autonomía está coloreada por el estado de relajación que determina. Es una verdadera revelación el hecho de que el niño pueda poner contenido en las fórmulas que tantas veces se escuchan y repiten "ten cuidado"," concéntrate". Pero también y sobre todo existe la posibilidad de establecer un vínculo real entre este despertar y un estado que no es el de alerta (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 65).

Para los niños entre 10 y 11 años es difícil adaptar su actitud a la demanda de atención. Se encuentra con mucha frecuencia, especialmente en niños ansiosos o inestables, y en aquellos cuya vigilancia es mediocre, un verdadero abuso del estado de "atención": el niño aprieta los puños, estira las piernas, vomita, como si mostrara tensión y sorpresa frente a esta atención; este cuerpo de signo de exclamación es a veces uniforme integrado en un verdadero descontrol tónico-emocional. Está en la instalación de las modalidades de respuestas análogas pero opuestas a lo que se entrena en la fase de concentración mental durante su sesión (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 68)

Los niños que presentan dificultades psicomotoras, por lo general tienen dificultades para representarse, imaginarse, reflexionar o entablar relaciones espaciales. El interés de este aspecto de la psicomotricidad es permitir un objetivo educativo o terapéutico que tenga en cuenta esta fase inicial.

La inversión del significado de la respuesta tónica es cómo ese tipo reforzado por lo que sucede en el momento de la "recuperación", desde entonces viene la contracción muscular voluntaria, pero en un modo progresivo y armonioso, modificando el estado tónico. En definitiva, la relación que se establece entre concentración mental y la relajación tónica llega gradualmente a reemplazar lo que, desde la primera hora de vida, se establece entre el estímulo y la reacción tónica, primeros esbozos de la vida emocional, a través de la postura y el eje del cuerpo (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 68)

Los tónicos obviamente están involucrados en la cura de relajación. Esta progresión, constituye una auténtica exploración tónica del cuerpo a lo largo de cada sesión y el curarse a

sí mismo, en relación con el terapeuta que habla, toca y moviliza. En este cuerpo, siempre atravesado por el lenguaje, el aspecto cognitivo involucrado en la relajación parece ser topográfico de hecho, la propia progresión de la técnica interese a los miembros sucesivamente, luego los diversos segmentos del tronco, y finalmente los hombros y el cuello, así como la mandíbula; es ante todo una identificación topográfica real, el establecimiento de relaciones espaciales entre los diversos segmentos del cuerpo (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 72).

La relajación es considerada como medio para conseguir una restauración terapéutica de aquellas dificultades, esta conoce su principio, básicamente supone la resolución del tono. Las cosas suceden mientras que la función tónica está en sosiego, además, este método utiliza la sugestión y pone en función especialmente la puesta en reposo tónico proporcionada por movilizaciones, el tocar y nominar las partes del cuerpo ayuda al niño a reconocerlo, puesto que el decir "tu hombro, tu brazo, tu codo, etc." permite que el niño sienta la región, la mire y la ubique. Por otra parte, le permite el reconocimiento con el lenguaje de su hombro, de su brazo, precisamente como si se tratara del hombro, del brazo del terapeuta o de los niños que están a lado suyo (Marcelli & Ajuriaguerra, 1996)

Parte importante de la relajación es considerar y prestar atención la historia con la que el niño llega a terapia, que, aunque no lo pueda expresar verbalmente, es necesario interpretar tanto el discurso de los padres, como en el lenguaje corporal y gestual del niño. Entendiendo que el niño da cuenta, en su juego, en su funcionamiento psicomotor y en el lenguaje que expresa, aquello vivido en el encuentro con el otro. Por medio del recorrido histórico que se hace del pequeño, el terapeuta se aproxima al punto inicial de la construcción del cuerpo y de la estructuración del lenguaje para así establecer una intervención especifica acorde.

La relajación permite al niño experimentar su existencia sin tensión; es decir la relajación, no pretende destruir el síntoma, sino, hacer la experiencia de lo que podría ser algo a cambio a esta tensión. Al contrario, en los niños hiperkinéticos la relajación viene a contribuir la experiencia de una unidad, la de su cuerpo presente, aquel cuerpo que les permite originar, ser el punto de partida de lo transitorio y el eje de lo espacial. En el recorrido de la cura se ve progresivamente desaparecer esta inestabilidad motora incesante en la medida en que el cuerpo alcanza fronteras (Bergès, 1990)

El espacio de la representación del pensamiento, viene a reemplazar el espacio de la acción, porque para el niño inestable no hay espacio sino bajo la condición de transitarlo. En la relajación, alcanza el espacio no recorriéndolo sino representándolo, lo que necesita en efecto que haya un punto de referencia exacto. A través de esta explicación se da a conocer las relaciones entre los trastornos psicomotores y la relajación. Aquella apunta de alguna manera a utilizar lo que está a la disposición del niño, más que pretender reparar o sustituir lo que le falta (Bergès, 1990).

3.4. Tratamiento de relajación terapéutica propuesto por Jean Bergès

La Relajación Terapéutica para niños fue desarrollada en la década de 1960 por Jean Bergès, en el Hospital Sainte-Anne. Su campo de intervención abarcó a niños con dificultades psicomotoras, aprendizaje, expresión somática, trastornos somáticos, manejo del dolor, migraña y discapacidad (Bounes, 2010).

La Relajación Terapéutica combina concentración mental y relajación muscular, y el terapeuta gradualmente nombra y toca las diferentes partes del cuerpo, promoviendo el contacto entre cuestiones somáticas, imaginarias y del lenguaje (Bergès-Bounes, 2016). Por tanto, constituye una técnica original que combina concentración muscular en presencia del terapeuta que utiliza el tacto y la nominación.

El cuerpo involucrado en la transferencia en poses de relajación representa la cuestión de la relación entre imitación, reconocimiento, individuación e identificación, y gradualmente lleva al niño a una cierta conquista de la autonomía. Es decir, lejos de ser una técnica instrumental, la relajación terapéutica es un método que tiene en cuenta todo el campo clínico. Por tanto, supone una escucha global de las diferentes áreas de la vida del niño y sus dificultades, y no sólo que se expresa en las diversas manifestaciones corporales sintomáticas mecanismos que motivaron la consulta (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 9).

Este método consta de tres niveles constantemente entrelazadas: el tacto, el nombramiento de las partes del cuerpo y las imágenes. El terapeuta siempre está ligado a su palabra que nombra partes del cuerpo, a saber, el hombro, brazo, codo, antebrazo, muñeca, mano, etc. y ofrece imágenes: “el cuerpo está acunado sintiendo como un barco es sacudido por la ola en el Puerto ". Los tres registros se llaman constantemente al mismo tiempo,

repetidamente, lo más neutral posible: no se cambian palabras ni imágenes, es el niño quien, poco a poco, irá encontrando la las suyas, usará sus propias palabras, a medida que se convierta en menos dependiente de la relación con su terapeuta (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 11).

La relajación representa una propuesta realizada por el terapeuta al niño. Sin embargo, este es un elemento dinámico de relajación, ya que crea un contraste entre lo sugerido por el terapeuta y lo que experimenta el niño, entre lo que dice el terapeuta y lo imaginado por el niño, y constantemente se refiere al cuerpo de la realidad, el del terapeuta visto y presente y el del niño afectado, nombrado y movilizado (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 21).

El niño está entre la bisagra de la ilustración, representación y realidad concreta, tangible y estética del cuerpo, y es gracias a esto que el niño podrá probar su identidad, a través del reconocimiento, por parte del terapeuta, de su autonomía y su lugar como sujeto.

Entre los objetivos del método se encuentra aprender a relajarse, mejorar la conciencia corporal, la flexibilidad, la autoimagen y el autoconcepto, inculcar en el niño la capacidad de auto-relajarse, mejorar la capacidad de atención, así como promover una mayor capacidad de adaptar las respuestas a los estímulos del contexto ((Bergès-Bounes et al., 2008, p. 22).

La relajación terapéutica se puede aplicar según dos métodos que no difieren fundamentalmente: técnica de relajación individual, técnica de relajación en grupo.

La técnica de relajación individual se emplea en casos de gran ansiedad, esta técnica permite al niño superar el difícil curso de las primeras sesiones. Acompañado por el terapeuta u otro de niño, entra en la habitación, de la que puede salir y volver con un nuevo mensaje. Se acostumbra a la habitación, ve a los niños ir envejecido y haciendo su sesión. Mientras recibe una explicación de cómo se desarrollará la primera sesión., él mismo observa a los niños del grupo en relajación, cabe mencionar que incluso un niño muy inquieto o ruidoso generalmente se tranquiliza con el silencio y la calma postural de los que ha mirado y uno de los cuales le dejará un poco más tarde "su lugar" en un colchón, coloque gradualmente descubierto, y finalmente encontrado y tomado (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 31)

Por su parte, el interés de la técnica grupal reside en la gran cantidad de información de todo tipo que se puede recopilar antes, durante y después de la sesión, sobre los niños. No

obstante, la fórmula ideal recomienda que el número de pacientes por cada terapeuta no puede exceder de tres o cuatro. Esto supone el uso de espacios mayores con infraestructura adecuada para construir un "espacio vacío" donde el paciente pueda expresarse libremente y hablar sin dificultad con uno u otro (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 25)

El método propuesto pode Bergès se desarrolla en tres fases: La primera fase consiste en la concentración mental y el enfoque de la atención del niño en una determinada representación mental; la segunda fase busca la relajación y el descanso neuromuscular, y se divide en tres etapas (denominación y palpación - movilización pasiva - inducción de peso); la tercera fase consiste en el regreso, subdividido en tres etapas (borrando la imagen inicial - contrayendo los músculos - inhalando, exhalando y abriendo los ojos) (Bergès-Bounes et al., 2008).

Es necesario recalcar que la relación terapéutica es un asunto entre al niño y el terapeuta, libre de la presencia de la madre, el padre o cualquier otro miembro de la familia. Representa una técnica que se aprende con el terapeuta una vez a la semana y se entrena sólo en casa todos los días. Con el tiempo y la práctica, irá estableciendo nuevos vínculos entre lo que el niño piensa y lo que sientes en su cuerpo, es decir, responder de manera diferente a la molestia o la emoción, por ejemplo. La relajación sirve para experimentar el sentir del cuerpo sin moverlo o sin que esté tenso o doloroso, permitiendo sentirlo de manera diferente. Generalmente, la "cura típica" de la relajación, a razón de una sesión por semana, puede durar de un período de 6 a 9 meses, que en raros casos puede extenderse hasta los dos años escolares (Bergès-Bounes et al., 2008, p. 48)

El método propuesto por Bergès permite que el niño reviva de manera satisfactoria algunas experiencias tempranas; ayudándole a construir imágenes internas estables y seguras. La terapia en grupos tiene una ventaja sobre la terapia individual y es que permite al niño de expresarse, evitando que este se siente observado. Este método no tiene que ver con mantenerse tranquilos, sino que propone que el niño sienta e imagine su cuerpo de una forma diferente. La relajación terapéutica en los niños con TDAH, reside en el “corte” entre el cuerpo del niño y el cuerpo de la madre por medio de un tercero.

CONCLUSIONES

El desarrollo de las conclusiones se basa en los objetivos planteados al inicio de la investigación.

- La hiperquinesis representa el incremento anormal de la actividad muscular, esto vuelve al niño con TDAH insoportable, en el entorno de la sociedad actual, generando tensión dentro del ambiente familiar. Por lo general, son los padres del niño agitado quienes no se sienten a gusto con el comportamiento de su hijo y es por esta razón que el adulto hace la demanda y busca ayuda médica o psicológica con el fin de detener el consumo que le genera la hiperactividad de su hijo, sin contar los problemas de inclusión social que trae consigo la manifestación del síntoma hiperkinético. Por otro lado, la sociedad actual no considera lo que quiere expresar el síntoma del TDAH, sino, se enfoca en evaluarlo desde la perspectiva psicopatológica cosificando al sujeto. No obstante, la comprensión sintomática del TDAH concede, al niño y a su familia, la posibilidad de darle sentido a la hiperactividad y a la falta de atención, y a la vez facilita a los profesionales la búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento poco invasivas.
- El cuerpo del niño se forma a través de la identificación transitivista, misma que cumple la función de anudar el cuerpo biológico y orgánico al cuerpo de los significantes. En la existencia de la identificación transitivista, la presencia de la madre toma gran importancia, pues, no se da esta evolución. En el caso del TDAH, se encuentra una fragilidad, un obstáculo, con el momento de tránsito; esto trae a la madre a ser quien inscribe con palabras y pone límites al cuerpo del niño. A saber, el día de hoy existen limitaciones en el anudamiento de la palabra con el cuerpo, dándose presentaciones sintomáticas, como el TDAH. Por su parte, el cuerpo se halla en el goce puro, y el niño no comprende el porqué de su excesivo movimiento.
- La relajación terapéutica propuesta por Bergès constituye un tratamiento alternativo, al tratamiento basado en medicación, y con pocos o nulos efectos secundarios. En las sesiones de relajación terapéutica con niños hipercineticos, el terapeuta menciona todas las partes del cuerpo, con el propósito de que el niño enganche las palabras del terapeuta con imágenes que este va a ir creando de su propio cuerpo, permitiéndole

ubicarse, sentir su cuerpo y sentirse en unidad. Esta técnica es desarrollada del lado de un trabajo y no del lado del placer sexual, es decir, libera el cuerpo del niño del cuerpo del otro y permite que este hable y piense por sí mismo, dejando ese hacer permanente. La relajación terapéutica no reemplaza el trabajo con la palabra que se hace con el niño y su familia; se ejecuta paralelamente, puesto que, a través de la relajación y la trasferencia al terapeuta, de forma paulatina el niño se autoriza a pensar, empieza a hablar y a expresar con palabras aquello que le molesta, dejando ese actuar permanente y facilitando la terapia con la palabra. Es necesario mencionar que la aplicación de la relajación terapéutica en un niño con inestabilidad psicomotriz, no puede tratarse en un sólo sentido, esta debe incluir a la familia y a los educadores del niño.

RECOMENDACIONES

- Es fundamental considerar el TDAH desde otra perspectiva, tanto para los profesionales en psicología clínica, como para maestros y padres de familia. El conocimiento de la sintomática de la hiperactividad y falta de atención permite percibir de una manera distinta el sufrimiento del niño, y de esta manera buscar opciones diferentes a la medicación, evitando los efectos secundarios que esta tiene y tratando el problema desde la raíz.
- Es importante que la relación de madre e hijo sea positiva en los primeros momentos de subjetivación del infante ya que de esto dependerá su posterior desarrollo. El transitivismo juega un papel clave, puesto que es el momento en el cual la madre apalabra el cuerpo de su hijo, para organizarlo y concederle límites, permitiendo al niño adueñarse de su cuerpo.
- La escucha es crucial en los niños hiperactivos y desatentos, esta genera la oportunidad de conciliar aquello que el cuerpo intenta trasmitir, ese llamado al otro que se expresa con una motricidad excesiva o falta de atención, generando problemas a nivel familiar, social y educativo.

BIBLIOGRAFÍA

Abarzúa, M., & González, M. (2007). Salud mental infanto-juvenil como problemática pública. *Revista de psicología*, 79-95.

Ajuriaguerra, J. d. (1973). *Manual de psiquiatria infantil*. Barcelona: Toray-Masson.

Alcaraz, V. (2012). *Influencia de la relajación en el control tónico del alumnado de cuatro años*. España: Universidad Internacional de La Rioja.

Amante, M. (2006). The Mirror Stage as Formative of the Function of the I as Revealed in Psychoanalytic Experience. *Academia*.

American Psychiatric Accociation. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 5th ed*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Avellón, M. (2013). Psicoanálisis y TDAH: EL orígen de la hiperactividad y los problemas de atención en las vivencias primarias . *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del Adolescente*, 17-24.

Barberis, O. (2007). *Lo sinistro, el pasaje al acto y el acting out*. La Plata, Argentina: Facultad de Psicología - UNLP.

Barkley, R. (2014). *Attention deficit hyperactivity disorder: Handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.

Beatriz, S. R. (2006). La desatención y la hiperactividad en los niños. *XIII jornadas de investigacion y segundo encuentro de investigadores de psicologia del Mercosur*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Benson, H., & Klipper, M. (2000). *The relaxation response*. HarperCollins.

Bergès, J. (1990). Les Enfants Hyperkinetiques. *Jornadas franco-chilenas de psiquoatría y psiconálisis* (págs. 1-27). Paris: Association Freudienne Internationale.

Bergès, J. (1996). Pychomotor Therapies and Psychoterapies Involving a Corporal Approach. En J. Guimón, *The Body in Psychotherapy* (págs. 141-144). Geneva: Karger.

Bergès, J. (1999). *L'évolution de la relation entre l'enfant et la mère. En Au Début de la Vie Psychique. Le Développement du Petit Enfant*. Paris: Odile Jacob.

Bergès-Bounes, M. (2007). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant* . Francia: El sevier Masson.

Bergès-Bounes, M. (2016). *Clinica psiconalitica con niños*. Quito: Rimana.

Bertholet, R. (2019). Freud y la clínica del síntoma. *Revista Psicoanálisis*(3), 125-136.

Bird, B. (1957). A specific peculiarity of Acting-Out. *Journal of the American Psychoanalytic*, 630-647.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie ti his mother. *International journal of Pycho-Analysis*, 350-373.

Bürgin, D., & Steck, B. (2007). Psychoanalytic psychotherapy and the ADHD-triad (impulsivity, hyperactivity and attention deficit disorder. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 56*(4), 310-332.

Cabasés, J., Soutullo, C., & Figueroa, A. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En C. Soutullo, & M. Mardomingo, *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente* (págs. 53-78). Madrid - España: Editorial Médica Panamericana.

Campanella, L. (2005). Lo que el psicoanálisis puede aportr frente a un trastorno diagnosticado habitualmente como TDAH. *Revista de psicoanálisis con niños. FORT-DA*.

Cantwell, D. (1996). Attention Deficit Disorder: A review of the past 10 years. *American Academy of Child and Adolesecent Psychiatry*, 978-987.

Castro, R. (2007). Algunas diferencias entre el pasaje al acto y el acting out. *Uaricha*, 67-73.

Chemama, R. (1998). *Diccionario Psicoanalitico*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Chronis, A., Pelham, W., Baumann, B., Rathouz, P., Lahey, B., Hall, S., & Jones, H. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 70-82.

Conde, H. (2008). *O síntoma em Lacan*. Sao Pulo: Escuta.

Cueva, M. (2015). *El déficit de atención desde el psicoanálisis, del trastorno al síntoma*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil .

Dias, M. (2006). El síntoma: De Freud a Lacan. *Psicología en estudio*, 399-405.

Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.

Dorlan. (1997). *Diccionario Enciclopédico de Medicna*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

Douglas, V. (2005). Cognitive deficits in children with attention deficit hyperactivity disorder. A long-term follw-up. *Canadian Psychology*, 23-31.

Esperòn, C. S. (2007). *Manual de diagnòstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires: Panamericana.

Esquivel, M. (s.f.). *Psicologia y mente*.

Evans, D. (2007). *Diccionario introcutorio del psicoanalisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidos.

Fernández, R. L. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención mas utilizadas en la practica clínica actual. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Florez, E., & Gaviria, L. (2014). El acto (pasajae al acto y acting out) en el sujeto contemporaneo. *Arrancia Litorales*.

Freud, S. (1901). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas* (págs. 1-98). Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoria sexual*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica de psicoanálisis II). En *Obras Completas* (págs. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.

Freud, S. (1916). Conferencia 23 Los caminos de formación del síntoma. En S. Freud, *Obras Completas* (págs. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Garcia, J. (2003). Algunas ideas en torno a las llamadas “Reacciones Terapéuticas Negativas” y la “Transferencia Negativa”,vinculadas a los conceptos de “acting out” y “pasaje al acto”. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 97-110.

Gilmore, K. (2016). *A psychoanalytic perspective in attention-deficit/hiperactivity disorder*. EEUU: George Washintong University.

Gonçalves, R. (2013). *Attention – Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Psychiatry and Psychoanalysis*. Obtenido de Inchopen: https://www.intechopen.com/chapters/41704

González, M. (2013). El síntoma en la clínica psicoanalítica. *Revista Intinerario*.

Janin, B. (2006). El ADHA y los diganósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. *Cuadernos de la Psiquiatría y la Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 83-110.

Jerusalinsky, A. (1997). *Psiconanálisis del autismo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Johnston, C., & Jassy, J. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional/Conduct Problems: Links to Parent-Child Interactions. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 74-79.

Keren, M., Feldman, R., Namdari-Weibaum, I., Spitzer, S., & Tyano, S. (2005). Relations between parents´ interactive style in dyadic a triadic play and toddler’s symbolic capacity. *Am J Orthopsychiatry*, 599-607.

Kernberg, O. (2001). Psychoanalysis: Current Status. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 12308-12315.

Lacan, J. (1957). La lógica de la castración. En *El Seminario 5. Las Formaciones del Inconsciente* (págs. 147-241). Paidós.

Lacan, J. (1962 - 63). Revisión del estatuto del objeto. En *Seminario 10: La Angustia* (págs. 97-161). Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1969). *Dos notas sobre el niño*. Argentina: Paidós.

Lacan, J. (1972). *Hablo a las paredes*. Buenos Aires: Paidos.

Lacan, J. (1983). El Yo en la Teoría de Freud y en la Técncia Psicoanalítica. En *El seminario de Jacques Lacan - Libro 2*. Buenos Aires : Paidós.

Laezer, K. (2015). Effectiveness of Psychoanalytic Psychotherapy and Behavioral Therapy Treatment in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. *journal of Infant, Child, and Adoleseent Psychotherapy*, 111-128. doi:http://dx.doi.org/10.1080/15289168.2015.1014991

Laplanche, J. (1996). Diccionario psiconalitico. En J. Laplanche. Mexico: Paidos.

Maia, A., Medeiros, C., & Fontes, F. (2012). El concepto de síntoma desde el análisis: Una introducción. *Dossié*, 44-61.

Marcelli, D., & Ajuriaguerra, J. (1996). Bases Teóricas y Generalidades. En *Psicopatología del niño* (págs. 7-77). Masson.

Marcote, P. (2020). *Jean Bergès. Funciones y funcionamiento*. México.

Martin, D. (2011). *Psicomotricidad e Intervencion Educativa*. Madrid: Ediciones Piramide.

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista do Serviçode Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95.

Miller, J. (1987). *El camino de Lacan*. Brasil: Jorge Zahar.

Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a Bowlby. *Rev Chil Pediatr* , 4.

Mourad, A. (2018). “Issues Related to Identification of Children with Autism Spectrum Disorders (ASDs). *International Journal of Psicho.educational Sciences*, 62-66.

Ocariz, M. (2003). *El síntoma y la clínica psicoanalítica*. Braril: Via Lettera.

Owen, H. (10 de 09 de 2021). *The Mirror Stage*. Obtenido de Lacanonline: lacanonline.com/2010/09/what-does-lacan-say-about-the-mirror-stage

Pascual-Costroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurologá Pediátrica*, 140-150.

Pérez, J. (29 de febrero de 2008). *Las clasificaciones y lo singular*. Obtenido de Wapol: https://wapol.org/es/articulos/Template.asp

Pinochet, N. (2012). *L Inestabilidad Motora: Un acercamiento a la comrpensión de la hipercinesia desde la clínica psicoanalítica con niños*. Castalia: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Ponte, R. (2016). *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología*. Obtenido de https://www.aacademica.org/000-039/131.pdf

Portela, A., Carbonell, M., Hechavarría, M., & García, C. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *Medisan*.

Raznoszczyk, C. (2006). Regulación afectiva diádica madre-bebé y autoregulación del infante en la estructuración psíquica temprana. *Anuario de Investigaciones*, 185-191.

Real Academia Española. (5 de agosto de 2021). *Trastorno*. Obtenido de Asociación de academias d ela Lengua Española: https://dle.rae.es/trastorno

Rey, L. (2014). *La importancia del Vínculo Temprano: Díada Madre e Hijo*. Montevideo: Universidad de la República.

Rojas, M., & Soto, B. (2007). El Acceso de un bebé al estadio del espejo: Constituacion del yo especular y transitivismo. *Enseñanza e Investigación en Psicología* , 203-210.

Rosan, T. (2000). *Agresividad e hiperquinesia en niños con ADHD*. Obtenido de https://www.alcmeon.com.ar/9/34/Rosan.htm

Rowan, A. (2013). The place of acting out in psychoanalysis from Freud to Lacan. *Psychoanalytische Perspectieven*, 83-100.

Salomonsson, B. (2017). Interpreting the inner world of ADHD children: psychoanalytic perspectives. *International Journal of Qualitative Studies Health and Well-being*.

Sampaio, M. (2016). The Body Enigma in Psychoanalytic Clinic. *Agora*, 469-482.

Sánchez, J. (2003). *Influencia de la relajación y la visualziación en los procesos cognitivos (percepción y memoria visual) y de control tónico-emocional, en alumnado con discapacidad intelectual. Tesis de Doctorado*. España: Universidad de Granada.

Sánchez, M. (2015). El niño y el síntoma en el discurso psicoanalítico. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 31-36.

Schejtman, C., Huerin, V., Vernengo, M., Esteve, M., Silver, R., Vardy, I., . . . Duhalde, C. (2014). Regulación diádica y autorregulación afectiva en los primeros cinco años de vida: su relación con la simbolización en el juego interactivo madre-niño y el funcionamiento reflexivo materno. *Aperturas Psicoananlíticas*.

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2004). *Maternal Reflective Functioning, Attachment, and the Transmission Gap: A Preliminary Study*. Nueva York: Universidad de la Ciudad de Nueva York, Instituto Wright.

Smit, S. (2010). *The Presence of Jacques Lacan esence of Jacques Lacan's Mirror Stage and Gaz or Stage and Gaze in Rober e in Robert*. Georgia: Georgia State university.

Solé, M. (2002). *Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento* . Cuba: Universidad de la Habana.

Stefanatos, G., & Sue, I. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Neuropsychological Perspective Towards DSM-V. *Neuropsychol*, 5-38.

Still, G. (1902). *Some abnormal psichical conditions in children*. Lancet.

Ulriksen, M. (2010). *Construccion de la subjetividad del niño. Algunas pautas para organizar una perspectiva* . Montevideo, Uruguay: Asociacion Psicanalítica de Uruguay.

University of Maryland. (2006). *University of Maryland Medical Center*. Obtenido de University of Maryland Medical System: https://www.umms.org/ummc

Üstün, B. (2007). Using the clasification of Functioning, Disease and Health in Attentio-Deficit/Hyperativity Disrorder: Separating the Disease from Its Epiphenomena. *Ambulatory Pediatrics*, 132-139.

Disertación Alba Velásquez

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%	5%	2%	0%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	ebook.ecog-obesity.eu Fuente de Internet	2%
2	www.fort-da.org Fuente de Internet	2%
3	archive.org Fuente de Internet	2%

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 2%
Excluir bibliografía	Activo		

Disertación Alba Velásquez

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

/0

COMENTARIOS GENERALES

Instructor

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

PÁGINA 20

PÁGINA 21

PÁGINA 22

PÁGINA 23

PÁGINA 24

PÁGINA 25

PÁGINA 26

PÁGINA 27

PÁGINA 28

PÁGINA 29

PÁGINA 30

PÁGINA 31

PÁGINA 32

PÁGINA 33

PÁGINA 34

PÁGINA 35

PÁGINA 36

PÁGINA 37

PÁGINA 38

PÁGINA 39

PÁGINA 40

PÁGINA 41

PÁGINA 42

PÁGINA 43

PÁGINA 44

PÁGINA 45

PÁGINA 46

PÁGINA 47

PÁGINA 48

PÁGINA 49

PÁGINA 50

PÁGINA 51

PÁGINA 52

PÁGINA 53

PÁGINA 54

PÁGINA 55

PÁGINA 56

PÁGINA 57

PÁGINA 58

PÁGINA 59

PÁGINA 60

PÁGINA 61

PÁGINA 62

PÁGINA 63

PÁGINA 64

PÁGINA 65

PÁGINA 66

PÁGINA 67

PÁGINA 68

PÁGINA 69

PÁGINA 70