



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

APORTES TEÓRICOS AL GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE INSPIRACIÓN PSICOANALÍTICA CON NIÑOS Y NIÑAS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD EN EL DOMINIO DE LA SALUD PÚBLICA

Memoria para optar al Título Profesional de Psicóloga

Bernardita Besa A.

Camila Fuentes Á.

Profesor Patrocinante: Roberto Aceituno M.

Asesor Temático: Marianella Abarzúa C.

Santiago, Noviembre 2011

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
1. POLÍTICAS PÚBLICAS Y SALUD.....	8
1.1. SALUD MENTAL.....	9
1.2. LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA.....	12
1.2.1.EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON TDA-H EN SALUD PÚBLICA. .	13
2. TRASTORNO DÉFICIT ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH).	16
2.1. DESDE LA HISTORIA.....	16
2.2. A LA ACTUALIDAD.....	19
2.2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DSM, EN SU CUARTA VERSIÓN.....	20
2.2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN SEGÚN LA OMS, CIE10.....	21

3. GRUPALIDAD.....	23
3.1. UNA EXPERIENCIA DE PSICOTERAPIA GRUPAL PARA NIÑOS EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA	27
3.1.1. UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL DELHPH	27
3.2. PRINCIPALES EJES TEMÁTICOS EXTRAÍDOS EN RELACIÓN AL TDAH.	20
4. ELEMENTOS GENERALES PARA EL TRABAJO CON LA INFANCIA DESDE EL PSICOANÁLISIS.....	31
4.1. APORTES DEL DISCURSO PSICOANALÍTICO RESPECTO A LOS EJES FUNDAMENTALES EXTRAÍDOS: FAMILIA, SUBJETIVIDAD, CONSTITUCIÓN CORPORAL Y ATENCIÓN.....	36
DISCUSIÓN.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	52

RESUMEN

La presente investigación corresponde a una aproximación teórica acerca del Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad [TDA-H], y su abordaje en el sistema de salud pública chilena. Se indaga acerca de la propuesta de tratamiento sugerida en la Guía Clínica del Ministerio de Salud, desarrollando elementos que, desde la teoría psicoanalítica son útiles para la comprensión y tratamiento de niñas y niños diagnosticados con este trastorno. Se recogen algunos aportes de esta teoría en relación a la modalidad de trabajo grupal con niños y niñas, y grupos paralelos con sus padres.

ABSTRACT

The present investigation is a theoretical approach to Attention Deficit Disorder with or without hyperactivity [ADD-H], and its treatment in the Chilean Public Health System. We investigate the treatment proposal in the Clinical Guide of the Health Department, utilizing contributions from psychoanalytic theory to gain comprehension and therapeutic understanding of children diagnosed with it. We integrate these insights from the theory in the treatment of this disorder in groups of children and their parents.

INTRODUCCIÓN

En Chile, desde el regreso a la democracia a partir de los años 90, se ha tratado de dar una nueva posición a la salud, considerándola dentro del marco de los derechos humanos, parte de los derechos sociales y a su vez amparada en un marco de protección social (MINSAL, 2000).

Estos cambios tienen un carácter político, que luego se implementaron en una reforma de la salud, conocida en un primer momento como AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) y posteriormente como GES (Garantías Explícitas de Salud). La reforma tuvo el objetivo de regular el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Establece la obligación del Fondo Nacional de Salud [FONASA] y las Instituciones de Salud Previsional [ISAPRE] de asegurar las prestaciones de salud previamente establecidas; determina la existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas; asegura que la atención prestada posea una calidad mínima establecida; y considera la protección financiera, contribución, pago o copago dependiendo de si el usuario es beneficiario de FONASA o ISAPRE. El GES abarca aproximadamente 70 enfermedades dentro de las cuales se consideran enfermedades mentales como depresión mayor y primer brote de esquizofrenia (MINSAL, 2000).

Para la definición y regulación de las enfermedades mentales, el gobierno chileno ha creado el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría [PNSMP] (2000) y ha reconocido en la definición de las enfermedades mentales las “condiciones de la vida moderna”, considerando las influencias de los cambios ocurridos en la población en los últimos 20 años; cambios a nivel demográfico, cambios a nivel ambiental (el deterioro del medio ambiente), cambios en el sistema de cobertura de la salud y cambios en las posibilidades y formas de prestación, es decir, modos de intervención desde la psicología o psiquiatría. Todos estos son factores determinantes para que las enfermedades mentales hayan llegado a ser uno de los grandes desafíos sanitarios de las próximas décadas, junto a los accidentes y las enfermedades crónicas (MINSAL, 2000).

En este contexto de cambio político a través de la Reforma de Salud, se ha incorporado el concepto de “determinantes sociales”, es decir, una serie de factores que interactúan permanentemente, y de cuya interacción los problemas de salud son un emergente. En definitiva, se destaca la importante influencia de los procesos de modernización acelerados y

por tanto, los problemas de salud ya no sólo se resuelven con una intervención de corte médico, sino también con una preocupación por mejorar o cambiar las condiciones de vida. Dentro de los determinantes sociales se suelen incluir factores como: cambios culturales, cambios en los estilos de vida (tabaquismo, sedentarismo, etc.), condiciones socioeconómicas, aspectos psicosociales, condiciones ambientales, entre otros(MINSAL, 2000).

El cambio en las políticas de salud incluye también cierta enunciación de principios éticos, enmarcados en los derechos de los usuarios, tales como la universalidad (la salud es para todos), la equidad, la solidaridad, la integridad, la continuidad de los cuidados, el empoderamiento de la población, la democratización y la descentralización entre otros. La reforma pretende a través del AUGE y GES, disminuir las desigualdades sociales otorgando un mayor nivel de protección social (MINSAL, 2000).

Se visualiza así a la salud de una manera más global, considerando que el bienestar de la persona depende de lo biológico, lo social y lo psicológico (OMS, 2004), utilizándose intervenciones biopsicosociales dirigidas al individuo, la familia y la comunidad. Se considera además, que la calidad de vida implica el acceso apropiado y oportuno a la salud y a la educación, dado que estas son un derecho(MINSAL, 2000).

Desde la psicología entonces, no resulta indiferente la forma en que llega un paciente a consultar. Hoy, en el sistema público de salud se usan las palabras “usuario” y “prestación” y se han desechado los términos “cliente o paciente” y “servicio”. Esto implica que, si bien las intervenciones en psicología se pueden considerar un servicio, no se deberían regular bajo la lógica del mercado, dado que la salud es considerada un derecho (MINSAL, 2000).

Entonces, se presenta una oportunidad para escuchar y analizar las demandas en salud, las formas en que llega un sujeto a consultar; reflexionando respecto a ¿qué sujeto produce nuestra época? y ¿desde dónde se escucha?

Por otra parte, la inclusión de los determinantes sociales introduce en los problemas de la salud a las ciencias sociales. Dado que se incorpora la noción que en la salud y enfermedad hay una dimensión social, histórica, humana y biográfica, se abren las puertas para que la psicología pueda cobrar un rol interventor destacado, acompañando y complementando el modelo biomédico, ampliando la mirada al carácter biopsicosocial de la salud y de las intervenciones.

En esta investigación, la atención está dirigida a la infancia. Su importancia está dada desde cómo varía la infancia que concebimos en este mundo moderno, hasta qué nos dice la infancia actual cuando nos habla.

Cuando se consideran los determinantes sociales, se podría decir que se está considerando que en la salud hay un Otro, hay una ajenidad distinta a la persona, y que incide en su conformación como sujeto y en sus dificultades, en sus “mal-estares”. En la infancia esto se observa claramente, ya que en la constitución subjetiva el rol del otro es clave y real. Las dimensiones del otro determinan aspectos y funcionamientos trascendentales para la clínica psicológica; la constitución psíquica, es decir, cómo se da la experiencia interna de un sujeto; la estructura del yo, los significantes del superyó, los significantes del ideal, la localización del ello, las formas de transferencia, los mecanismos de defensa, etc. El funcionamiento psíquico depende, entre otras cosas, de las contingencias en las que se ha constituido el sujeto, por tanto las intervenciones efectivas deben considerar esos elementos.

¿Qué se cree saber de los niños hoy en día en relación a su salud mental? Desde el discurso de la salud y de las políticas públicas se cree saber que una de las afecciones más importantes que los aqueja es el Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad [TDAH]. En relación a la epidemiología, el Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (2008) señala que los datos de prevalencia varían según el método de diagnóstico y los criterios asociados, los informantes y la muestra de la población escogida. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta Edición [DSM IV] señala que la prevalencia en niños escolares está entre 3% y 5%, siendo mucho más frecuente en niños que en niñas, en una proporción de 9:1 en las muestras clínicas, y aproximadamente de 4:1 en la comunidad. En Chile, sin embargo, se han encontrado tasas de prevalencia de desordenes psiquiátricos en escolares de primer año de enseñanza básica de 24%, siendo el cuadro clínico de mayor prevalencia, el trastorno de la actividad y de la atención con un 6.2% (MINSAL, 2008), aplicando los criterios clínicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Edición [CIE-10].

La relevancia de este trastorno como problemática pública estaría dada por la gran cantidad de niños actualmente en tratamiento en las instituciones de salud, la alta demanda por atención médica y psicológica, sumada a la escasez de profesionales que puedan absorber tal demanda, y el fuerte impacto que este trastorno tiene sobre el niño, su familia, la escuela y la sociedad en general. Los niños diagnosticados con este trastorno frecuentemente

experimentan rechazo de sus pares y se involucran en una serie de conductas disruptivas que les traen consecuencias negativas y afectan, por ende, su autoestima, su capacidad de relacionarse con otros, su rendimiento escolar, etc. Los niños sin tratamiento incrementarían además sus posibilidades de manifestar conductas disociales y delictivas, el consumo abusivo de alcohol y drogas y lesiones de distinto tipo (MINSAL, 2008).

El objetivo del tratamiento propuesto en la Guía Clínica del MINSAL para los TDA-H (MINSAL, 2008), apunta a disminuir la hiperactividad y la impulsividad, mejorar las “insuficiencias” de atención y concentración. Del mismo modo, se espera contribuir a que la familia mejore sus recursos para la interacción e integración del niño en el contexto familiar y social. Para esto, se plantea la implementación de un plan multimodal, que combine intervenciones psicosociales con los niños, niñas, adolescentes y sus familias, la comunidad escolar respectiva, además del tratamiento farmacológico.

En relación a las técnicas de intervención, la guía clínica considera la psicoeducación, las intervenciones educacionales, el manejo de contingencias en el ambiente escolar, las actividades deportivas, recreativas, y los grupos de autoayuda. Los dispositivos de tratamiento más recomendados serían el entrenamiento grupal en habilidades parentales y el entrenamiento grupal en habilidades sociales para los niños (MINSAL, 2008).

Así las cosas, planteamos la pregunta de investigación que guía nuestro trabajo: *¿Es posible plantear unaintervención grupal psicoterapéutica de inspiración psicoanalítica con niños y niñas diagnosticados con Trastornos de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en el dominio de la salud pública?*

Se trata de una investigación teórica en base a los textos de la Guía Clínica de TDA-H del MINSAL del año 2008, la consideración de una experiencia de trabajo grupal recientemente sistematizada en un hospital del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de Santiago, el Hospital Padre Hurtado; y la integración de nociones psicoanalíticas respecto a la familia, la subjetividad, la constitución corporal y la atención.

Objetivo General:

- Aportar elementos desde el psicoanálisis en función de la guía clínica de TDA-H para psicoterapia grupal en el dominio de la salud pública.

Objetivos Específicos:

- Extraer de la Guía Clínica de TDA-H del MINSAL los criterios diagnósticos del TDA-H.
- Extraer de la Guía Clínica de TDA-H del MINSAL las propuestas de tratamiento.
- Integrar las nociones de grupalidad, psicoterapia e infancia desde el discurso psicoanalítico.
- Extraer elementos generales desde la guía clínica del TDA-H fundamentales para la psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica.
- Desarrollar los elementos extraídos, desde el psicoanálisis.
- Integrar aportes de la modalidad de trabajo grupal implementada en el Hospital Padre Hurtado.

En cuanto a las proyecciones de este estudio, se cuenta con que, al analizar exploratoriamente las condiciones y formas de intervención en casos de niños con TDA-H, será posible plantear algunos elementos acerca de cómo trabajar con fundamentos psicoanalíticos en psicoterapia grupal. Esto permitiría integrar a las familias, niños y niñas con TDA-H desde un punto de vista biopsicosocial, de acuerdo a la guía clínica. De esta manera, se propone focalizar la mirada y la escucha, conocer a cada paciente en su particularidad y a cada familia de igual forma.

Por otra parte, la presente investigación podría servir de base para plantear una propuesta concreta de intervención en el ámbito de la salud pública, esperando ser un aporte para las futuras guías clínicas relativas a infancia y TDA-H.

Finalmente, al permitirnos una nueva comprensión del fenómeno, esperamos contribuir a ampliar la mirada y la escucha a los niños y niñas que son atendidos bajo el diagnóstico de TDA-H, considerando que muchas veces aquella clasificación tiene consecuencias no deseadas que los profesionales de la salud mental tratan de esquivar. Sin embargo, las condiciones y circunstancias de los servicios de salud y de la vida moderna hacen difícil poder ver y oír algo más allá de la sola etiqueta. De esta manera, es importante repetir la pregunta las veces que sea necesario y reflexionar respecto a las cosas planteadas por estos niños y niñas

con exceso de movimiento y falta de atención: ¿El movimiento es perturbador para quién?, ¿exceso de movimiento y carencia de palabras?, ¿qué es la falta de atención?, ¿es carencia de atención?, ¿es atención puesta en otra parte?, ¿es dificultad para atender en la escuela y a los padres?

1.POLÍTICAS PÚBLICAS Y SALUD

Junto a la educación, la salud es el área de mayor importancia para los países en general y en particular para los países en vías de desarrollo - como Chile - que se encuentran en constantes transiciones (demográficas, culturales, socioeconómicas, etc.).

Esto se traduce en que uno de los puntos más importantes de las políticas sociales es la salud. Ésta es indispensable para alcanzar las metas nacionales de desarrollo social, crecimiento económico y bienestar. Es muy importante entonces que las políticas sean las adecuadas ya que afectan la vida diaria de las personas y permiten regular el sistema de salud para que sea seguro y eficiente.

Desde hace algún tiempo en Chile, la salud está pasando por un proceso de cambios y reestructuración dentro de lo que se conoce como la Reforma de la Salud. El objetivo principal de esta reforma es crear un nuevo modelo de atención integral en donde las personas sean consideradas en su dimensión física, mental y como seres sociales pertenecientes a distintos tipos de familias, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. De esta manera, contempla un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige – más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados – a las personas, inseparables de su contexto económico, social y cultural (MINSAL, 2000).

Por lo tanto, el nuevo modelo de atención se dirige a la consecución de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, anticipatorio al daño (MINSAL, 2000; OMS, 2004).

Los objetivos principales a los cuales están enfocadas las políticas públicas en el sector salud son (MINSAL, 2000):

- 1) Hacer justicia en salud: Reducir las actuales diferencias en el nivel de salud, en el acceso y la calidad de promoción, prevención y atención de salud.

- 2) Dar más años a la vida: Disminuyendo las muertes evitables y aumentando las expectativas de vida de los chilenos y chilenas.

3) Dar más salud a los años: A través del desarrollo de las capacidades físicas y mentales de las personas para vivir saludablemente y aspirar a una vida feliz.

En Chile, la política más importante en el ámbito de salud es el Acceso Universal con Garantías Explícitas [AUGE] y el Sistema de Garantías Explícitas en Salud [GES], que establece un sistema de acceso universal a la atención médica en una serie de patologías previamente definidas por el MINSAL, precisando para éstas un conjunto de prestaciones asociadas. Las garantías que se explicitan tienen relación con el acceso, oportunidad, calidad, cobertura financiera para todos los usuarios de los sistemas público y privado de salud, por lo que apunta a disminuir la brecha de desigualdad asociado al sistema de salud. Esta política cubre un amplio espectro de patologías, incluyendo algunas endosables al ámbito de la salud mental (FONASA, 2011).

1.1.SALUD MENTAL

En el ámbito específico de la salud mental, sin duda se comparten los objetivos y la realidad de la salud pública descrita previamente. Sin embargo, específicamente en salud mental el MINSAL crea el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría [PNSMP] a implementarse a partir del año 2000. El objetivo del plan es que se convierta en el marco regulatorio para entidades públicas y privadas de salud, contribuyendo a que “las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 2000).

Así, el MINSAL plantea como parte de sus objetivos sanitarios para el decenio 2000-2010 el tratamiento de las enfermedades mentales, que se perfilan como una de las causantes del sufrimiento, la discapacidad y el deterioro de la calidad de vida de las personas que las padecen y sus familiares (MINSAL, 2010). Sin contar el alto costo económico que las enfermedades mentales significan para el país, ya que éstas serían las causantes del 11,2% de años de vida saludables perdidos [AVISA] en el año 1993, lo que significa un gasto estatal y social mayor del que reportan las enfermedades digestivas (9.3%), respiratorias (9.3%),

cardiovasculares (8.1%), cáncer (5.7%) e incluso de accidentes (10%) (MINSAL, 1993; en George, 2009).

En este contexto, el PNSMP supone a la enfermedad mental como una alteración de la salud que responde a factores biológicos y psicosociales, susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación, por lo que se requieren acciones de salud que incorporen a la persona, la familia y a grupos organizados de la sociedad, considerando a la identidad y al sentido de pertenencia como factores protectores. Por ende, se privilegia la atención en centros cercanos al lugar de residencia de las personas, siendo el consultorio de atención primaria el foco principal del trabajo en salud (MINSAL, 2000).

De esta manera, el PNSMP (MINSAL, 2000) fomenta políticas y acciones que consideran los vínculos que se establecen entre personas, grupos e instituciones, las cuales desde sus características, particularidades y potencialidades, reúnen esfuerzos en pos de objetivos comunes, compartiendo lazos de igualdad, con relaciones de horizontalidad en las que se reconocen distintos saberes y aportes. Surge así el concepto de red.

La red se considera como el modelo de atención que traslada el eje de trabajo desde la estructura física del hospital o un establecimiento determinado, hacia las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos y profesionales enmarcados en un programa de salud. Los distintos componentes de la red deben estar articulados de modo que puedan funcionar coordinadamente, asegurando la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados, la existencia de distintos niveles de resolución y el acceso a medidas de promoción y protección de la salud (MINSAL, 2000). Así, la existencia de la red enmarca el trabajo en salud mental como un trabajo colectivo y comunitario, alejado del modelo de atención bipersonal del médico y paciente, incluyendo otros actores, prestaciones y métodos de intervención.

La red está organizada en nivel primario, secundario y terciario de atención, con prestaciones de complejidad creciente en cada nivel, abarcando distintas escalas de población. Así, a nivel primario en salud mental se cuentan acciones de capacitación, sensibilización y educación a la población y a los agentes de salud mental, todo enmarcado en la idea de promover la salud a nivel de barrio y comuna. Los establecimientos encargados de esto son los consultorios y postas rurales y urbanos, los centros de salud familiar [CESFAM] y los hospitales de tipo 3 y 4 (MINSAL, 2000) .

El nivel secundario de atención está encargado de una labor asistencial directa, y de capacitar y asesorar a los equipos médicos insertos en el nivel primario, estableciendo vínculos intersectoriales. Cuenta con los Centros de Salud Mental Familiar [COSAM], con equipos de psiquiatría de niños y adolescentes, hospitales de día y servicios de psiquiatría de corta estadía que prestan servicios a nivel comunal y provincial (MINSAL, 2000).

El nivel terciario de atención en salud mental busca establecer mecanismos de articulación entre los equipos de salud mental y psiquiatría y los equipos de distintas subespecialidades a nivel terciario, encargándose de los programas de adicciones, de internación de mediana estadía, psiquiatría infantil y de adolescentes, víctimas de represión política, y psiquiatría forense. Presta servicios a nivel provincial y regional (MINSAL, 2000).

El PNSMP definió una diversidad de actividades relativas a la atención de problemas de salud específicos y priorizados, indicando a su vez una serie de estrategias de intervención que se espera que los profesionales de la salud implementen, según cada patología. Se establecieron también prioridades programáticas en función de ciertas variables sanitarias, en base a criterios como la magnitud del problema, su epidemiología, su impacto social, su costo económico, la eficacia de las intervenciones posibles de implementar y la disponibilidad real de recursos con las capacidades necesarias para realizarlas (Abarzúa y González, 2007).

En todos estos casos de prioridad programática se crearon **guías clínicas**, documentos elaborados con la intención de mejorar la pesquisa, el diagnóstico y el tratamiento integral de las patologías priorizadas. No obstante, las guías clínicas no fueron elaboradas con la intención de establecer estándares de cuidado para los pacientes individuales, los cuales “sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso”, estando también sometidas a una revisión constante y a los avances científicos pertinentes para cada patología. Por ende, se explicita en las guías clínicas que la adherencia a las recomendaciones de ésta no asegura un desenlace exitoso en cada paciente. Aún así, las guías clínicas están muy validadas en los contextos de salud pública (MINSAL, 2008).

1.2.LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA

Si se considera que la educación y la salud son prioridades innegables para el desarrollo y bienestar de un país, en la infancia estas dos instancias cumplen un rol fundamental. La institución educacional se perfila como segunda familia, medio de socialización y fuente de desarrollo. La salud, por su parte, no se aleja mucho siendo la encargada de facilitar que el crecimiento y aprendizaje del niño sea tal y como sus potencialidades lo indican (Rojas, 2010).

Así, las políticas relacionadas con la infancia deben ser coherentes con los postulados de los tratados internacionales a los cuales Chile ha adscrito en los últimos años, siendo la Convención de los Derechos del Niño (1989) propuesta por la UNICEF la más relevante en esta materia. Este tratado considera al niño como persona titular de derechos, con protagonismo, creatividad, intereses, preferencias y responsabilidad, y con capacidad para considerar y respetar los derechos de los demás. Reconoce también una particular vulnerabilidad en la infancia, compilando un código único de medidas de protección (ONU, 1990).

Sin embargo, el Ministerio de Planificación y Cooperación [MIDEPLAN] señala en su Plan Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia (2000) que las políticas públicas implementadas desde la adscripción chilena a la Convención Internacional de Derechos del Niño han continuado con una mirada preferentemente asistencialista de la infancia, dejando de lado la visión promocional y de inversión social propuesta por UNICEF, que considera el desarrollo infantil como un componente fundamental del desarrollo humano integral (MIDEPLAN, 2000). Es decir, las políticas públicas chilenas aún consideran al niño como objeto de atención y protección, y no como sujeto de derechos.

En Chile aún no se ha instalado la visión del infante como portador de distintas necesidades y múltiples potencialidades y competencias, capaz de aportar en la resolución de sus problemas (MIDEPLAN, 2000), sino que se le concibe como un receptor pasivo de las medidas, planes y programas que “para él” se implementan (Abarzúa y González, 2007).

Con el propósito de revertir tal mirada del niño como pasivo, es que se ha creado la Política Nacional de la Infancia y la Adolescencia (2000), conteniendo las orientaciones éticas, valóricas y operativas para disponer de un instrumento de planificación intersectorial que

permita una “nueva forma de hacer política”, garantizando el pleno ejercicio de los derechos fundamentales de los niños chilenos, que representan el 33,6% de la población (MIDEPLAN, 2000). En esta lógica, se ha creado el Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” (2006) y el histórico plan de aumento de la cobertura preescolar.

Asimismo, la infancia ha sido considerada dentro del PNSMP, fijándose los trastornos hipercinéticos y de la atención, los trastornos psiquiátricos severos, y el abuso y dependencia de alcohol y drogas como prioridades programáticas (MINSAL, 2000).

Para efectos de esta revisión, se trabajará en profundidad la guía clínica para el TDA-H, cuyo objetivo consiste en optimizar la atención de la población en cuanto a dificultades atencionales, inquietud e impulsividad, con el propósito de anticiparse al daño y evitar las consecuencias en el curso evolutivo del ciclo vital, mejorar el uso de los recursos asistenciales y la calidad de vida del usuario (el niño) y su familia (MINSAL, 2008).

1.2.1.- El Tratamiento de los Niños con TDA-H en Salud Pública

Una vez que un niño ha ingresado al centro de salud, se realiza la confirmación diagnóstica por un médico y un diagnóstico psicosocial por un asistente social, enfermera, médico, psicólogo o terapeuta ocupacional, quien debe evaluar el estilo del niño en cuanto a la resolución de conflictos, el nivel de organización y los recursos que posee la familia, la presencia de estresores, de situaciones críticas o de cambios de la vida familiar. Debe, además, identificar situaciones de abuso o negligencia si procede y evaluar el funcionamiento social del niño (MINSAL, 2008).

Es importante considerar que, desde la perspectiva biopsicosocial que el PNSMP supone, el diagnóstico integral no sólo implica un análisis exhaustivo de la biología y del comportamiento del niño, sino que una indagación de todas las dimensiones de la vida de éste. Para lograr este objetivo, debe involucrarse también al sistema educativo, con el cual se relaciona estrechamente, de modo de fortalecer conductas y apoyar para que exista un mejor manejo de cada caso en su particularidad (MINSAL, 2008).

En relación al tratamiento propuesto en la Guía Clínica para el TDA-H, se establece en primera línea un tratamiento estimulante, consistente en medicación con metilfenidato o anfetamina, fármacos que habrían demostrado la mayor evidencia de eficacia y seguridad.

Conjuntamente, se realizan intervenciones psicosociales individuales y grupales, como la **psicoeducación** consistente en “compartir información respecto de las características del trastorno (...) conceptualizándolo como neurobiológico, con influencias de los factores de riesgo y protectores del contexto ambiental del niño, desestigmatizándolo y reforzando el carácter no intencional del comportamiento del niño. Además, pretende promover la adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial” (MINSAL,2008).

Se sugiere también un **entrenamiento en habilidades parentales, de forma grupal**, basado en la teoría del aprendizaje social y que ha sido desarrollado para que los padres adquieran habilidades de manejo de las conductas de sus hijos. El objetivo es enseñar a los padres a identificar las conductas problemáticas de los niños y a manejar las consecuencias de éstas mediante recompensas, además del uso de estrategias disciplinarias conductistas como tiempo fuera, quitar la atención, etc. (MINSAL, 2008).

Se propone el **entrenamiento en forma grupal de las habilidades sociales para los niños**, con el objetivo de mejorar las competencias sociales a través del desarrollo de habilidades cooperativas, resolución verbal de conflictos, autocontrol, expresión de emociones y del desarrollo de una percepción positiva de sí mismo. De esta manera, también se recomiendan **actividades deportivas y recreativas**(MINSAL, 2008).

Del mismo modo, se sugieren **intervenciones educacionales** que apuntan a mejorar los ambientes de aprendizaje, por lo que es necesario que se implementen estrategias conjuntas y coordinadas entre equipos de salud y de los establecimientos educacionales (MINSAL, 2008).

Finalmente, se utilizan los **grupos de autoayuda** como forma de promover la organización y la conformación de grupos de padres, para el intercambio de información, de sensibilización, de capacitación y en la utilización de redes de apoyo (MINSAL, 2008).

Cabe destacar que la guía clínica supone un plan de tratamiento multimodal, que incluye la combinación de intervenciones y no sólo el tratamiento farmacológico. De ese modo, se recomienda la realización de intervenciones psicosociales, previo a la decisión de tratamiento farmacológico. Si la respuesta terapéutica no es suficiente, se debe considerar el uso de medicamentos en acuerdo con los padres, resguardando los intereses de las niñas, niños y adolescentes (MINSAL, 2008).

Los objetivos consisten en disminuir la hiperactividad, la impulsividad y las dificultades atencionales, mejorando el rendimiento escolar y la adaptación a su entorno; contribuyendo a que la familia mejore sus recursos para la interacción y la integración del niño en el contexto familiar y social (MINSAL, 2008).

2.- TRASTORNO DÉFICIT ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDAH)

2.1.- DESDE LA HISTORIA

Como en muchos otros casos de patologías y psicopatologías, los elementos clínicos se manifiestan y son acompañados por correlatos teóricos, conceptuales y descriptivos heterogéneos. Lo que actualmente es llamado TDA-H, fue antes llamado de distintas maneras, descrito con diversos énfasis y con aportes de múltiples áreas de pensamiento.

En 1901, J. Demoor realiza una descripción del trastorno comparando la inestabilidad psicomotriz con una corea mental¹, los signos que incluye son los siguientes: “desequilibrio de la afectividad, exceso de expresión de las emociones, ambivalencia de las reacciones (iras que rápidamente se transforman en caricias, dolor que pasa rápidamente a alegría, actos de indisciplina de los que el niño se arrepiente en seguida), falta de inhibición y de atención, necesidad constante de cambios y de movimientos, con palabras y gestos entrecortados” (Ajuriaguerra, 1997, p. 239). Desde E. Kraepelin hasta autores anglosajones, la inestabilidad estaba ligada sobre todo a formas anormales de comportamiento que pueden llegar hasta la perversión. Se destaca un aspecto social de la inestabilidad en niños escolares (Ajuriaguerra, 1997).

Un año más tarde G.F. Still (1902), pediatra británico, describe y agrupa a niños con “daño cerebral”, siendo estos violentos, inquietos y molestos, revoltosos, destructivos, dispersos, con poco control volitivo de los impulsos, con dificultad para respetar las reglas y aceptar la disciplina, presentando con frecuencia actitudes descuidadas y crueles con animales. En esta época ya se determinaba que el trastorno es más frecuente en niños que en niñas (3:1), que se establecía con anterioridad a los 8 años, que influía de manera importante el área escolar -aparece como característica asociada al trastorno- y apunta incluso a niños sin déficit intelectual. Queda sin aclarar la etiología, pero señala que se trata de un “defecto mórbido en el control moral” y la causa, aún ni clara ni develada, la atribuye más bien a un

¹**Corea mental:** (Del griego khoreia, baile) Nombre dado a toda una serie de manifestaciones nerviosas, caracterizadas esencialmente por contracciones clónicas de los músculos, unas veces lentas, otras veces bruscas. Generalmente se caracteriza por contracciones musculares involuntarias, que persisten durante el reposo y que provocan una sucesión de movimientos desordenados por incoordinación en los movimientos deseados, por dolores articulares vagos y a menudo por un síndrome inflamatorio muy discreto. Es una enfermedad de la segunda infancia, muy próxima al reumatismo articular agudo (Ajuriaguerra, 1997).

origen biológico y genético, dejando fuera factores ambientales, la educación y la familia (Fernández-Jaén, 2004; Scandar, 2000).

Entre 1917 y 1928 fue la epidemia de encefalitis letárgica, forma atípica que dejó millones de víctimas por todo el mundo, incluso más que la guerra. Esta enfermedad fue descrita por el neurólogo austríaco von Economo, quien emplea por primera vez el término hiperkinesia en niños y adultos a consecuencia de la encefalitis. Los describe con un comportamiento caracterizado principalmente por un desorden de movimientos incesantes, incapacidad para permanecer tranquilos y para concentrarse, trastornos cognitivos de la memoria y de los aprendizajes y finalmente trastorno de adaptación social, con dificultades para vivir en común y algunos casos de delincuencia. De esta manera, algunos científicos lo terminaron por llamar “Trastorno conductual post-encefálico”, donde seguía presente de manera importante el daño cerebral (Bergès, 1990; Fernández-Jaén, 2004).

Schilder en 1931 realiza una observación clara que se mantiene hasta nuestros tiempos. Refiere la presencia de la hiperkinesia en pacientes con antecedentes de sufrimiento perinatal, señalando de nuevo la base “orgánica” de esta patología (Fernández-Jaén, 2004).

En 1934, Kahn y Cohen proponen el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del TDA-H. Estos autores proponen la disfunción troncoencefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales (Fernández-Jaén, 2004).

De esta manera, la pregunta por la etiología seguía repitiéndose sin llegar a una última respuesta. Sin embargo, desde 1940 en adelante se continuaron observando casos de niños que presentarían estos síntomas de daño cerebral, a pesar de no poseer antecedentes precisos o signos de trauma encefálico, entonces se asumió que habrían presentado un daño imperceptible, es decir mínimo. Así se acuñó el término “daño cerebral mínimo” al no poder demostrar el daño real (Bergès, 1990; Fernández-Jaén, 2004).

Por otra parte y en otro ámbito, a partir de los años '40 con Gesell se comenzó a hablar de “paralelismo psicomotor”, donde se postula una relación directa entre la maduración de las estructuras del sistema nervioso y el desarrollo de las funciones motrices. La función motriz queda situada en paralelo al desarrollo (se habla de desarrollo psicomotor), ya que se parte de la hipótesis de que existiría un paralelo entre la maduración del sistema nervioso que comanda la motricidad y la evolución de las funciones cognitivas (Bergès, 1990).

De esta manera, desde entonces se estudia el desarrollo de la función motriz a través de test (de Gesell y otros), y en paralelo se estudia el desarrollo de las funciones cognitivas. Se plantean estadios y fases progresivas, a las cuales se atribuye una armonía del desarrollo, considerando ambos aspectos, el cognitivo y el motor. Esta armonía es cualidad de la normalidad, y se encuentra comandada y probada por la teoría del paralelismo psicomotor. Por otro lado su contraparte, la desarmonía, sería índice de que algo está funcionando mal o hay algo que falta, o sea aparece el déficit como explicación de la patología. La causa de la desarmonía sería la misma que permite plantear la armonía, se trata del factor común entre las funciones motoras y cognitivas: el sistema nervioso central. Por tanto, la utilización de test bajo estas hipótesis dan cuenta de la causalidad entre el estado de las estructuras neurofisiológicas evaluadas por el examen neurológico, motor, biológico, la imaginería médica y la apreciación de las funciones que no competen a la motricidad (Bergès, 1990).

En 1960, en EEUU y en Canadá fue descrito el síndrome de niños hiperkinéticos y se reconoce fuera de toda encefalitis (Fernández-Jaén, 2004).

El hasta entonces llamado “Daño Cerebral Mínimo” es sustituido por el de “Disfunción Cerebral Mínima” por Clements y Peters en 1962, apoyando la posibilidad de un origen funcional (disarmónico) que incluiría a niños con hiperactividad y dispersión atencional, sumado a otros trastornos del aprendizaje y problemas motores leves. En ese momento, los estudios del cerebro habían evolucionado, aparecen los primeros avances de neuroimagen y se basan en teorías neuroquímicas o neurofisiológicas (Fernández-Jaén, 2004). Este es el término que toma el DSM II de 1968: “Disfunción cerebral mínima”.

Por otra parte, en 1937 Charles Bradley, pediatra estadounidense, descubrió por azar el llamado efecto paradójico de la benzedrina, que administró a niños con agitación motora que habían sido afectados por meningitis. A partir de entonces, se abrió el camino de la terapia con psicoestimulantes y se supo que la administración de sedantes exacerbaba la hiperactividad. El psicoestimulante más utilizado actualmente, el Metilfenidato, es una síntesis de esta sustancia realizada por Leon Panizzon en 1944, patentada hasta 1950 y prescrita hasta 1957 (Fernández-Jaén, 2004).

Otro antecedente relevante es que existe un cambio interesante entre el DSM III y el DSM IV: en el DSM IV el TDA-H existe, pero no existe la hiperkinesia. En el DSM III habían tres apartados de criterios diagnósticos: criterios respecto a la falta de atención, criterios respecto a la impulsividad y criterios respecto a la hiperactividad. En el DSM IV los criterios se distribuyen

sólo en dos apartados: criterios respecto a la falta de atención y criterios respecto a la hiperactividad e impulsividad, o sea se asocia directamente la hiperactividad con la impulsividad (Calmels, 2001). Lo que algunos autores destacan de esto, es la falta de voluntad en la conducta, la falta de control de los impulsos en la base de la hiperactividad. Por tanto, la solución clínica apunta de una u otra manera al control como objetivo principal.

2.2.A LA ACTUALIDAD

A partir de 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, actualmente en su cuarta edición, así como la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión, sustituyen el término disfunción cerebral mínima por el de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (DSM IV-R) o el de “Trastornos Hiperkinéticos” (CIE-10) (Fernández-Jaén, 2004).

En 1999, el metilfenidato CONCERTA obtuvo la aprobación de la Food and Drug Administration [FDA] como fármaco para el tratamiento de TDA-H y en el 2002 la obtuvo la atomoxetina, que no es un psicoestimulante y se le atribuyen propiedades activantes selectivas sobre las funciones ejecutivas y la cognición por una parte, y por otra potencia los mecanismos inhibitorios implicados en el control de conductas impulsivas (Fernández-Jaén, 2004).

Tales fármacos tienen una duración de acción relativamente breve, 6 horas aproximadamente, y la disminución sintomática se manifiesta durante las horas de acción. Sin embargo, no ha demostrado cambios a largo plazo ni la erradicación del cuadro por su uso prolongado. Al respecto, Carrasco (citada en Blanco y Sáez, 2010), señala que los procesos madurativos del lóbulo frontal permiten que las personas logren una mayor adaptación al entorno, sin embargo en alrededor de un 60% de los casos la sintomatología continuaría en la vida adulta.

En noviembre de 1998, los institutos internacionales de la salud realizaron una reunión de consenso para clarificar el tema: ¿es o no una enfermedad?, ¿cuál es su etiología?, no existen diferencias cualitativas que separen la continuidad “dimensional” entre la hiperactividad patológica y la normal, etc. De la controversia sólo se aclaró el punto de vista del Instituto Internacional de la Salud [NIH]: “se trata de un trastorno médico, válido y real, las evidencias científicas que así lo indican son abrumadoras” (Barkley, 2002, s.p).

A este punto llegado las cosas, se puede hablar del estado actual del TDA-H. Al respecto el Dr. Fred Baughman, neurólogo infantil, plantea que se trata de pacientes con síntomas pero sin una anomalía objetiva que confirme una enfermedad. Sin embargo, el Dr. Barkley, actualmente parte de la comisión que redacta el DSM V, afirma verazmente la existencia real de la patología (Lasa, 2007).

Más allá de los puntos de vista de distintos cuerpos teóricos o disciplinas (como se podría pensar la rivalidad entre la psicología y la psiquiatría), respecto al TDA-H la controversia es clara, incluso a nivel social, la revista TIMES plantea en un titular de 1994 "Itisfor real?" refiriéndose a la existencia o no del TDA-H (Lasa, 2007).

Lo que es importante retener de toda esta revisión histórica son todos los nombres por los que ha pasado el TDA-H y cómo se han ido incorporando distintos síntomas. Para resumir: primero fueron síntomas motores, luego se agregaron síntomas sociales y para concluir se suma la gama de síntomas cognitivos, de los cuales en el nombre del trastorno destaca la atención.

2.2.1. Criterios diagnósticos según la clasificación DSM, en su cuarta versión

A. Debe cumplir 6 o más de los síntomas siguientes para el déficit de atención y/o hiperactividad, síntomas que deben haber estado presentes durante más de 6 meses.

Déficit de atención

1. No pone atención a los detalles y comete errores frecuentes por descuido
2. Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y los juegos
3. No parece escuchar lo que se le dice cuando se le habla directamente
4. No sigue las instrucciones, no termina las tareas en la escuela, no entrega los "recados", a pesar de entenderlos
5. Dificultades para organizar sus tareas y actividades
6. Evita o rechaza realizar tareas que le demanden esfuerzo
7. Pierde sus útiles o cosas necesarias para hacer sus actividades obligatorias (lapiceros, libros)
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria

Hiperactividad-impulsividad

1. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado
2. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado
3. Corretea, trepa... en situaciones inadecuadas
4. Dificultad para relajarse o practicar juegos donde debe permanecer quieto
5. Está continuamente en marcha como si tuviera un motor por dentro
6. Habla excesivamente
7. Contesta o actúa antes de que se terminen de formular las preguntas
8. Tiene dificultad para esperar turnos en los juegos
9. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás

2.2.2. Criterios diagnósticos según la clasificación de la OMS, CIE10

F90. Trastornos hipercinéticos.

Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hipercinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.

- Excluye: esquizofrenia, trastornos de ansiedad, generalizados del desarrollo y humor (afectivos).

F90.0. Perturbación de la actividad y de la atención.

- ***Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad***

- Trastorno hiperactivo con déficit de la atención
- Excluye: trastorno hiperactivo asociado con trastorno de la conducta.

F90.1. Trastorno hiperactivo de la conducta

- Trastorno hiperactivo asociado con trastorno de la conducta

F90.8 Otros trastornos hiperactivos.

F90.9. Trastorno hiperactivo, no especificado

- Reacción hiperactiva de la niñez o de la adolescencia SAI.
- Síndrome hiperactivo SAI

3. GRUPALIDAD

El ser humano nace en una trama vincular que, en el mejor de los casos, aguarda su llegada con un nombre para él, con expectativas y deseos. Llega al seno de una familia, de una cultura y una sociedad que condiciona en gran medida su vida. Su historia vital y su evolución depende de las relaciones interpersonales, las experiencias y enseñanzas que vive en las distintas dinámicas grupales en las cuales se inscribe (Torras de Beà, 1996). Estas tramas vinculares son las que sostienen el proceso de subjetivación.

La individualidad del sujeto se prefigura a partir de una red de interacciones en las cuales las otras personas le son necesarias como soportes. La subjetividad se constituye siempre en el campo del Otro, toda experiencia humana ineludiblemente se desarrolla en el contexto de lo social. Surge entonces la idea de vínculo, una compleja estructura que alberga pensamientos, afectos, modelos de acción, modos de pensar, sentir y hacer con otro, lo que constituye las primeras estructuras identificatorias que darán comienzo a la realidad psíquica del niño (Bauleo, Montserrat y Suárez, 2005).

De este modo, cobra relevancia el hecho que en todo diagnóstico individual están involucrados los contextos socioculturales y económicos en los cuales evoluciona el sujeto y, frente a los pedidos de ayuda, es conveniente realizar “diagnósticos situacionales”, es decir, formulaciones comprensivas que consideren la problemática del sujeto, definan los alcances de la ayuda que puede brindársele para, de ese modo, delimitar y proyectar la intervención (Bauleo et al., 2005). Esto es aún más evidente en la consulta psicológica infantil, puesto que siempre se atiende a un grupo, una familia o una institución que consulta por sus problemas, aunque frecuentemente aparecen depositados en uno solo de sus miembros (Torras de Beà, 1996).

Bion (1963) sostiene que ningún individuo está exento de manifestaciones ligadas a lo social: los funcionamientos grupales permanecen activos en el individuo mediante una “mentalidad grupal”, aunque esta se visualiza de mejor forma en los colectivos. Mediante la grupalidad se manifiestan los mecanismos típicos de las primeras fases emocionales de la vida (tales como dependencia, ataque, fuga, emparejamiento, entre otras) como organizadores de factores emocionales primitivos que obstaculizan el grupo de trabajo. Sin embargo, la instancia grupal permite también elaborar tales ansiedades.

Así, el grupo abre la posibilidad de compartir experiencias y sentimientos con compañeros insertos dentro de la nueva experiencia de relación y comunicación. En este proceso, cada miembro aporta elementos terapéuticos a los demás y cada uno recibe desde el grupo (Torras de Beà, 1996; Bauleo et al., 2005). Esto permite que los participantes tengan la oportunidad de expresarse, ser escuchados, darse a conocer y conocer al mismo tiempo; disminuyendo el sentimiento de estar solos, ser incomprendidos y padecer ciertas circunstancias que nadie más vive. De esa forma, la participación grupal mitiga los sentimientos de culpa, y facilita el acercamiento empático a las emociones de los demás, con menos angustia y ansiedad (Privat y Quélin-Souligoux, 2000).

Otro aporte interesante de los dispositivos grupales se relacionan con la diversidad de imágenes propuestas, ya que al haber multiplicidad de participantes, existen también variedad de ideas, posiciones, propuestas, costumbres, culturas, reacciones y proyectos, lo que permite la diferenciación entre unos y otros (Bauleo et al., 2005).

El grupo también ofrece posibilidades específicas de expresión y captación de la realidad interna, cuando se expresan elementos en palabras o simbólicamente. Sin embargo, también permite que en forma proyectiva, los sentimientos y las reacciones se externalicen y actúen en el tejido de relaciones interpersonales, ofreciéndose a la observación de todos con claridad. Así, los participantes pueden expresar sentimientos de rivalidad, celos, envidia, dependencia, etc., lo que les permite darse cuenta de los sentimientos conflictivos y dinámicas relacionales de los otros más fácilmente que ver lo que les sucede. Sin embargo, mediante el trabajo elaborativo y la interacción grupal, se espera que los pacientes evolucionen hacia ver algo más acerca de ellos mismos (Torras de Beà, 1996).

El grupo permite que se desplieguen las funciones de vinculación, sostén y contención, ya que las demandas y las modalidades de apoyo se redefinen a lo largo del proceso y del desarrollo grupal, pero no desaparecen, lo que da paso a que existan permanentes resignificaciones. El grupo sostiene, contiene, adquiere un estatus de objeto de investidura libidinal, convirtiéndose en una entidad psicológica compleja, con una vida y energía propias, independiente de los individuos que la componen y dotada de un dinamismo que evoluciona por su cuenta (Privat y Quélin-Souligoux, 2000).

Otras cualidades del sujeto emergen por el hecho de estar inmerso en un grupo. El cambio de óptica ilumina otras facetas del participante. El grupo posibilita el surgimiento de características del sujeto que solo se manifiestan cuando éste se encuentra en grupo (Bion,

1961). Es por esta razón que se considera que “todos los pacientes son indicados para grupo excepto si hay contraindicación” (Torras de Beà, 1996, p. 36), señalando que la indicación de una intervención grupal no depende del diagnóstico de la persona; sino de que el paciente que necesite tratamiento psicológico sea tratable en grupo, lo que supone que la experiencia pueda ayudarlo, y que el paciente contribuya a que el grupo sea posible de implementar, es decir, que no sea demasiado disruptivo.

Al respecto, se recomienda la formación de grupos heterogéneos en cuanto a conflictivas y rasgos, de modo de potenciar la visión de la alteridad y la diferencia, además de evitar que los grupos se vuelvan monótonos. Asimismo, en la infancia, se recomienda integrar niños inquietos y activos con otros más bien fóbicos o inhibidos, para evitar que los grupos se vuelvan incontrolables (Torras de Beà, 1996; Privat y Quélin-Souligoux, 2000; Bauleo et al., 2005)

Cabe destacar que cada grupo es distinto, según las personas que lo componen y las dinámicas que se establecen entre ellos y con el terapeuta. Al respecto, Anzieu (2004) señala que en los dispositivos grupales, la transferencia ya no está centrada solamente en el terapeuta, sino que está “diluida” sobre los otros miembros.

Asimismo, es necesario destacar que “la psicología de los grupos cambia con la edad de las personas que los componen, con sus patologías mentales y con la cultura a la que pertenecen” (Anzieu, 1968; en Privat y Quélin-Souligoux, 2000). Y, sin lugar a dudas, implementar un grupo dirigido a niños implica una serie de modificaciones del dispositivo.

En primer lugar, es necesario instalar grupos de niños y de padres o cuidadores de forma paralela, dado que en la infancia la dependencia a los padres es real, y es necesario instalar un dispositivo que los integre. Generalmente se postula la necesidad de que el grupo de padres se reúna simultáneamente al grupo de niños, de modo de asegurar su asistencia, además de dar la posibilidad para que los padres observen la relación con sus hijos y las reacciones, expectativas, posibilidades y frustraciones que ellos les suscitan. Asimismo, el trabajo con los cuidadores se enfoca en conocer mejor los aspectos positivos, las necesidades y dificultades de sus hijos, y a darse cuenta de los círculos viciosos que tienden a establecerse en la familia (Privat y Quélin-Souligoux, 2000).

También se busca que los padres puedan comprender el trabajo psíquico que están realizando sus hijos en sus respectivos grupos, y sin la posibilidad de un trabajo grupal en

paralelo esto les puede resultar incomprensible, ya que la psicología grupal revela un modo de pensar que es distinto al que se tiene en el seno familiar. También es importante que la intervención se perfile como un marco contenedor, tanto para los niños como para los padres participantes (Privat y Quélin-Souligoux, 2000; Garbarino, Freire y Mieres, 1971).

El trabajo grupal permite que los padres, apuntalados los unos sobre los otros, relajen sus defensas por lo que pueden llegar a realizar un trabajo sobre ellos mismos. Dado el movimiento regresivo que implica la situación grupal, frecuentemente pueden reencontrarse con aquellos aspectos de su propia infancia, lo que les permite identificarse con su hijo y comprender sus conflictivas y problemáticas (Torras de Bèa, 1996; Garbarino et al., 1971).

Finalmente, es importante recordar que el hecho de afrontar la globalidad de los problemas implica tomar en cuenta lo intrapsíquico del niño y lo interrelacional familiar. Además, tal como sucede en los tratamientos psicoterapéuticos individuales, la evolución del proceso del niño está estrechamente ligada a la investidura que éste tiene de parte de los padres (Flesler, 2007; Privat y Quélin-Souligoux, 2000).

Por otro lado, los grupos de niños latentes y adolescentes pueden ser grupos inestructurados, sin actividades propuestas de antemano y en los cuales la palabra fluya más libremente. Los grupos de niños más pequeños requieren de elementos que puedan funcionar como lugares de aposentamiento de la subjetividad, tales como lápices, papeles, plastilina o juguetes. En algunos casos tales materiales serán usados libremente por los niños, mientras crean formas de relacionarse y de vincularse mediante estos; en otras ocasiones, el terapeuta deberá ser más directivo y dirigir el uso que se le da a los materiales en sesión. Eso dependerá del momento por el que atraviesa el grupo, la edad de los participantes y de las angustias y ansiedades que se manifiesten en un momento dado (Torras de Bèa, 1996; Privat y Quélin-Souligoux, 2000).

En cualquiera de estos casos, la idea es favorecer un trabajo que pase por las palabras, nombrando, simbolizando o interpretando lo que se habla, se juega o se actúa en sesión (Privat y Quélin-Souligoux, 2000).

3.1. Una experiencia de psicoterapia grupal para niños en el sistema de salud pública chilena

El Hospital Padre Hurtado [HPH], establecimiento de atención secundaria en la red de salud mental (MINSAL, 2000), atiende principalmente al sector sur-oriente de Santiago; es decir, a las comunas de la Granja, La Pintana y San Ramón.

Desde noviembre del 2009 y durante el 2010 se implementó en el Servicio de Psiquiatría Comunitaria un dispositivo de tratamiento grupal para niños y niñas con TDA-H y sus cuidadoresy/o responsables (Castillo y Mejías, 2010).

La estructura de este dispositivo de intervención consistía en grupos de niños y niñas diagnosticados con TDA-H (entre 8 y 10 participantes aproximadamente), con sesiones de frecuencia semanal, en total ocho; dos en conjunto con cuidadores (la primera y la última) y seis por separado. Cada grupo, el de niños y niñas y el de cuidadores, estaba acompañado por una psicóloga y en el caso de los niños y niñas por una alumna en práctica (Castillo y Mejías, 2010).

La motivación para generar estos grupos (como se ha explicado anteriormente) tuvo relación con la alta prevalencia de este trastorno y la gran demanda de niños afectados, padres angustiados y escuelas o colegios sobrepasados con el tema. De esta manera, en el contexto del HPHeste dispositivo terapéutico permitía trabajar con los niños semanalmente (o sea, aumentaba la frecuencia de la terapia) y por otra parte permitía realizar una evaluación diagnóstica extensa, ya que durante las ocho sesiones se desplegaban conflictos no dilucidados en las entrevistas individuales. Por otra parte, se consideró el criterio económico ya que este dispositivo permite que un terapeuta pueda ver más niños en menos tiempo, realizando un seguimiento detallado de la familia y del niño durante los dos meses de duración aproximada de la psicoterapia grupal (Castillo y Mejías, 2010).

3.1.1. Unabreve descripción de la psicoterapia grupal del HPH

El objetivo de la intervención grupal, al igual que en las terapias individuales con niños y niñas con diagnóstico de TDA-H, es potenciar el autocontrol, fomentar el manejo de relaciones interpersonales; compartir, adaptarse, respetar límites, potenciar liderazgo positivo; expresar emociones, desarrollar empatía y autoestima (Castillo y Mejías, 2010).

Las sesiones se consideran un espacio para fomentar el aprendizaje de técnicas de atención, concentración y relajación, básicamente a través de la disciplina del yoga infantil (Castillo y Mejías, 2010).

Psicoterapia Grupal para niños y niñas con TDA-H (Castillo y Mejías, 2010)

	Temas por Sesión	Objetivo General	Objetivo Específico
1.	“Por qué estoy aquí...”	Dar a conocer en qué consiste la psicoterapia grupal	Aplicar prueba diagnóstico Figura Humana
2.	“Percepción sensorial de la respiración”	Controlar respiración	Practicar respiración intercostal y abdominal
3.	“Medito y me transformo en...”	Conectar pensamientos y cuerpo	Conocer la flexibilidad
4.	“Yo vivo como...”(posiciones de yoga-asanas)	Tomar conciencia de nuestro cuerpo	Reconocer flexibilidad
5.	“Yo también necesito relajarme”	Conectarse sensorialmente con el ambiente	Respiración
6.	“Controlo la rabia y enfrentamos conflictos”	Identificación de la rabia	Expresión adecuada o inadecuada de la rabia
7.	“Tengo nuevos amigos y disfruto de ellos”	Control de las emociones y respiración	Enfrentar a los niños a situaciones de frustración
8.	“Controlo la rabia y enfrentamos conflictos”	Padres e hijos comparten experiencia	Ejercitan el autocontrol juntos

Trabajo Grupal con cuidadores de niños y niñas con TDA-H (Castillo y Mejías, 2010)

	Temas por Sesión	Objetivo General	Objetivo Específico
1.	Quiénes somos, qué nos congrega y qué entendemos por TDA-H.	Generar un espacio de contención y discusión para padres y/o responsables de niños con TDA-H, que propenda al cambio de conductas relacionadas con el trastorno.	Involucrar a los cuidadores y sus familias en el tratamiento de los niños con TDA-H.
2.	Qué es el TDA-H, cuál es su origen.		Comprender el diagnóstico de TDA-H.
3.	Clima familiar e historia familiar.		Conocer origen e historia, quienes componen la familia, conocer principales situaciones de conflicto.
4.	Contención emocional para niños con TDA-H.		Conocer cuáles son los distintos roles y responsabilidades que cumple cada uno de los integrantes de la familia
5.	Espacio escolar de los niños con TDA-H.		Los cuidadores perciben apoyo del sistema escolar
6.	Límites.		Conocer quién pone las normas, son respetadas, ¿qué pasa si no lo son?
7.	Importancia de los horarios en la rutina diaria.		Conocer la rutina de los niños, realizar una tabla horaria
8.	Hora de finalizar		Conclusiones de la experiencia junto a los niños.

Hasta diciembre de 2010 se realizaron 4 grupos terapéuticos y el equipo realizador sistematiza las siguientes conclusiones (Castillo y Mejías, 2010):

- Se logra conocer al niño o niña en su funcionamiento social, lo que permite realizar intervención temprana cuando se trata de trastorno conductual.
- Si varios niños conviven bajo las mismas dificultades es fácil que la situación se desborde, condición que hace posible que los niños reflexionen acerca de la gravedad de su trastorno.
- Aclarar dudas sobre el diagnóstico.
- Reduce la deserción de los niños, propiciada por la resistencia de los padres a la terapia. Los padres incorporan activamente a sus hijos a la psicoterapia grupal.
- Mejoró los resultados de la intervención individual (evidenciado por el número de altas).
- El conocimiento acerca de las causas que motivan a los niños a comportarse del modo en que lo hacen, suele generar en los padres sentimientos contradictorios; sentimiento de culpas y angustia por los excesivos castigos y sanciones. En el trabajo grupal parte de ellos realizan reposicionamiento cognitivo buscando cómo modificar su actitud.
- Se observan distintos estilos comportamentales de los padres: sobreprotectores, pasivos, punitivos y asertivos; estos últimos facilitan y guían a los otros.
- En conjunto los padres renuevan fuerzas, comparten el sufrimiento mutuo y algunos terminan siendo buenos amigos.

Resulta interesante rescatar esta experiencia de intervención grupal con niños y sus cuidadores ya que, pese a que esta modalidad de trabajo es sumamente recomendada dentro de la guía clínica (MINSAL, 2008), no existen muchas experiencias sistematizadas acerca de este tipo de intervenciones en el contexto de la salud pública.

Más aún, para efectos de esta revisión no se encontraron experiencias grupales chilenas en salud pública que incorporasen elementos teóricos psicoanalíticos. El desafío entonces parece ser el integrar los aportes de esta teoría a las propuestas ya existentes, de modo de poder escuchar algo distinto en relación al cuerpo agitado de un niño y al sufrimiento de una familia.

3.2. Principales ejes temáticos extraídos en relación al TDA-H

En base a los antecedentes recopilados, a la conceptualización que se desarrolla en la guía clínica del TDA-H, a la evolución histórica del trastorno y a sus recomendaciones en cuanto a tratamiento; se desprenden 4 ejes temáticos principales a abordar en cuanto al tratamiento grupal de niños con TDA-H en el dominio de la salud pública:

- Familia
- Subjetividad
- Constitución corporal
- Atención

Estos conceptos serán analizados en base a teoría psicoanalítica, de modo de entregar elementos que permitan conceptualizar una intervención grupal que considere tales aspectos.

4. ELEMENTOS GENERALES PARA EL TRABAJO CON LA INFANCIA DESDE EL PSICOANÁLISIS

El mundo adulto generalmente concibe la infancia como un momento en que se es feliz, se vive despreocupadamente y no se es responsable de los propios actos o de la propia enunciación (Levin, 2000). El niño supuestamente tendría una actividad sexual, pero se toma como hecho aislado, excepción y por sobre todo algo que apunta a ser eliminado.

Por lo mismo, el pensar en la infancia como un periodo en que es posible la existencia de la psicopatología, en que se sufre y se vive en el más extremo desvalimiento motor y psíquico, que los niños chupetean, se comen lo que pillan, se relacionan con bastante facilidad con las heces y sus sustitutos: tierra, barro y distintos fluidos corporales, se masturban, disfrutan arrancándole las alas a las moscas, cortándole la cola a una lagartija, son crueles entre ellos, se pegan, se insultan, se desnudan, se exhiben, son “mirones”, etc; genera grandes resistencias en los adultos, ya que han reprimido aquellos estados propios de la infancia y han postergado sus satisfacciones inmediatas por promesas de satisfacciones mejores. Los adultos son personajes morales. Freud se preguntaba: ¿la moral es una condición humana o de la cultura? De la cultura, por eso es adquirida a fuerza (Freud, 1905, 1929).

Desde Freud se comienza a pensar a un niño perverso polimorfo, que busca satisfacciones sexuales, sometido a las pulsiones que tienen una dimensión esencialmente traumática, proponiendo bajo el principio económico un aparato psíquico que busca la descarga a cero. El niño ya no es inocente y puede elaborar y ligar lo no ligado (Freud, 1920). Este exceso pulsional no remite simplemente ante el desarrollo o la educación, Freud (1905) propone fuerzas encargadas de construir diques anímicos contra los excesos sexuales: la vergüenza, el asco y la moral.

Luego, con Winnicott se entiende a un infante con potencialidad creativa y espontaneidad, que depende absolutamente de una madre suficientemente buena y responsiva. Posteriormente, Lacan lo concibe como sujeto a la dimensión simbólica e histórica, concepción que continúa teorizándose en los aportes de Mannoni y Doltó (Tkach, 2007).

De esta manera, el psicoanálisis se enfrenta a un niño, “pero no en tanto pasivo receptor del operar adulto, sino en cuanto sujeto que se encuentra inmerso en la tarea de

constituirse como tal y que en este proceso de subjetivación ha debido arreglárselas con las acciones ejecutadas por sus padres” (Bascañán y González,s.f.).

Los psicólogos no están exentos de estas transferencias con la infancia, y el trabajo con ella genera un reencuentro con lo más arcaico del psiquismo, develando una y otra vez la dificultad para habitar el mundo de los niños. Así, en la clínica es necesario volver a los juegos, dibujos, modelados como forma de trabajo y de comunicación con los pequeños pacientes. Por lo tanto, es necesario despojarse del ropaje adulto y re-conocer el universo y los elementos que pueblan la vida de los niños (Levin, 2000).

En palabras de Levin (2000, p.13), “es difícil que los grandes se dejen desbordar, desordenar por el niño, y más aún si son especialistas que ya saben todo sobre ellos. El niño no sabe a qué va a jugar cuando comienza a jugar; no sabe qué va a garabatear cuando toma un lápiz; no sabe qué va a resultar cuando inventa un collage; no sabe cómo va a transformar esa cosa para que sea un juguete; ni sabe qué personaje será antes de producir su disfraz”. De esta manera, el clínico debe soportar ese lugar de no saber, abandonando representaciones auxiliares para aproximarse a lo desconocido.

Sin embargo, la existencia de un marco teórico permite comprender los trabajos psíquicos de la infancia, más allá de que varíen en la singularidad de cada individuo (Rodulfo, 2005).

El curso de la infancia está poblado de inhibiciones, síntomas y angustias,variantes normales no necesariamente psicopatológicas, que bien pueden ser índices de su mismo transitar. No obstante, esa misma diversidad de manifestaciones en ocasiones es indicativa de un estancamiento, pues la evolución, paralela al crecimiento y desarrollo biológico, no es natural. Con el fin de resolver la necesaria diferencia entre un niño y un adulto, las perspectivas evolutivas tradicionales subsumieron la edad cronológica a estratos y etapas de crecimiento desplegados en progresión espontánea, donde a cada estrato distinto le corresponden diferentes técnicas para abordar cada tiempo de la infancia. Sin embargo,entender el crecimiento como una progresión de etapas tiene el riesgo de concebir un desarrollo basado en la maduración programada genéticamente (Flesler, 2007). Lo que se desarrollan son habilidades, que no tienen ningún sentido sino existe allí un sujeto que las habite (Coriat, 2006).

De esta manera, en el trabajo clínico, generalmente se recibe a un sujeto como portador de un sufrimiento, camuflado en la demanda. Si bien ésta usualmente no nace de él, implica

un conflicto y supone un mal-estar en el mundo. Esta demanda es frecuentemente enunciada por sus cuidadores, muchas veces en forma de queja respecto del niño, dejando de lado que tal síntoma es indicador de un sufrimiento que no puede expresarse de otro modo, y que lo desborda (Mathelin, 1995).

Aquello que desborda, ¿responde al síntoma del niño en relación a su propio funcionamiento?, o más bien ¿responde a síntomas en relación al inconsciente parental? (Mathelin, 1995).

Heredero del Otro, el niño le atribuye a sus padres un cierto saber, los padres son poseedores de una verdad, en la medida que es su deseo el que ha inaugurado la llegada del sujeto-niño, por tanto el niño hace a sus padres portadores de una verdad sobre sí mismo (Mosquera, 2003).

Ahora, la manera en que esos padres respondan a las preguntas del niño determinará que este renuncie a un saber consabido (ser el falo), colmatando aquella falta de la madre, y comience a buscarlo cada vez en lugares más lejanos a ella. Si los padres responden a todas las preguntas, ellos dirán la verdad no-toda (Lacan, 1972). Esto significa que, diciendo todo lo que saben, ellos dirán que el saber no coincide con toda la verdad (Lacan, 1970), ya que la verdad es la verdad del sujeto; ella apunta a lo real del objeto que lo implica pero jamás lo abarca en su totalidad. Entonces, los padres responderán a la verdad del deseo hasta el límite de su decir y la pregunta se irá desplazando hasta poder ser preguntas que el sujeto dirige respecto a su propio deseo, la relación de él respecto de su propio deseo, es decir, la construcción del fantasma inconsciente. Si los padres responden con sentidos coagulados, autoritarios o con silencios, la búsqueda de saber se verá obstaculizada o detenida, se manifestarán inhibiciones, síntomas o angustias.

Flesler (2007) plantea que este pasaje de dejar a los padres en el pasado, es decir que ellos dejen de tener presencia en el presente, está marcado por algo que no es el tiempo, más bien opera por una sustitución: el lugar real que es ocupado por los padres en la infancia es sustituido por un lugar en el fantasma. Esto es lo que implica un tránsito de la infancia a la adultez, también lo describe como el paso de la neurosis de la infancia a la neurosis infantil del adulto. De esta manera se entiende que muchos adultos sigan en posición de niños siendo ya mayores.

En ocasiones, la queja de los padres por mucho que se refiera a su hijo real, implica del mismo modo la representación que tiene el adulto acerca de la infancia, con su variante consciente e inconsciente, y esto está muy influido por la cultura y la educación (Doltó, 2004).

A veces, los padres pueden llegar a ver al terapeuta sin consultar. En ese caso demandan, dado que el niño ha herido la imagen del narcisismo paterno, o bien molesta por su falta de ajuste a lo que se espera de él (Flesler, 2007).

En otros casos, la queja por el hijo encubre un malestar en la pareja parental, ya que viene a ocupar el lugar en la falta de los padres. El niño es sensible a todo aquello que no se dice. En palabras de Mathelin (1995), el síntoma del hijo es la mentira de los padres.

Por otro lado, la consulta por el niño delata una caída del lugar de los padres como aquellos que poseen el saber en la crianza, siendo éste delegado a los especialistas. La transferencia natural se rompe, requiriéndose a otro al cual los padres releven su saber (Flesler, 2008).

En tal sentido, se genera en el terapeuta una tensión entre responder a la demanda de los padres y en permitir el surgimiento del saber del niño. Dado que un niño depende de Otro real, la presencia de los padres no es banal o puramente fenomenológica, sino que estructural. Para Freud, un niño es un lugar en la economía psíquica de los adultos y Lacan agrega que para el adulto es un objeto de deseo, de amor y de goce, es decir, el equivalente de una falta (Flesler, 2007, 2008).

Desde la teoría psicoanalítica se plantea que los movimientos iniciales se juegan en el discurso de los adultos, las entrevistas con ellos no son medios de indagación sobre la historia del niño, sino más bien son momentos de intervención para generar movimientos de apertura respecto del devenir subjetivo del niño en su calidad de sujeto de deseo (Benitez, 2003; Flesler, 2007; Mosquera, 2003).

De esta manera, se plantea que la rectificación subjetiva que se pueda realizar con los padres, posibilitará el corrimiento fantasmático de ese hijo como objeto de goce, lo cual es condición de trabajo para la intervención con el niño. También se le llama a este movimiento inversión dialéctica, ya que apunta a implicar a los padres en esa queja que los lleva a consultar ¿qué tienen que ver ellos con eso de lo cual se quejan?, ¿qué hacen ellos para mantener ese mal del mundo que los aqueja? Esta rectificación por parte de los padres y su consecuente corrimiento fantasmático puede generar por sí misma la remisión sintomática del

niño. De esta manera, si en un primer momento los padres llegan pidiendo algo, luego lo buscan cuestionándose, implicándose (Benitez, 2003; Flesler, 2007; Mosquera, 2003).

Es necesario recordar que, desde Freud, la especificidad del psicoanálisis radica en su escucha. La forma de escuchar del psicoanalista encierra un llamado a la verdad, que compele a profundizar la propia actitud del consultante frente al paso que está dando y que muestra ser completamente diferente a todo otro contacto con psicólogos, educadores o médicos, dado que estos responden al descubrimiento y la curación de las deficiencias instrumentales del niño. Es decir, responden a nivel del fenómeno manifiesto, del síntoma, mediante el uso de mecanismos de ayuda específicos, con el objetivo de restituir cierta normalidad (Doltó citada en Mannoni, 1965).

Para el psicoanalista lo que importa no son los síntomas descriptivos en sí mismos, tampoco la satisfacción o la angustia de los padres ante su hijo; ni la demanda que el Otro social instala, casi siempre mediada por la figura de la escuela (Cordié, 2004).

Los descubrimientos clínicos psicoanalíticos imponen la comprensión dinámica de los trastornos de los niños mediante el análisis de las dificultades en cadena que, en la estructuración edípica, no se remontan a las carencias de los padres, sino a las de los abuelos. No se trata de herencia (sino, el psicoanálisis no tendría nada que hacer) sino que de una neurosis familiar, es decir, de una inmadurez de la libido, de represiones o perversiones sexuales, fruto de una carencia sucesiva de resoluciones edípicas. En palabras de Doltó: "Los padres comieron uvas verdes y los que se arruinaron los dientes fueron sus hijos". Esta frase supone que los padres son sólo responsables ocasionales, y nos advierte de la importancia de no culpabilizarlos. Entonces, padres e hijos son participantes dinámicos, no disociados por las resonancias inconscientes de su libido (Mathelin, 1995).

Ciertamente el psicoanálisis no es uno, difícil sería definirlo sin amputar gran parte de su riqueza, que está justamente en el constante cuestionamiento y discusión, lo que implica que no se constituya como un todo coherente, con respuestas a toda-clínica. La mejor respuesta es la pregunta, y nunca es una.

Según Freud (1914), la ética más valiosa, es la acorde al fin, siendo la meta terapéutica aumentar la capacidad de producir y de gozar. Es decir, se trata de facilitar un alivio subjetivo, que sirviéndose de juegos, dibujos, elaboraciones, interpretaciones, rectificaciones y otros tantos guiños terapéuticos, logra lo que el psicoanálisis llamará la cura.

4.1. Aportes del Discurso Psicoanalítico respecto a los ejes fundamentales extraídos: Familia, Subjetividad, Constitución corporal y Atención

“Para el historiador, hoy nace del ayer;

Para el creador, ayer nace de hoy”

Pierre Soulages (citado en Goldemberg y Silveyra, 2007)

El discurso psicoanalítico y sus investigaciones no responden mayormente a la pregunta por el TDA-H, según Gisela Untoiglich (2010) considerando a otros grandes psicoanalistas (Berger, 1999; Janin, 2004; Taborda, 2004; Rodulfo, 2005). Sin embargo, el discurso psicoanalítico entrega una riqueza significativa para quien la quiera desentramar.

Lo infantil no es una etapa en el tiempo cronológico lineal, es en tanto sexualidad lo propio de la estructura del sujeto. La infancia remite a una temporalidad inscrita en el lenguaje (Goldemberg y Silveyra, 2007), se trata de un tiempo del inconsciente. El niño, como lo resaltan Winnicott, Rodulfo y otros tantos, es un creador. No es un simple producto de la historia de sus padres, toda su historia se ordena y reordena après-coup (a posteriori) (Rodulfo, 1989).

En la obra de Lacan, a pesar de no ser psicoanalista de niños, se encuentran los elementos de un reordenamiento sobre una base estructural de los fundamentos del psiquismo, es decir aborda sistemáticamente la constitución o estructuración subjetiva, para lo cual desarrolla metáforas como: el estadio del espejo o complejo del destete, complejo de intrusión y complejo de Edipo; en los cuales las familias son protagonistas.

Formalizado por Lacan, el sujeto fue extractado diferencialmente del terreno de la conciencia y también apartado del racionalismo cartesiano y del campo yoico. Sujeto del lenguaje, en primera instancia, en la medida en que su ser es un ser tocado por el lenguaje. Lacan lo llama “parlêtre”, en francés del verbo parler (hablar) y être (ser), refiriéndose a un “ser hablante”, de esta manera, nombra en su expresión misma aquello que del ser se pierde en el encuentro con la palabra. Tal encuentro implicará, para el viviente (para el cuerpo que goza), consecuencias, de cuyas variantes dependerá la existencia (Flesler, 2007).

Ahora nos detendremos en qué nos dice el discurso psicoanalítico respecto a la familia como institucionalidad básica y nuclear de nuestra época. Luego veremos cómo a este mismo concepto de familia se va entramando la subjetividad, la constitución del yo y del cuerpo.

¿Qué es una familia? Lacan afirma que se trata de un deseo que no es anónimo. Lo que se pone en juego en la familia, es la inscripción del infante como nombre que lo vincula a una historia y un contexto social, y a un deseo que le da consistencia (Miranda, 2003). Para el ser humano, la existencia no se asimila a la vida. Por esa razón un niño puede tener lugar en una familia antes de nacer. Ese momento inicial se aleja de toda connotación biológica y se muestra dependiente de una ilusión, inherente al deseo de los padres cuando ellos se proponen tener un hijo. Con ese deseo se engendra y se despierta, en el mejor de los casos, un ansia sostenida de completitud. Más tarde esta expectativa llevará al niño a proponerse como aquel que imaginariamente cubre las expectativas provenientes de la falta del Otro (Flesler, 2007). El infante se dirige a lo que falta en el Otro para ser amado, y la posición que ocupe en el deseo de ese otro definirá los caminos de su subjetividad. La familia es la puerta de entrada a la cultura, Freud (1909) ya lo esbozaba con su “novela familiar del neurótico”.

En la teoría lacaniana el deseo es lo constitutivo del sujeto y ese deseo tiene la característica de ser siempre deseo redoblado: deseo del deseo del Otro (Lacan, 1957).

Desde Freud se sabe que el primer objeto de satisfacción del bebé es su madre y a su vez ese bebé viene a cubrir, al menos por un momento, la falta de satisfacción de ella. El corte de ese goce continuo, viene dado por otro que cumple la función del significante del nombre del padre. En un primer momento la madre es todo para el niño y el niño busca ser todo para la madre, ocupa el lugar de objeto colmante de deseo, amor y goce. Pero la madre desea en otro lado confrontando al niño a una falta, él no es todo para mamá y desea ser eso que le falta, desea su deseo (Radiszcz, 2006).

De esta manera la castración ya se introduce en el origen mismo del deseo, en la separación del objeto amado, en la introducción de la falta que es inauguradora del deseo, ya que permite al niño desear en otro lugar. La amenaza de castración fálica (tiempo del Edipo) sólo viene a dar consistencia a la falta (Radiszcz, 2006).

Flesler (2007) explica la existencia del sujeto en base a tres pérdidas fundamentales y su contraparte en tres ganancias fundamentales. La primera pérdida ocurre al nacer y se trata

de una pérdida de goce. Freud (1913) propuso la prohibición del incesto como una proscripción que es condición para entrar en la cultura y en el proceso de humanización. Aquí se observa la operatividad de esa interdicción, ya que sostiene los fundamentos que regulan el acceso a los demás goces humanos, si no ocurre esa pérdida de goce producto de la interdicción, se revela en diversos excesos en la vida cotidiana que pueden conformar un síntoma.

La segunda pérdida es la pérdida del instinto: se pierde el objeto buscado como natural para satisfacer la necesidad. En el reino de los animales, la búsqueda del objeto está gobernada por el instinto, distinto a pulsión, propia de los humanos como seres sociales (Flesler, 2007).

La tercera pérdida es la del acceso directo a lo real, ya que ésta estará mediatizada por las leyes del lenguaje (Flesler, 2007).

Flesler (2007) plantea que sólo habrá devenir del sujeto, es decir progresión en el tiempo, si se engendra una alternancia renovada entre la presencia y la ausencia del objeto. Se trata del “objeto a”, piedra angular de la teoría lacaniana, que cumple una doble función; función bivalente: como falta, será causa de deseo y como plus de gozar, será objeto de goce. En tal sentido, si el objeto “hace juego” hay recreación del deseo, entonces hay devenir subjetivo. En el caso de estar bajo la presencia constante del objeto a, es decir como objeto de goce, el sujeto queda fijado, “taponeado” impidiéndose el movimiento deseante, ahí no hay progresión y esto compromete lo somático.

Por tanto, desde este punto de vista, se deshace la creencia de que al niño le faltan palabras o le sobran acciones. A la estructura no le falta ni le sobra, es una estructura que opera en la falta misma. En cambio, su falla se sostiene de la falta de la falta, falta que es causa de su movimiento (Mosquera, 2003).

Cuadro esquemático de pérdidas y ganancias planteadas (Flesler, 2007).

Pérdidas	Ganancias
Pérdida del goce.	La falta de goce permite el deseo ¿qué voy a comer?, ¿qué me voy a poner? Menú dado por la vía de la palabra que anticipa la elección del objeto oral o escópico según sea el caso.

<p>Pérdida del objeto buscado como natural para satisfacer la necesidad: no se trata de instinto, por tanto no hay guía para la búsqueda del objeto de satisfacción.</p>	<p>Como el objeto no está predestinado, se puede elegir y probar, permite el juego.</p>
<p>Pérdida de acceso directo a lo Real: El saber para alcanzar lo real será no-todo, estará mediatizado por las leyes del lenguaje.</p>	<p>Sin la fijeza de lo real se abren alternativas que brinda el juego de lo simbólico, por ejemplo el chiste.</p>

De esta manera se pueden explicar distintos fenómenos con carácter de impasse (inhibiciones, síntomas y angustias) del devenir subjetivo de la infancia. Comprometer lo somático implica para el niño mantenerse como sujeto deseante, es una forma de "llevarle la contra" a la repetición del goce. Morel (2009) plantea un reverso sintomático del significante del nombre del padre, explica la manera en que el síntoma se transforma en el soporte necesario para separarse del goce materno. Es importante recordar acá que Lacan desarrolla la idea de goce luego de un largo análisis del descubrimiento freudiano de la compulsión de repetición (pulsión de muerte), esta es su reinterpretación.

Para Lacan (1969) la repetición tiene cierta relación con lo que, de este sujeto y de este saber, es el límite y lo llama "goce". Articula una forma lógica: "el saber es el goce del Otro", del Otro en tanto lo hace surgir como campo, la intervención del significante. El goce no es el significante, es irreductible al significante, es decir, no hay ninguna operación significativa que pueda atrapar de manera absoluta el goce. Hay una operación significativa que es el complejo de Edipo, que tampoco puede atrapar de manera absoluta el goce porque lo que resta es la represión primordial, el retorno del significante. Las formaciones sustitutivas son un retorno, pero bajo la forma del retorno de lo reprimido que es una cierta forma de retorno del goce, ya articulada al deseo y el goce fálico (Aveggio, 2010).

En la teoría lacaniana se encuentran distintas formas de articular por parte del significante, las formas del goce con el significante, a saber; producto del estadio del espejo, se encuentra el goce del cuerpo fragmentado, es decir hay algo que queda como inatrapable y es la fragmentación del propio cuerpo que queda cubierto bajo la imagen. Producto de la metáfora paterna o complejo de Edipo; lo que queda como inatrapable es el objeto que es metonímico, entre otras (Aveggio, 2010).

Es así como Lacan (1970) explica que lo que necesita la repetición es el goce. Es en tanto que hay búsqueda de goce como repetición, es decir, una dialéctica del goce, en tanto que hay algo que va contra la vida (pulsión de muerte freudiana).

Entonces, el goce es una forma de satisfacción que no se rige por el principio del placer. Lacan en el seminario XVII (1970) señala que el goce es lo que va desde las costillas hasta la parrilla, o sea, desde el efecto medio placentero hasta la carne que arde, el dolor.

El principio del placer, principio de la menor tensión, se refiere a la tensión mínima a mantener para que se mantenga la vida, lo que demuestra que en sí mismo el goce lo desborda y lo que el principio de placer mantiene es el límite en relación al goce. Si la repetición se funda en un retorno del goce, en esta misma repetición es donde se produce algo que es imperfección, fracaso. Lacan se refiere a una pérdida, pérdida de velocidad. En la misma repetición hay pérdida de goce, en función de un "objeto perdido" en Freud, un "objeto a" en Lacan. O sea que la repetición, para él, está en el nudo de la estructura: indicio e índice de lo real, ella produce y promueve la organización simbólica y permanece en el trasfondo de todas las escapatorias imaginarias (Aveggio, 2010).

En el caso de los niños con TDA-H, hay que preguntarse por lo que ese diagnóstico esconde, en la singularidad de ese paciente, de su historia, de su cuerpo, de su sintomatología y su sufrimiento, en el cual hay un cuerpo en permanente movimiento, un cuerpo que la sociedad requiere tranquilizar.

El cuerpo es algo que el sujeto tendrá que tener y conquistar, es decir, el sujeto no es lo mismo que su cuerpo, y por eso es que puede jugar a tenerlo. No se nace con un cuerpo constituido, sino que éste debe constituirse (Paín, 1987). El niño al nacer es inmaduro, prematuro, sus vías nerviosas no están mielinizadas, por lo que requiere de Otro para sobrevivir y, en ese proceso, constituir un cuerpo subjetivado. Es la madre (o la función materna) quien va creando en ese cuerpo, agujeros, bordes, un mapa corporal producto del deseo del Otro que lo erogeniza y pulsionaliza, es decir, crea una falta (Levin, 1991).

¿Cuándo el cuerpo viviente se hace cuerpo social? El movimiento corporal se conquista de forma virtual, en el espejo está la imagen pero también está el Otro que sostiene al niño con su palabra. Esa imagen del cuerpo no se constituye sin el sostén simbólico que representa la madre, su mirada y su voz, diciéndole al niño "ese eres tú" y deseando algo allí (Levin, 1991; Pernicone, 2005).

Es dado que el cuerpo del niño ha sido erogenizado por la madre que lo puramente biológico cae, transformándose así en cuerpo del lenguaje, tomado y transformado por él, por los significantes que vienen de ese Otro que le da el don del lenguaje. Es por esto que lo que retorna permanentemente no es cuerpo de la necesidad, sino que un sujeto que desea a través de su cuerpo (Levin, 1991). El cuerpo es un significante, por lo que todo lo que corresponde al orden de lo corporal está incluido en la cadena simbólica (Levin, 2010).

Se habla de alienación al cuerpo del semejante (Bleichmar, 1993). Sin embargo, una vez que el sujeto se constituye, tiene que separarse de este Otro que le ha permitido colmarse. "El sujeto resulta dividido por el Otro, se siente agresivo o agresor con respecto a él o a sí mismo. Es entonces que se separa mediante un movimiento hostil, reconociendo y rechazando la intrusión del Otro" (Bello y Paganini, 2008, p.9).

Al respecto, Bergès (1990) plantea en el decir del niño "soy yo el que reconozco en el otro y es en esa confusión donde nace esta agresividad. Es lo que el otro tiene en su mano lo que deseo porque la mano del otro es la mía" (s.p.). El cuerpo surge de la palabra y en ese sentido no se trata de un organismo, ni de lo viviente. El lenguaje es cuerpo y cuerpo que da cuerpo (Goldemberg y Silveyra, 2007).

El movimiento sin rumbo, sin freno que al parecer sostiene a estos niños, produce mayor excitación, en lugar de producir placer y descarga de tensión, funciona en un circuito de erotización, que se les torna excitante (Bergès, 1990). Lo que ocurre en un niño que no para de moverse, es que actúa. Actuar no es jugar, es poner en acto una angustia inquietante. El movimiento alocado encarna la angustia sin nombre, la motricidad se erotiza y la plasticidad simbólica no puede abrir nuevas redes. El goce y el sufrimiento entran en juego en el movimiento corporal. No puede representar, ni jugar, ni hablar de lo que le pasa. El cuerpo, a través de la motricidad, habla por él y experimenta en escenas su malestar –"estar mal" -, lo que le impide poner en juego lo infantil de la infancia (Levin, 2003).

En otras palabras, el niño habla siendo kinético, no porque haga movimientos, sino porque hace movimientos que el adulto interpreta como gestos. La demanda de atención, no es algo del niño, sino proviene del adulto desbordado, sobrepasado por la agitación, la violencia, las dificultades de inserción social. Es porque estoy privado de la palabra (porque no se me escucha) que paso al acto. Desde el adulto "se sufre en tanto que sujeto pero él, no está comprometido en tanto que sujeto solamente hace signo" (Bergès, 1990).

Es por ello que las técnicas de relajación son muy interesantes porque permiten al niño acceder a un estado de conciencia próximo al sueño y pueden volver de éste (Bergès, 1990). Hay zambullidas y remontadas y hago en mi espacio terapéutico la experiencia que me puedo sumergir y remontar sin actividad motriz.

En este sentido no se presenta para nada, en absoluto, la relajación como un método de dominación, tampoco es un sistema para soltarse, relajarse, volverse imbécil en palabras de Bergès (1990), no se trata de languidecer ante un psicomotricista.

Se trata de hacer una experiencia, de intercambiar un sistema con otro. La relajación en niños hiperkinéticos permite hacer una economía de la motricidad excesiva. Permite sentir el cuerpo de otro modo en la acción, experimentar los límites del cuerpo de una manera distinta que enfrentado a los objetos, a las prohibiciones de los adultos. En un niño hiperkinético los límites de su cuerpo no tienen nada que ver con su cuerpo en sí (Bergès, 1990).

En la relajación, se hace la experiencia de que el cuerpo tiene un límite, cada parte está limitada por otra parte del cuerpo. El cuerpo a su vez está limitado por el tacto con la colchoneta, con el terapeuta, por los movimientos y por las palabras que el terapeuta pone sobre el cuerpo (Bergès, 1990).

Tanto el esquema como la imagen corporal son producidos por el significante. Es verdad que el significante mortifica, corta el goce, pero colocando en su cadena de la muerte irremisible, da significación a la vida que se goza. Es para el Otro que la imagen se engalana en el espejo, y es de su mirada que se imaginan lo que somos en cuanto cuerpo (Jerusalinsky, 2005).

Se comprende que el cuerpo devenga en el eje y el punto de partida de la acción tanto espacial como temporal, pero si se siente el cuerpo sólo con excesos de movimientos, de ninguna manera se podrá no solamente sentir esos límites tan necesarios para la vida social, sino tampoco tener una idea respecto al origen, al punto de partida (Bergès, 1990).

La noción de origen en la lógica del parentesco, tiene algo que ver con los límites del cuerpo, con los niños hiperkinéticos y la muerte, es algo que implica al espacio y al tiempo, sobretodo en la organización temporal del movimiento. El niño hiperkinético pregunta ¿qué es lo que sostiene el cuerpo?, ¿qué lo vuelve presente?, etc. Bergès (1990) responde: lo que hace sostener el cuerpo, no es la imagen, no es lo imaginario, no es la idea de que mi cuerpo es un todo. Aquí introduce el mérito de la relajación, la cual permite darse cuenta en pocas sesiones

que el cuerpo se maneja con hilos, no hay que creer que el cuerpo se sostiene con una imagen o con la representación de él, sino que se sostiene con las palabras, son las palabras que están enganchadas al cuerpo y son frecuentemente las palabras de la queja (dolor), como se siente el cuerpo. El cuerpo del niño hiperkinético ha fallado en la inscripción a la palabra de la madre, está desprovisto de palabras (Bergès, 1990).

En los trastornos de atención, existe la dificultad de investir el hecho que se está presente en lo que se dice, por eso su relación con lo corpóreo (Forer, 2010).

Atención se concibe como “es el estado en el cual la tensión interior está dirigida hacia un objeto exterior. Es un mecanismo importante en el funcionamiento mental de un individuo, que le permite no quedar sometido pasivamente a las incitaciones del contexto. Ella permite al sistema nervioso no ser sobrepasado por el número de informaciones sensoriales que le llegan a cada infante y por consiguiente, al ser vivo adaptar su comportamiento. También se puede definir en relación con la conciencia, es la selección de acontecimientos o de un pensamiento y su mantenimiento en la conciencia” (Houzel, Emmanuelli, Moggio citados en Janin, 2004).

La atención entonces es un proceso activo que protege al individuo del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiéndole privilegiar un elemento sobre otros (Janin, 2004).

De esta manera es un acto voluntario, se construye, no está dado desde el inicio, al contrario de la atención refleja que es inmediata. La atención que se pide en la escuela es una atención sostenida y selectiva a cosas que no son elegidas necesariamente y no involucran el deseo del sujeto en cuestión. Dirigirse al mundo y sostener el oído y la mirada atenta está motorizada por los deseos, que marcan la dirección. El yo como organización representacional aparece como imprescindible para que un sujeto atienda y eventualmente aprenda (Forer, 2010).

Entonces los trastornos en la atención pueden ser efecto de la dificultad para investir cierta realidad o para inhibir procesos psíquicos primarios. También ciertos movimientos afectivos y las fallas en la constitución narcisista (baja autoestima) son obstáculos para estar atento en clase.

Las dificultades en la constitución subjetiva tienen relación con la estabilización del proceso secundario (en este caso no se puede seguir el discurso del otro), ya que no están inscritas las palabras que sostienen la subjetividad.

La memoria, la atención y otras funciones no surgen de improviso como algo acabado, no caen de lo alto en un cierto instante, sino que tienen una larga historia progresiva. En realidad su desarrollo comienza con el primer indicativo, con ayuda del cual los adultos intentan dirigir la atención del niño y con el primer gesto independiente de este, con el cual empieza a dirigir la atención de otros (Vygostsky, 1981).

DISCUSIÓN

Resulta interesante realzar la importancia que el Estado Chileno le otorga a los trastornos hipercinéticos y de la atención, considerando que la OMS ni siquiera los cuenta como prioridad en salud mental para la población infantojuvenil (OMS, 2004). De esta manera, el mal-estar en los niños y niñas da cuenta de una perturbación de los lazos sociales considerados sanos y normales según los estándares ampliamente divulgados en la población chilena.

En el caso del TDA-H hay dos instituciones en juego: la familia y la escuela. Si consideramos desde que se estableció el trastorno y se comenzó a tratar con medicamentos y psicoterapia, los indicadores epidemiológicos de niños y niñas afectados aumentaron de manera dramática; sería interesante analizar las relaciones entre la prevalencia de TDA-H y los cambios relacionados a la familia y a la educación en los últimos 40 años de Chile. Al parecer, algo pasa con los dispositivos de educación ¿cómo se busca educar al niño?, ¿cómo influyen las características de la modernidad en su educación? La proliferación de los medios de comunicación y tecnología sin duda tienen consecuencias en la educación, en la crianza y por ende en el sujeto en constitución.

Desde el punto de vista clínico, se expresa la dimensión social del síntoma y la relación entre este fenómeno y los malestares propios de nuestra época. Se produce un cruce importante entre la clínica y la educación, siendo el TDA-H como síntoma escolar uno de los motivos de consulta más comunes en la clínica infantil.

Por otra parte, es interesante observar cómo se ha ido construyendo el TDA-H en la historia: en un primer momento, a un desorden de los movimientos se le sumó una anomalía neurológica; y luego a una etiología desconocida se le adjudicó la hiperactividad y la falta de atención, todo esto destacando lo perturbadoras que son para el entorno esas conductas. En resumen, a síntomas motrices se le sumaron síntomas cognitivos y síntomas adaptativos.

Esta imprecisión y constante mutación del TDA-H hace que sea posible pensarlo como un trastorno que nombra el retorno de lo reprimido, dado que engloba todo aquello que pone en jaque al dispositivo escolar, a la sociedad moderna y a la salud mental infantil.

Es decir, bajo este concepto se han agrupado aquellas conductas que la sociedad adulta requiere eliminar y que generalmente vuelven, retornan, ya que, como señala Rodolfo (2009), la psicopatología tiene lugar en relación a la existencia humana. Es el goce, la repetición, la pulsión de muerte, el malestar en la cultura, el costo de vivir en sociedad, la castración, el no-todo, no existe relación sexual. En la literatura psicoanalítica se nombra de distintas maneras, desde diferentes ángulos pero siempre se le entrega un lugar a lo irreductible, a lo cual ya no se le puede atribuir otra causa, es como lo humano demasiado humano, por hacer uso de uno de los títulos de Nietzsche (1878).

En el TDA-H se observa un cuadro tremendamente heterogéneo, es decir, puede esconder otras patologías que generan falta de atención y exceso de movimiento, sin ser la razón de éste. En tales casos, frecuentemente se alude a una "comorbilidad" con diagnósticos depresivos, trastornos de conducta, trastornos oposicionistas desafiantes, trastornos emocionales, por nombrar algunos; lo que da cuenta de la inexactitud nosológica del TDA-H.

A nivel de las políticas públicas la psicoterapia basada en la evidencia se presenta como un dispositivo gubernamental al servicio de ciertos cánones políticos sociales, es decir, se orienta en función de un ideal de hombre y niño en cierta medida, autónomo, independiente, consciente, racional, con autocontrol, reconocimiento y manejo adecuado de sus emociones (Aceituno, 2008). La psicoterapia en cualquiera de sus formas y desde todos los enfoques se enfrenta a esto.

Un tratamiento psicológico quizás quita un síntoma, se espera que elimine el sufrimiento subjetivo, pero de todas maneras va a producir un cambio y la dirección de ese cambio, si bien tiene que ver con la libertad del sujeto, también se ve coartada por las condiciones que limitan esa libertad. Desde la teoría lacaniana, se podría pensar que la sociedad siempre busca domesticar las formas de goce del niño, es decir regular y normar. Si un niño se mueve, es normal pero si ese movimiento es disruptivo y molesto para el adulto, el acto se sanciona y se plantea la patología.

Al diagnóstico, va asociada una falla y/o un déficit. En el sujeto funciona como etiqueta, ya que ocupa un lugar en su serie de identificaciones y podría llegar al punto donde los niños se definen a sí mismos como "hiperkinéticos" o que dicen "soy déficit atencional": la palabra del otro ha quedado inscrita en sus cuerpos a modo de estatuto objetivo, drástico y permanente. Además, por lo general las familias recurren al saber médico, donde lo común es entregar

fármacos. El resultado es un velamiento de la falta, es como “hacer oídos sordos”. Cuando llega el momento de instalar un trabajo psicoterapéutico, nos encontramos con la dificultad de instalar una palabra allí donde la pregunta ha sido taponeada.

Así, en los casos en que no se reflexiona mayormente acerca del diagnóstico, se puede estar ejerciendo violencia secundaria, es decir, un tipo de violencia desplegada contra el yo que es perjudicial para el funcionamiento de éste (lo que marca la diferencia fundamental con la violencia primaria, que es necesaria, subjetivante). La violencia secundaria en este caso, estaría dada por un discurso social que se opone a los cambios que pudieran producirse en el yo y que ignora el sufrimiento que el niño expresa a través de su movimiento incontrolable. Aparece así la problemática del poder, generando que esta violencia sea persuasiva y desconocida por sus propias víctimas, debido a que logra apropiarse abusivamente de los calificativos de necesaria y natural (Castoriadis-Aulagnier, 1977).

Frente al escenario descrito y su heterogeneidad, se ponen en primer plano las consideraciones de tipo éticas en toda intervención. El tratamiento de cualquier malestar tiene sus repercusiones, es decir, cuando uno interviene a un niño, necesariamente interviene a su familia y en menor medida, en lo social.

De alguna manera, el PNSMP plantea el marco ético de trabajo en salud mental; las personas deben ser consideradas en su dimensión física, mental y como seres sociales, contempla acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige – más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados – a las personas, inseparables de su contexto económico, social y cultural, con un énfasis en la anticipación de los problemas, apuntando a mejorar la calidad de vida y al máximo desarrollo de la persona en cuanto a sus capacidades físicas y mentales, etc.

La ética y la clínica son inseparables y no pasa por ningún manifiesto. Día a día, en cada intervención esto se pone a prueba. Por eso es importante fomentar las reuniones clínicas, la discusión de casos, o sea, el trabajo grupal en el equipo tratante, con actores no jerarquizados donde se compartan puntos de vista, asociaciones y angustias, más allá del afán por encontrar la causa exacta o determinar qué variable está pesando más.

En la clínica con niños y niñas hay condiciones estructurales que la hacen distinta a la clínica con adultos, por lo que es necesario utilizar dispositivos de trabajo diversos. Los niños y

niños no suelen hablar como lo hacen los adultos, la mayoría de las veces juegan o permanecen en silencio, otras veces no quieren asistir o no entienden a qué son llevados, ya que la demanda de ayuda no viene siempre del paciente en este caso, sino que puede ser de los padres, el colegio o derivados. Además, los adultos que acompañan al niño/a, piden respuestas, protestan, se quejan, demandan, etc.

De esta manera, la infancia es un tiempo de estructuración subjetiva en el cual los padres se presentan como un real, y eso no se puede obviar. En tal sentido, al niño no se lo puede curar de la presencia de sus padres, sólo se le puede posibilitar ubicarse de manera distinta, es decir, facilitar, acompañar el devenir subjetivo como sujeto del deseo que le permita articularse a nivel social. Por tanto, es importante y necesario trabajar con los padres.

Por otra parte, la reforma de salud tiene como piedra angular el trabajo con orientación biopsicosocial, lo que implica que los equipos clínicos que trabajen con las personas estén organizados de modo tal de vincularse con las comunidades, y no aislarse en la infraestructura o el modelo hospitalario. Esto implica también un trabajo de coordinación entre distintos profesionales de la salud, de modo de entregar una atención integral considerando los factores de la cultura, el ambiente y la persona.

De tal forma, la propuesta de trabajo grupal con niños se enmarca dentro de los mismos ideales de intervención, incluyendo a la familia y generando espacios comunitarios.

Sumado a esto, se encuentra el hecho de que existen múltiples variables que influyen en la clínica de la infancia, lo que hace necesario que el trabajo psicoterapéutico posea una plasticidad creativa, que no se limite a patrones establecidos y que constantemente haga el esfuerzo por integrar todas esas variables, con el fin de efectivamente posibilitar un alivio subjetivo para los consultantes. Es así como vale la pena pensar distintos dispositivos de intervención, en este caso, la grupalidad y los aportes de la teoría psicoanalítica.

Lo grupal está constantemente en lo familiar, lo escolar, etc., pero no se da simplemente por sumatoria de individuos, sino que es necesario un intercambio con palabras y donde no prime la jerarquía, para posibilitar que las palabras sean escuchadas.

La experiencia grupal en el Hospital Padre Hurtado [HPH] permitió al equipo clínico descubrir formas de interacción entre los niños y niñas que no se habían develado en la clínica individual. Por ejemplo, una de las fuertes motivaciones de los padres para llevar a sus niños a

terapia es la insistencia del colegio, donde la profesora abiertamente se queja del comportamiento del niño/a. Sin embargo, la madre a veces no tiene la misma opinión y a su vez en la terapia individual no se perciben esas conductas disruptivas con que la profesora caracteriza al niño/a. De esta forma, se crea una imagen ilusoria donde el niño/a que vemos parece ser otro del que asiste al colegio o del que está con su madre. De modo que el dispositivo grupal permite la emergencia y la manifestación de diversas formas de relación con los otros, para de esta manera poder abordarlas y analizarlas.

Otro punto destacado de la experiencia realizada en el HPH, es que si bien es común que las madres se quejen de las conductas perturbadoras de sus hijos, al verse involucradas con otras madres que viven circunstancias similares, las progenitoras pasan a observar y reconocer otros aspectos de sus hijos que cumplen la función de diferenciarlos de los demás. Es así como, en psicoterapias de este tipo, todos los niños llegan con el mismo diagnóstico, sin embargo rápidamente se observa como todos los niños/as "viven su TDA-H" de distinta forma.

En psicoterapia con niños y niñas, lo grupal tiene cualidades destacables, reunidos por su malestar o su estar - mal en el mundo, pueden compartir con palabras y movimientos que se transforman en juegos y lazos de amistad. Algo se pone en movimiento en el grupo, algo de orden fálico que va modificando las subjetividades y alivia, "descongestiona", da lugar ahí donde ya no cabían más que retos y reproches, a un espacio donde quepa la palabra y en su momento la pregunta. Todos los integrantes comparten aquel movimiento, a distinto ritmo y con diferencias.

Sin embargo, plantear el trabajo clínico grupal tiene sus dificultades, ya que si se considera el diagnóstico según el DSM IV o el CIE 10 como criterio para formar un grupo psicoterapéutico, éste no nos entrega en ningún caso claridad en cuanto a la forma de trabajo grupal ni a la respuesta que se generará en el niño o niña.

Así, una dificultad desde un punto de vista es una fortaleza desde otro, y desde el discurso psicoanalítico consideramos a priori la heterogeneidad del grupo, la amplia gama de intervenciones posibles de aplicar y la necesaria posición de no saber todo respecto a los pacientes. Tampoco siempre se sabe cómo trabajar y qué camino seguir con el grupo. En palabras de Sartre (en Bauleo et al., 2005), decimos que sólo sabremos del grupo una vez que éste haya finalizado.

Desde el discurso psicoanalítico se plantea que la cura con niños implica, más que la recuperación de la historia, la producción del inconsciente en el tiempo de la transferencia. De modo que las producciones en cada sesión grupal son material de interpretaciones y asociaciones.

La psicoterapia grupal con niños es semidirigida, otorga espacio a la espontaneidad, a la creatividad, a la improvisación, es decir a la capacidad de sorprender que tiene cada sujeto en su devenir. Así, el modo de trabajo considera el uso de distintos elementos tales como juguetes, papeles, juegos de palabras, dinámicas semiestructuradas y modos de utilizar el cuerpo; propuesta que se enfatiza en los talleres corporales mediante la relajación.

De acuerdo a lo revisado el manejo de la respiración, el trabajo con el cuerpo, y la palabra puesta en el cuerpo son una forma de envolverlo, de entregarle continuidad con el espacio y con el tiempo.

Así, se entiende la hiperkinesia como un exceso de movimientos y de ruido, donde las primeras inscripciones maternas han fallado. En algunos casos pidiendo palabras y mirada significativa de parte de la madre y en otros intentando escapar de ese exceso materno, esa mirada constante que no hace corte, que impide al niño hacer contorno y límite, impide apropiarse de su yo como otro separado de la madre (Levin, 2010).

Entonces, se entiende que la relajación permite hacer la experiencia de que el cuerpo tiene un límite, permite sentir al cuerpo limitado por el cuerpo del otro, por las manos y las palabras del terapeuta. Este es un trabajo fundamental, dado que el cuerpo del niño hiperkinético está desprovisto de palabras, por eso es que hace discurso por su acción, un movimiento descontrolado, sin sentido. Debe sentir que en el espacio psicoterapéutico se es capaz de escuchar y comprender su cuerpo (Bergès, 1990).

No es poco frecuente que en el trabajo psicoterapéutico grupal los niños se golpeen unos a otros. Estas acciones se manifiestan como incontenibles, cargadas de agitación y agresividad, y responden a la confusión del niño: "Soy yo el que reconozco en el otro y es en esa confusión donde nace esta agresividad. Es lo que el otro tiene en su mano lo que deseo porque la mano del otro es la mía" (Bergès, 1990, p.15).

La instancia grupal además permite que, inmerso en un espacio de múltiples otros, el niño experimente las funciones de vinculación, sostén y contención. El grupo hace cuerpo y otorga cierta continuidad.

La elección del dispositivo grupal y su paralelo con los padres o cuidadores, tiene como finalidad posibilitar la participación activa, generar reflexión, el intercambio de vivencias y motivar la búsqueda de respuestas que supone la realización de preguntas.

En este sentido, los principales objetivos del trabajo son:

- Esclarecer situaciones conflictivas en la relación cuidador-niño
- Estimular la interacción de la díada
- Afianzar la relación vincular
- Alertar acerca de signos de alteración del vínculo (explicitados en disfunción)
- Motivar la implicación de un tercero (en la mayoría de los casos el padre) en la problemática del niño
- Motivar la interacción familiar, incluyendo otros actores como hermanos y figuras cercanas

Se considera que el grupo con los padres o cuidadores es una parte necesaria de la psicoterapia con los niños, lo que no implica en ningún caso que se haga un trabajo psicoterapéutico para los padres. En el caso de observarse la necesidad y motivación de psicoterapia para alguno de ellos, este debiese ser derivado al equipo de atención psicológica de adultos, según lo estipula el organigrama de la red de salud mental planteado en el PNSMP.

Luego de la presente revisión no proponemos una pauta estructurada de temáticas a abordar en el trabajo grupal con padres, ya que pensamos que es importante crearla al comienzo de cada grupo, para que sirva como una guía y no como molde. Así se pueden considerar rasgos particulares de cada grupo que se vaya formando.

Las actividades con que se trabaja en el caso de los padres, son principalmente de conversación. Se propone generar grupos entre 8 a 15 integrantes y coordinador terapeuta. En cada sesión se establece una temática que canalice situaciones conflictivas de la relación madre-hijo y se considera a través del grupo de trabajo. Las temáticas no son rígidas, el grupo es flexible e irá tomando cada vez un rumbo distinto. Con respecto a la duración, 8 sesiones es lo propuesto por teóricos grupalistas y por otra parte, aceptable según los criterios de la guía clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarzúa, M. y González, M. (2007). Salud mental infanto – juvenil como problemática pública. *Revista de Psicología, Universidad de Chile*. (XVI), 002, p. 75 – 95
- Aceituno, R. (2009). *Diagnóstico Estructural y Demanda Terapéutica*. Apuntes de Cátedra, Quinto año Carrera de Psicología. Universidad de Chile.
- Ajuriaguerra, J. (1997). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Obtenido el 15 de marzo de 2011 de http://books.google.com/books?id=dLJ7vmXqWdYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Aveggio, R. (2010). *Intervenciones psicoanalíticas en salud pública*. Seminario ALP- Chile. Abril 2010.
- Barkley, A. (2002). An International consensus statement on ADHD. *ClinChildFamPsycholRev*, 5, 89-111.
- Bascuñán, C. y González, M. (s.f.). *Psicoanálisis e Infancia*. Obtenido el 15 de octubre de 2009 de <http://www.facso.uchile.cl/psicologia/caps/gepa.html#>.
- Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005). *Psicoanálisis Operativo: A propósito de la grupalidad*. Buenos Aires: ATUEL.
- Bello, M. y Paganini, A. (2008). Trastornos en la infancia: ¿cuál teoría para esta práctica? En *Objetos Caídos, Revista de Psicoanálisis, Universidad Diego Portales*. Número 6, primavera 2008, p. 101- 109.
- Benitez, M. (2003). La transferencia y el estatuto del analista en la práctica con niños. *Revista Fort-Da N°6 Junio 2003*. Obtenido el 28 de agosto de 2010 de <http://www.fort-da.org/fort-da6/benitez.htm>
- Bergès, J. (1990). *Les enfants hyperkinétiques*. Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Franco Chilenas de Psiquiatría y Psicoanálisis, s.f., Santiago de Chile (texto traducido por M. Marchant).

Berger, M. (1999). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención*. Madrid: Editorial Síntesis.

Bion, W. (1961). *Experiencias en grupo*. Buenos Aires: Paidós.

Bion, W. (1963). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.

Blanco, D. y Sáez, C. (2010). *Del diagnóstico neurológico por trastorno de déficit atencional a la pregunta por el sujeto*. Trabajo presentado en las Jornadas de Actualización de la Unidad de Psicología del Hospital Luis Calvo Mackenna, 9 de julio de 2010.

Bleichmar, S. (1993). *La fundación de lo inconsciente: destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Buenos Aires: Amorrortu.

Calmels, D. (2001). *Periplo de un nombre: Desatención, Hiperactividad, Impulsividad*. En Tallis, J. (Ed.), *Trastornos en el desarrollo infantil*. Buenos Aires: Novedades Educativas.

Castillo, D. y Mejías, V. (2010). *Psicoterapia grupal para niños y niñas con TDA-H y sus cuidadores*. Unidad de Psiquiatría Comunitaria. Hospital Padre Hurtado.

Castoriadis-Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.

Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Edición [CIE-10]. (1992).

Cordié, A. (2004). *Doctor: ¿por qué nuestro hijo tiene problemas?* Buenos Aires: Nueva Visión.

Coriat, E. (2006). *El psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños*. La Plata: De la campana.

Doltó, F. (2004). *La causa de los niños*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández-Jaen, A. (2004). *Trastorno por déficit de atención y/o Hiperactividad*. Obtenido el 10 de mayo de 2011 de www.anshda.org/tdha2004.pdf.

FONASA (2011). *Principales Contenidos de Ley del AUGE, Nº 19.966*. Obtenido el 30 abril de 2011 de

http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20050606/pags/20050606183458.html?0.5?0.5.

Flesler, A. (2007). *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Buenos Aires: Paidós.

Flesler, A. (2008). La transferencia en el análisis de un niño. *Extensión digital número 1 de la revista de la secretaría de extensión universitaria*. Facultad de Psicología Nacional de Rosario. Obtenido el 30 de septiembre de 2009 de <http://www.extensiondigital.fpsico.unr.edu.ar/n12008>.

Forer, G. (2010). *Circuitos atencionales: ¿quién desatiende a qué?* Trabajo presentado en el II seminario psicología clínica: dificultades atencionales en la infancia, discusiones teórico-clínicas. 25 y 26 agosto de 2010. Universidad Diego Portales.

Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas*. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1909). La novela familiar del neurótico. En *Obras Completas*. Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1913). Tótem y tabú. En *Obras Completas*. Tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas*. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1929). Malestar en la cultura. En *Obras Completas*. Tomo XXI Buenos Aires: Amorrortu.

Garbarino, H., Freire, M., Mieres, G. (1971). *Psicoanálisis grupal de niños y adolescentes*. Montevideo: Oficina del Libro AEM Editores.

Goldemberg y Sylveira (2007). *Psicoanálisis y niños hoy I*. Buenos Aires: Imagomundi.

- George, M. (2009). *La Psicología Clínica en el ámbito de las Instituciones Públicas*. Apuntes Docentes de la Asignatura Psicología Clínica Infanto Juvenil. Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile
- Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- Jerusalinsky, A.(2005). *Psicoanálisis en problemas de desarrollo infantil*. Buenos Aires:Nueva Visión.
- Lacan, J. (1969). *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos. Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1969). *Seminario 16: De otro al otro*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1970). *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1972). *Seminario 20: Aún*. Buenos Aires:Paidós.
- Lasa, A. (2007). *El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias*.Obtenido el 20 de mayo de 2011 de www.fundacioorienta.com/pdf/Dr_Lasa_Article.pdf.
- Levin, E. (1991). *La clínica psicomotriz: el cuerpo en el lenguaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, E. (2000). *La función del hijo: espejos y laberintos de la infancia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, E. (2003). *Discapacidad: clínica y educación*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, E. (2010). *La experiencia de ser niño: plasticidad simbólica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). (1995). Barcelona: Masson.
- Mannoni, M. (1965).*La primera entrevista con el psicoanalista*. Barcelona: Gedisa.

- Mathelin, C. (1995). *Clínica psicoanalítica con niños: uvas verdes y dentera*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Miller, J. (2006). *Introducción a la clínica Lacaniana*. Barcelona: Colección ELPRBA.
- Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile [MIDEPLAN] (2001). *Política Nacional y Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia. 2001-2010*. Santiago: Ministerio de Planificación y Cooperación.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Serie MINSAL.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (2008). *Guía Clínica: Atención Integral de Niñas/Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención [THA]*. Santiago: Serie MINSAL.
- Miranda, G. (2003). La familia, ¿por qué? En *Jacques Lacan y lo fundamental del psicoanálisis*. Santiago: Universidad Raúl Silva Henríquez pp. 225-237.
- Morel, G. (2009, octubre). *La Ley de la Madre*. Conferencia realizada en el contexto del Magíster de Psicología Clínica Adultos de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Mosquera, L. (2003). Hablando de chicos. Transferencia y finalmente tratamiento en psicoanálisis con niños. *Revista Fort-Da N°6 Junio 2003*. Obtenido el 28 de agosto de 2011 de <http://www.fort-da.org/fort-da6/mosquera.htm>
- Nietzsche, F. (1878). *Humano demasiado humano*. Madrid: EDAF.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1990). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Obtenido el 10 de noviembre de 2010 desde <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0021.pdf>.
- Paín, S. (1987). *La génesis del inconsciente, la función de la ignorancia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Pernicone, A. (2005). Acerca del movimiento corporal en los niños. Vicisitudes de la excitación motriz: su estructuración subjetiva, fallas y síntomas asociados. *Revista Fort Da N°8 Septiembre 2005*. Obtenido el 15 de noviembre de 2009 desde <http://www.fort-da.org/fort-da8/pernicone.htm>
- Privat, P. y Quèlin-Souligoux, D. (2000). *El niño en psicoterapia de grupo*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Radiszcz, E. (2006, agosto). *Psicología de la personalidad*. Apuntes de Cátedra Segundo año Carrera de Psicología. Universidad de Chile.
- Rodulfo, M. (2005). *La clínica del niño y su interior*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R. (1989). *El niño y el significante: un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, M. y Rodulfo, R. (2009). Seminarios Públicos del Magíster en Clínica Infantil de la Universidad Alberto Hurtado. Octubre de 2009.
- Rojas, J. (2010). *Historia de la Infancia en el Chile Republicano, 1810 – 2010*. Santiago: Ocho Libros Editores.
- Scandar, R. (2000). *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Buenos Aires: Distal.
- Torras de Bèa, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. España: Paidós.
- Tkach. (2007). Apuntes de Cátedra Universidad de Buenos Aires. Obtenido el 13 de abril de 2011 de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/043_ninos_adolescentes/material/clases_teoricas/2do_teorico_noche_2007.pdf.
- Untoiglich, G. (2010). *Aspectos histórico libidinales en niños y niñas con problemas en sus aprendizajes que manifiestan dificultades atencionales*. Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires.
- Vygostsky, L. (1981). *Pensamiento y Lenguaje*. Buenos Aires: La Pléyade.

