



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

**INTERVENCIÓN PRECOZ EN LA PREVENCIÓN DEL TRASTORNO HIPERACTIVO.
UNA MODALIDAD DE PSICOTERAPIA FAMILIAR BREVE**

Alfons Icart Pujol y Teresa Ribalta Torrades

Psicopatol. salud ment. 2005, 6, 85-96

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA
www.fundacioorienta.com/revista.html

Intervención precoz en la prevención del trastorno hiperactivo. Una modalidad de psicoterapia familiar breve

ALFONS ICART PUJOL* Y TERESA RIBALTA TORRADES**

RESUMEN

Desde un marco teórico psicodinámico, pretendemos describir una modalidad de psicoterapia familiar breve en la institución pública, para prevenir y atender el desarrollo del síndrome de hiperactividad con déficit de atención (TDAH). Se expone un caso clínico y se plantean unas recomendaciones respecto a identificar, prevenir y tratar los factores de la dinámica familiar que predisponen y/o contribuyen a estructurar este tipo de trastorno. PALABRAS CLAVE: TDAH, psicoterapia familia, psicoterapia breve, psicoterapia en la institución pública.

ABSTRACT

EARLY INTERVENTION IN THE PREVENTION OF HYPERACTIVITY DISORDER. A MODALITY OF BRIEF FAMILY PSYCHOTHERAPY. This paper, from a psychodynamic theoretical framework, describes a modality of brief family psychotherapy in a public institution to attend the development of a hyperactivity and attention deficit syndrome (ADHD). A clinical case is presented, and recommendations on how to identify, prevent and treat the factors of the family dynamics which predispose and/or contribute towards the structuring of this disorder are considered. KEY WORDS: ADHD, family psychotherapy, brief psychotherapy, psychotherapy in public institutions.

RESUM

INTERVENCIÓ PRECOÇ EN LA PREVENCIÓ DEL TRASTORN HIPERACTIU. UNA MODALITAT DE LA PSICOTERÀPIA FAMILIAR BREU. Des d'un marc teòric psicodinàmic, pretenem descriure una modalitat de psicoteràpia familiar breu en la institució pública, per atendre el desenvolupament de la síndrome d'hiperactivitat amb déficit d'atenció (TDHA). S'hi exposa un cas clínic i es plantegen unes recomanacions respecte a la identificació, prevenció i tractament dels factors de la dinàmica familiar que predisposen i/o contribueixen a estructurar aquest tipus de trastorn. PARAULES CLAU: TDAH, psicoteràpia familiar, psicoteràpia breu, psicoteràpia en la institució pública.

En los foros de debate alrededor de la nueva forma de entender y atender la salud mental de la población, cada vez con más programas de atención pública, nos encontramos con la tendencia entre algunos círculos y colectivos profesionales, de querer implantar el modelo denominado "médico": una causa-una enfermedad-un tratamiento; problema que ha sido destacado por varios autores, entre otros, por Lasa (2001). Entender así la enfermedad mental deja de lado, la mayoría de las veces, aspectos básicos y esenciales tales como que la persona es un ser social, que se relaciona con su psiquismo y con su mundo externo y que hacerle participar en la reconstrucción de su psiquismo en crisis, es darle elementos y capacidades para que pueda afrontar nuevas situaciones difíciles.

Si en el ámbito de los adultos se cuestiona este planteamiento –de causa, enfermedad y tratamiento–, sobre si da respuesta a las necesidades de la población, en la atención a los niños y adolescentes todavía resulta más insuficiente, y cuanto más pequeño es el niño, en mayor grado. Los factores

**Psicólogo clínico. Psicoanalista, miembro de la SEP-IPA. Director de la Fundació Orienta y de la Revista de Psicologia y Salud Mental del niño y del adolescente.*

***Psicóloga clínica, Jefe de Servicio. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil Sant Boi de Llobregat. Fundació Orienta.*

Correspondencia: aicart@fundacioorienta.com

relacionales y la influencia de los padres en los hijos son elementos cualitativos y determinantes que intervienen activamente en la estructuración de ciertas patologías como es el caso de los niños hiperactivos (Icart, 2004).

El síndrome de la hiperactividad viene dando en los últimos años una mayor preocupación, debido, probablemente, a la generalización del problema y además por:

- Su aumento, como sintomatología, en los motivos de consulta en psicopatología infantil.
- Su pronóstico. Bielsa (2004) en su revisión global señala que en casi la mitad de los niños que presentan estas dificultades y no realizan ningún tratamiento continúan manteniendo el trastorno en la adolescencia y en la edad adulta (Brown, 2003)
- Su gravedad, que puede conducir al fracaso académico, laboral y familiar, ocasionar aislamiento social e inclusive derivar en una posible conducta delictiva.
- Su complejidad, en cuanto a diagnóstico y tratamiento. Muchos autores coinciden en señalar que este síndrome es un paradigma de un auténtico trastorno bio-psico-social.
- La dificultad de encontrar el tratamiento adecuado que permita resolver el síndrome.

A partir de la definición de Glòria Setó (1999), que el *síndrome de hiperactividad con déficit de atención* es una agrupación de síntomas que se presentan juntos y que no tienen una etiología determinada sino múltiple –social, familiar, psicológica, psicopatológica y biológica–, creemos que las opciones terapéuticas, siempre que sea posible, tienen que ser igualmente multidimensionales y centradas en las primeras relaciones del niño con sus padres. El tratamiento mediante fármacos psicoestimulantes, que sin duda reducen a corto plazo la sintomatología en un porcentaje significativo de casos, pensamos que no tendría que ser el tratamiento exclusivo ni tampoco siempre el de primera elección, especialmente en el perfil de los casos que vamos a considerar.

En este trabajo pretendemos realizar una revisión de las aportaciones de diferentes autores sobre la comprensión de la hiperactividad y desde una orientación psicodinámica, describiremos algunos aspectos teóricos y de la práctica clínica, que se ilustra con un caso clínico en un centro público, tratado mediante psicoterapia familiar breve. También expondremos la importancia y efectividad terapéutica del *abordaje familiar* en este tipo de pacientes, en los cuales la investigación, en el marco del proceso psicodiagnóstico, proporciona un importante número de indicadores psicopatológicos en la dinámica familiar, que sin poder afirmar que son la causa exclusiva, nos revelan la significativa importancia como predisponentes, desencadenantes, que mantienen y/o agravan el síndrome.

Este modelo de intervención está focalizado en los problemas emocionales de la primera infancia, en las primeras relaciones del niño con su madre, la presencia del padre en esta relación y su entorno psíquico relacional precoz. Es un modelo de atención que, hasta ahora, nos ha proporcionado buenos resultados.

Desarrollo teórico sobre el TDAH

Indudablemente existen diferentes maneras de situarnos en los hechos clínicos y las distintas opciones de tratarlos. La formación recibida, la experiencia personal de cada profesional, el lugar de trabajo, el entorno profesional, etc., son factores determinantes a la hora de entender la clínica y de dar una respuesta psicoterapéutica. Como ya se ha dicho, hablaremos desde la teoría psicodinámica y desde nuestra práctica en la institución pública.

Thomas E. Brown (2003) advierte que no se puede considerar por más tiempo el TDAH, como un trastorno disocial insignificante. Este autor defiende que el TDAH acaba generando alteraciones crónicas en funciones cognitivas que son esenciales para una adaptación consecuente y eficaz en la escuela (niños), en el trabajo (adultos), en la familia y en la sociedad. Para Brown, la gravedad de

estas alteraciones puede extenderse desde la baja tolerancia a la frustración hasta una incapacidad absoluta para completar la enseñanza, conservar un trabajo o mantener una relación afectiva.

Goldman y colaboradores (1998), según un informe de la *American Medical Association* (AMA) sobre el TDAH, en el que se revisan los datos más importantes sobre el exceso de diagnósticos y de fármacos estimulantes del momento, en sus conclusiones destaca que: “el TDAH se asocia con una comorbilidad potencialmente significativa, con una alteración funcional y con problemas emocionales en las etapas iniciales y siguientes de la vida”.

Tanto Brown como Goldman señalan en sus aportaciones que las primeras manifestaciones del TDAH las tenemos que encontrar en los primeros tiempos de vida del niño y sus dificultades para tolerar la frustración: el “no”. Por nuestra parte, compartimos plenamente estas afirmaciones y como se podrá ver en el caso clínico que se presenta, nuestras intervenciones terapéuticas van dirigidas a modificar precisamente estas primeras relaciones del niño con sus padres. No podemos olvidar que los primeros vínculos que establece el niño con sus padres, son estructurantes de la personalidad (Corominas, 1989) y si podemos abordarlos en la primera infancia y modificarlos a tiempo es probable que podamos evitar perpetuar el trastorno de TDAH en la adolescencia y en la vida adulta. Brown precisamente es el primer autor que nos habla de la hiperactividad adulta como consecuencia del TDAH infantil no resuelto.

Berger (1999), en su revisión respecto de las teorías psicodinámicas sobre la hiperactividad, define y discute cuatro ejes principales:

- *La hiperactividad como una defensa maniaca contra la depresión.* Ante esta hipótesis señala como crítica que en pocos casos ha observado sentimientos depresivos en el transcurso de los tratamientos psicoterapéuticos, ni tampoco que los pacientes se confronten con el vacío de la pérdida del objeto, como en el caso de la depresión, que comporta una defensa maniaca.
- *La hiperactividad dentro el marco de las psicosis infantiles.* El niño en sus primeras relaciones inviste innumerables puntos del espacio bajo el efecto de la identificación proyectiva. Es a través de la escisión que el niño proyecta fuera de él todo aquello que vive como persecutorio. Señala que seguramente el niño utiliza el movimiento para desprenderse de sus ansiedades. Para Berger, son momentos pasajeros de pérdida del contacto con el mundo exterior, sin poner en peligro el funcionamiento psíquico.
- *La hiperactividad como un fallo en la envoltura corporal.* Un fallo de la envoltura corporal (concepto descrito también por Corominas y Bick en 1963) que se vuelve imprecisa y promueve que el niño busque constantemente los límites en el mundo externo. Entonces los estados hipercinéticos aparecen como una sutura de lo que le falta al cuerpo, resultando el lugar del cuerpo imposible de integrar. Sin embargo, para Berger, estos razonamientos no son suficientes para explicar los otros aspectos que hemos observado anteriormente.
- *Un funcionamiento operativo.* Un trastorno psicossomático que surge en los niños con un pensamiento operativo con pocos afectos aparentes y con una carencia en su capacidad para fantasear y sentir. Viven sus emociones a través del cuerpo. Marty (1980) describe el pensamiento operativo como un pensamiento motor no apto para procesar las emociones. Así lo describe J. McDougall (1982, 1987) mediante el concepto de alexitimia. Habría, pues, una semejanza en las bases de la formación psíquica del niño hiperactivo y el psicossomático. De todas maneras Szwec (1998), contradice las aportaciones de Berger, al insistir que el funcionamiento operativo es parcial y que muchos niños hiperactivos tienen una rica actividad fantasmática.

Maurice Berger, en un estudio realizado con 60 casos, propone una clasificación de la hiperactividad en función de la historia familiar y relacional del niño en la que discierne siete subgrupos, tal como queda reflejado en el cuadro siguiente.

<i>Historia relacional</i>	<i>Número de casos</i>
Fallas en las primeras relaciones	18
Depresión maternal precoz	16
Pautas educativas inadecuadas	13
Madres hiperactivas ansiosas	5
TDAH concomitante a trastornos instrumentales	4
Investimento precoz pobre	2
TDAH sin causa conocida	2

Después de la investigación, Berger propone dos hipótesis teóricas. La primera: *una falla en la relación con el objeto primario*, que comportaría:

- Un *holding* defectuoso. Según la definición de Winnicot (1960) *holding* sería la forma en que cuidamos físicamente y mentalmente al niño los primeros meses de vida; pero también a la adaptación precoz del entorno, a sus necesidades físicas y psíquicas, hasta el momento en que se hace menos dependiente y es capaz de emerger del estado de fusión con su madre y puede considerarla exterior a él. En base a esta diferenciación con su madre, el niño puede integrar sus pensamientos, sus movimientos pulsionales, las experiencias con su familia y su propio cuerpo.
- *Un fracaso en la vivencia de la indispensable experiencia de omnipotencia*. En el artículo de 1962, en el que propuso Winnicot una primera teorización psicoanalítica sobre el origen de la hiperactividad psicomotriz, señalaba la importancia de la experiencia de omnipotencia: el niño no sólo constata que el objeto está allí, sino que cree que está allí por él. El fracaso de esta experiencia hace que se desarrollen, según Winnicot, tres procesos de manera defectuosa: I) la integración en el tiempo y el espacio; II) la personalización (la unión de la mente y el cuerpo, incluyendo la integración de las pulsiones y de los placeres instintivos) y III) la relación de objeto.

Esta hipótesis puede corresponder con la manera en que los niños hiperactivos abandonan sus pensamientos o los objetos, como si no hubieran podido interiorizar la función de sostenimiento y curas maternas. También puede explicar el rechazo a la dependencia del otro, como si depender supusiera correr el riesgo de ser abandonado.

- *Los procedimientos autotranquilizadores*. Szwec (1993, 1995, 1998) señala que un niño pone en marcha un procedimiento autotranquilizador cuando se ve confrontado con el fracaso de la función materna para atenuar su angustia: el autoerotismo compulsivo, por ejemplo, es tranquilizador porque permite una descarga. Ahora bien, es mediante experiencias de satisfacción, que el niño se siente comprendido y atendido en su demanda. El niño interioriza, entonces, el funcionamiento mental de la madre (Malher, 1968; Icart y Adroer, 1989). Estos autores han señalado también que cuando el niño no sabe, ni puede regular gran parte de los estímulos que recibe, es la madre quien se comporta como reguladora de estos estímulos para que el niño pueda conseguir la homeostasis. Cuanto más pequeño es el niño, más necesita de la madre y más utiliza sus capacidades mentales para suplir su ausencia. Esta implicación mutua entre la madre y el niño hace que los modelos de funcionamiento mental madre-hijo sean muy parecidos o al menos tengan estrategias parecidas para afrontar y procesar la ansiedad.
- *Un fracaso en la constitución del espacio imaginario*. Estos niños, a menudo, muestran en sus dibujos una representación del espacio en términos bidimensionales, de contigüidad o de inclusión recíproca, pudiendo las cosas grandes contener las pequeñas y a la inversa. Esta dificultad del sujeto para representarse con un cuerpo propio, puede comportar una imposibilidad para transformar el cuerpo en espacio de representación e impedir la proyección normal de la imagen corporal en el mundo externo. Se obstaculiza el desarrollo de la imaginación. Es lo que en otros términos llamamos indiferenciación.

- *La presencia “flotante” del enemigo.* Subraya la frecuencia con que aparece la figura del enemigo en la conducta y en los escenarios de los niños hiperactivos. Son aquellos niños que se mueven en la etapa esquizo-paranoide y tiene dificultades para superarla precisamente porque no toleran el “no”.

La segunda hipótesis de Berger sería: *una dificultad para estar solo en presencia del otro.* Después de superar el narcisismo primario, el niño puede representarse al otro como un objeto muy diferente de sí mismo. Para conseguirlo, el niño debe superar esta primera etapa. Berger que cita a Winnicott (1960) lo describe como el periodo donde el niño desarrolla la capacidad “de estar solo en presencia del otro”. El niño puede estar en su mundo sin que esto le implique perder la presencia de la madre, que la siente disponible, al buscarla con la mirada o la voz, cuando la ha podido incorporar como un objeto bueno. Ahora bien: según Mahler (1968) y Klein (1952) la evolución del niño debe transcurrir desde la indiferenciación inicial, hacia una separación *self*-objeto, una separación-diferenciación que se da en lo físico y en lo mental. Para nosotros este proceso tiene una gran importancia y en él encontramos las raíces de la mayoría de las psicopatologías. Cuando este proceso de separación *self*-objeto se detiene por causas diversas, es porque se ha dado una falla en la relación madre-hijo. Según el momento en que se dé, la fortaleza y organización del yo y las capacidades defensivas del niño, éste podrá iniciar una desestructuración más psicótica o más psicomática.

Además, Berger señala cuatro aspectos a tener en cuenta frente a la dificultad del niño a estar solo:

- *La inmovilización del objeto amenazador:* En los procesos terapéuticos se observa que los niños hiperactivos tienen necesidad de inmovilizar al terapeuta, la hipótesis sería que la presencia del otro les resulta potencialmente traumática, ya sea porque la sienten amenazante, imposible de dominar o porque corren el riesgo de que los abandone.
- *El cuerpo, un objeto maleable.* Roussillon (1988) ha descrito la necesidad del niño de encontrar un entorno y unos objetos suficientemente maleables, que se dejen transformar. Es una condición necesaria para que pueda modificar progresivamente las relaciones de simetría y de inclusión, ejercer su pulsión de dominio sobre los otros y percibir los efectos de sus acciones. La hipótesis sería que el niño intenta ser el mismo objeto suficientemente maleable que necesitaba y que no encontró cuando era pequeño.
- *La agitación como defensa contra el desbordamiento psíquico.* Cuando un niño se ve desbordado por sus emociones, el recurso habitual consiste en volverse hacia un objeto externo tranquilizador. Sin embargo, el niño hiperactivo cuando era un bebé, a menudo se encontró con un objeto exterior que o bien era excitante o estaba excitado, o bien resultaba angustioso por su depresión o su ausencia, lo que aumentaba su desorganización psíquica.
- *La utilización del objeto como espejo visual.* En el transcurso de la psicoterapia, después de intentar el dominio del terapeuta y que éste haya sido un objeto bajo el control del niño, lo que sigue son los juegos cara a cara, los intercambios de palabras, una relación sin dominador ni dominante. El otro se convierte en el espejo narcisista del niño y el cuerpo del otro es un cuerpo visto que permite unificar el propio.

Ibáñez en su revisión (2004) los define como unos niños con dificultades para desarrollar *el espacio transicional* según las aportaciones de Winnicott (1965). Los niños con TDAH tienen un mundo de fantasías inmaduras, no han podido integrar la representación mental de sentirse completamente diferentes a los otros con los que se relacionan, ni han llegado a tener una representación mental integrada de los aspectos buenos y malos de las personas y las situaciones. Esperan que el otro cumpla todas sus expectativas y deseos. Si se les limita o contraría, sienten una frustración insoportable que amenaza su autoestima y la relación con la persona involucrada. Esta intensidad de frustración irá disminuyendo o haciéndose más llevadera en la medida que aprendan a tolerar el “no”. Parte de su actividad conductual va dirigida a evitar enfrentarse a situaciones que les hacen

percibir la realidad como excesivamente frustrante para ellos. En términos psicodinámicos son niños que tienen graves dificultades para acceder a la posición depresiva descrita por Klein (1952).

Ibáñez recomienda como objetivo principal el abordaje psicoterapéutico familiar, ayudar a los adultos, cercanos al niño con TDAH, a entender sus modelos de vida y a regular las experiencias cotidianas, y ayudar al niño a mejorar su capacidad de integrar los aspectos agradables y desagradables de la relación con los demás sin romper el vínculo. Expone que mientras el tratamiento con psicofármacos va dirigido a reducir los síntomas del TDAH de forma más inmediata, el tratamiento psicoterapéutico individual, familiar y en red, va dirigido a fomentar el desarrollo de factores de protección enfocados a sostener la calidad de la maduración, a largo plazo, de la personalidad del niño. Son tratamientos que ayudan a promover el desarrollo de las funciones psíquicas superiores y que contribuyen al control de los impulsos en el desarrollo emocional normal, como los procesos de individuación y de mentalización que permiten procesar representaciones mentales y pensamientos referentes a la experiencia emocional y relacional.

Hasta aquí hemos hecho un breve repaso a las aportaciones teóricas que varios autores han realizado en los últimos tiempos. A continuación exponemos nuestra visión, para centrarnos en el modelo que proponemos: la psicoterapia familiar breve de comprensión psicoanalítica. Este modelo de comprensión de los síntomas y del abordaje familiar nos permite entender el conflicto desde una perspectiva diferente, desde la dinámica grupal. Entendemos que la persona que sufre el conflicto no es, de entrada, el enfermo del grupo, sino el que expresa que el grupo está enfermo o disarmónico (Icart, 2004)). Las personas que forman el grupo, la familia, cuando padecen problemas, tienden a depositarlos en uno de los miembros, a veces el más débil. El depositario de las proyecciones de los demás miembros de la familia va asumiendo este malestar del grupo hasta transformarse en el enfermo. Por ello, la comprensión psicodinámica grupal nos permite detectar estos mecanismos relacionales y proyectivos e incidir en ellos, a menudo, en menos tiempo y con mejores resultados. Esto lo podremos ver en el caso clínico.

Compartimos la visión de muchos autores que consideran que para diagnosticar la hiperactividad y encontrar las causas que la determinan, debemos estudiar las primeras relaciones y explorar detalladamente los vínculos con la madre. Pero queremos añadir que, además de analizar las primeras relaciones del niño y la madre, tenemos que completar el estudio diagnóstico valorando la presencia del padre tanto en la madre como en el hijo, la triangulación, como también las relaciones que han tenido los padres con sus propios padres, como lo ha señalado Stern (1977,1997), entre otros. Manzano y Palacio (1999) señalan que el niño como el bebé –incluidas sus particularidades propias (niños difíciles de apaciguar o de consolar o que emiten señales confusas)– siempre es muy sensible a los acontecimientos del entorno, sobre todo a las circunstancias que incluyen *vivencias de privación, pérdida y separación* y también los conflictos de *parentalidad* que perturban particularmente el mantenimiento de los sentimientos de seguridad y autoestima del niño.

Las primeras relaciones de objeto son estructurantes de la personalidad: el niño, desde los inicios de la vida, percibe sensaciones placenteras y otras no placenteras, según disminuya o aumente su estado de tensión generado por una necesidad: de alimento, calor, limpieza, compañía, etc. El niño intenta sacar fuera las sensaciones no placenteras –la tensión– a través de proyectarlas en la persona que tiene más cerca, normalmente la madre. Klein (1975), lo describe como posición esquizo-paranoide, *esquizo* por la escisión que hace de esa vivencia objetal y *paranoide* porque la parte mala, la que genera malestar, es proyectada fuera de él, en la madre. Si la madre o la persona que cuida al niño no puede recoger esta proyección que le hace de sus aspectos malos, desagradables, transformados en gritos, rabietas, llantos, intranquilidad, etc. y devolvérselos en muestras de contención y amor, no solamente no tranquilizará al niño, sino que le hará sentir aun peor. Ahora la madre ha quedado transformada por la proyección del niño en un objeto persecutorio. En cambio, cuando lo calma, lo satisface y lo cuida se transforma en una madre buena y comprensiva. Winnicott (1962) dice que

para ser una buena madre, ésta tiene que tener una función de contención y elaboración de las angustias de su hijo, lo que Bion llama la función de *revêrie* (1963). En los niños hiperactivos observados por nosotros, con frecuencia había una madre más necesitada de ser cuidada que no de cuidar; una madre que no había estado suficientemente atendida por su propia madre y con dificultades para llevar a cabo las funciones maternas.

En nuestra experiencia observamos que las madres de los niños hiperactivos, a menudo, no pudieron introyectar unos padres contenedores, unos padres capaces de procesar la ansiedad, y estimular el crecimiento. Sienten que la experiencia con ellos fue deficiente o poco satisfactoria, ya sea porque sus madres fueron enfermas mentales o porque sufrieron la misma carencia de amor y seguridad. Acostumbran a ser madres con un yo débil y poco capaz, que no les permite defenderse de las contradicciones y dificultades del día a día. A veces, estas madres se presentan bajo una rigidez excesiva, como una manera de defenderse de esta parte tan necesitada, por miedo a ser atacadas o dañadas. También suelen tender, a la hora de buscar pareja, a elegir pensando más en la persona que les hubiera gustado ser que no en la persona a través de la cual esperarían encontrar amor seguridad y ayuda. Unas veces hemos observado que se enamoran de un hombre mimado de sus propios padres, que a tenido todo aquello que ellas no tienen y desean. Han buscado como pareja, la persona que tenían como ideal deseado de hija. Otras veces, en cambio, la pareja elegida por la madre se asemeja más a su personalidad carenciada y necesitada, lo contrario de una figura fuerte donde poderse apoyar. Entonces es como si intentara cuidar y proteger a su pareja como le gustaría ser cuidada ella misma.

El marido escogido –el padre del niño hiperactivo– que está acostumbrado a estar sobreprotegido y cuidado por sus padres, tampoco ha desarrollado un yo, una estructura mental, el *self* suficientemente fuerte como para contener sus propias necesidades y las de su pareja, quedando entonces, desbordado ante las demandas de su hijo. Tenemos, pues, unos padres más necesitados de ser cuidados que preparados para ejercer la función paterna. La madre suele encontrar consuelo a su soledad y depresión proyectando en su hijo los aspectos infantiles necesitados que sintió no dados por sus propios padres, y a través de cuidarlos en su hijo, sentirá que cuida sus aspectos necesitados que ha proyectado. Son madres que cuidan a su hijo, pero al mismo tiempo lo abandonan en cuanto centran la atención del niño en la manera como a ellas les hubiera gustado ser cuidadas y atendidas por su propia madre, dejando sin atender las necesidades reales del niño. Pero este vínculo que establecen la madre y el niño es, por otra parte, una relación adhesiva poco diferenciada, donde el padre no tiene lugar. En estas relaciones, el padre no puede desarrollar sus funciones parentales y actuar como separador de la madre y el niño.

Pensamos que una de las funciones del tratamiento familiar es ayudar a los padres a tomar conciencia y a conectar con su propia ansiedad para aprender a procesarla, elaborarla y así poder contenerla, evitando proyectarla en su hijo. De esta manera los padres pueden mejorar la relación con su hijo, especialmente con la madre. Esta ya no tendrá que proyectarle sus aspectos necesitados ni sus angustias. Además podrá ayudar a su hijo a contener la ansiedad, a procesarla y elaborarla mentalmente. En la medida que el niño aprenda a elaborar mentalmente la ansiedad no tendrá que utilizar el movimiento para expulsarla fuera del cuerpo. En la psicoterapia familiar breve pretendemos ayudarles a restablecer las funciones básicas que tienen que ejercer los padres en la familia que, como dice Thomas (1995) son dos: contener las ansiedades propias del crecimiento y estimular los aspectos yoicos y progresivos de los hijos.

Viñeta clínica

Consultan los padres de Carlos, un niño de dos años y seis meses. La persona que hizo la primera entrevista nos advirtió del “estado de nervios” de los padres. Dicen que no consiguen que obedezca ni que haga las cosas, que va a la suya, hace lo que quiere, como quiere, cuando quiere y no lo pueden controlar. Pega e insulta a los padres y también a los niños de la guardería, no para quieto.

Los padres están desesperados, sobre todo la madre. Les ha dicho el pediatra, la enfermera y también en la guardería que es un niño hiperactivo y que les hará sufrir siempre. De entrada podemos observar que, a veces, los profesionales somos poco prudentes a la hora de utilizar palabras técnicas o de hacer valoraciones simples a manifestaciones de los niños. En este caso pensamos que no solamente no ayudaron a los padres a acercarse más a su hijo, sino que los intranquilizaron.

Ha sido un niño con muchos cólicos, siempre con dificultades para dormir y muy llorón. Pero dicen que fue al nacer el hermano, que estuvo ingresado unos días, cuando empeoró. A partir de ese momento, se volvió más agresivo con los padres, utilizando el insulto, rompiendo los juguetes pero, al mismo tiempo, acudiendo cada noche a la cama de los padres.

Como podemos entender, estamos ante un niño que no puede estar quieto, que es agresivo, desafiador como un pseudoadulto y, por otra parte, un niño asustado de su propia necesidad y agresividad que busca la protección de los padres. Nos podemos preguntar de dónde saca la fuerza este niño de dos años y medio que puede con sus padres, o que sus padres no pueden con él. Es un niño que ya en estos momentos presenta todas las características de tener un trastorno de la conducta e hiperactividad, aunque como dicen la mayoría de autores no se puede considerar un niño hiperactivo hasta los cinco o seis años. Los padres están muy preocupados porque piensan que no lo aguantarán cuando empiece la escuela primaria. Presienten problemas en el colegio, están tan asustados que ya no ven solución y piensan que tendrán que sufrir por este hijo toda la vida.

En esta primera entrevista diagnóstica la madre dice que no sabe qué hacer con él ni como tratarlo. Lo ha probado todo y sin resultados. Dice: “si le pego tengo miedo que después él pegue a los demás; si siempre le regaño y le grito, tengo miedo que después no me quiera; no le veo salida”. El padre escucha a la madre. Mientras, en la entrevista, el niño ha cogido la caja de juego y ha esparcido los juguetes en la habitación. Como ve que no le prestan atención, abre la puerta y empieza a tirar juguetes fuera del despacho. Mientras los padres siguen hablando con el terapeuta. El padre le dice que no lo haga y que las recoja. El niño no le hace caso y los continúa lanzando, cosa que hace que el padre se enfade y levantando la voz amenaza con pegarle y castigarle, si no recoge. El terapeuta ve como la madre, que está mirando el enfrentamiento que mantienen padre-hijo, se está angustiando y respirando hondo. Poco después la madre le dice al padre que, por favor, no le pegue, que le hará daño, impidiendo que haga las funciones de padre. Ahora la discusión se centra entre el padre y la madre mientras el niño está quieto escuchándolos con cara de satisfacción. Al final el padre desiste y se queda callado. Tenemos una función paterna debilitada por la propia madre. La madre ha impedido que el padre ejerza sus funciones. Como podemos observar parece que la madre ha proyectado sus aspectos necesitados en su hijo y ahora no tolera que el padre regañe al hijo porque siente más que le regaña a ella, que al niño.

Comentan que, según la comadrona, el niño presentaba todas las características de ser hiperactivo (nervioso, movido, excitado, etc.). Después el pediatra, a consulta de los padres, les confirmó que estos niños como el suyo, suelen ser hiperactivos. Pero los padres no pueden observar e ir descubriendo como es su hijo, sino que cualquier reacción que observen en el niño les lleva a pensar en un niño hiperactivo. La introyección que hagan estos padres de su hijo, no será consecuencia de la observación y relación diaria con él, sino que toda la conducta estará observada y comprendida bajo el prisma de la hiperactividad. Esta predeterminación de su hijo impedirá, al mismo tiempo, que los padres ejerzan sus funciones parentales y tengan dificultades para poner límites, educarlo, como harían con otro hijo en circunstancias normales, porqué al decirles que el niño les haría sufrir toda la vida, es como si les anularan todas las posibilidades de ponerle límites y educarlo.

Debemos preguntarnos cómo estos padres han aceptado este diagnóstico de su hijo y renuncian a una parte importante de su función de padres. ¿Qué han proyectado de ellos en su hijo? Tienen que ser vivencias, sentimientos, aspectos propios que sienten inmodificables y que ahora ven a su hijo a

través de estos aspectos. La madre nos dice que ella de pequeña se sintió poco atendida y carente de atención por parte de su madre. Cuando era pequeña, la madre tenía que trabajar y cuando fue mayor, su madre cayó enferma y tuvo que cuidarla. El padre se describe como el más pequeño de los hermanos y el más mimado, dice: “siempre me trataron como un niño pequeño”.

Estos comentarios nos llevan a pensar que las causas de la hiperactividad de este niño, podemos encontrarlas en las relaciones que han establecido estos padres con su hijo, en el vacío afectivo de la madre, en la poca presencia del padre y en la relación que ambos establecen con su hijo. La madre se queja que de pequeña no se sintió atendida por su propia madre y ahora no sabe cuidar y calmar a su hijo. Si la madre atiende en su hijo los aspectos que le ha proyectado, descuida afectivamente al niño, aunque lo cuide física y mentalmente. Pero el niño no aprende a comunicarse y a ordenar las sensaciones y emociones a partir de la relación con la madre, ni aprende a contenerse si tampoco hay un padre que le contenga.

El tratamiento

Esta forma de entender la complejidad del niño hiperactivo, nos ha llevado a diseñar una estrategia terapéutica familiar, incluyendo: padre, madre y niño, aunque la mayoría de las veces se incluyan también a los hermanos. Un abordaje terapéutico en el que participen todas las personas implicadas directamente en el entorno emocional del niño. Un tratamiento familiar de base psicoanalítica que nos permita descubrir las diferentes causas que predisponen para la aparición del síndrome hiperactivo en el niño. Durante la sesión observamos y escuchamos buscando sentido, tratando de encontrar, en el relato, aquellos aspectos de los padres no resueltos y ahora proyectados en el hijo, que impiden que unos y otros desarrollen sus verdaderas funciones parentales.

El abordaje terapéutico familiar es posible llevarlo a cabo con una técnica terapéutica adecuada. Por nuestra parte utilizamos la técnica psicoanalítica basada en la psicología relacional. La fuente de inspiración y estudio la encontramos en la obra de Freud (1915, 1923), Klein (1975,1948), Bion (1963), Meltzer (1974) y otros autores contemporáneos. La elección del tratamiento familiar ha de estar consensuado entre terapeuta y familia. En los casos de niños hiperactivos, consideramos que es una técnica indicada, ya que el miembro de la familia que presenta el conflicto no es el enfermo de la familia, sino que es la expresión de problemas relacionales del grupo: *es el síntoma de un grupo enfermo o disarmónico.*

La duración del tratamiento puede ser distinto en cada caso, aunque cuando se trata de niños menores de cinco años, acostumbramos a realizar un tratamiento breve de aproximadamente diez sesiones. A pesar de que no disponemos todavía de una investigación formalizada de este método, nuestra experiencia de casos de niños hiperactivos tratados con este enfoque psicoterapéutico nos ha dado buen resultado. En el caso que ilustramos con la viñeta clínica, se tardó algunos meses en iniciar el tratamiento después de la primera visita diagnóstica. Cuando empezó el tratamiento hacía dos meses que ya había iniciado el colegio, tenía ya tenía tres años y medio. En la primera sesión de tratamiento los padres comentan que últimamente acude menos a su cama pero no descansa, llama a la madre continuamente toda la noche incluso, a veces, medio dormido la llama con voz monótona y suave: mama, mama... El paciente dormido llama a la madre, éste es uno de los elementos que podemos ver de la indiferenciación entre la madre e hijo, como si la madre más que estar durmiendo con el padre la tuviera él dentro de su cabeza. Por otra parte, no pega tanto en el colegio, aunque no quiere recoger las cosas y sigue rompiendo muchas otras, tanto en casa como en el colegio. No juega, solo destroza las cosas. Sigue nervioso y moviéndose continuamente, aunque no está tan opositor. Los niños lo invitan a jugar, pero él no aguanta con ninguno más de cinco minutos, ni tampoco en ninguna actividad. Hace enfadar al hermano pequeño quitándole las cosas, en cambio es bueno con otros bebés. Tampoco habla bien, pronuncia mal, la madre lo entiende mejor que el padre, dice que ella ya adivina lo que pretende decir.

En esta primera sesión, la madre manifiesta que Carlos es muy nervioso, que siempre se está moviendo, llamando la atención, y que por algún motivo siempre tiene que estar detrás suyo. Todo esto hace que ella no tenga tiempo para hacer las tareas de la casa. Al preguntarle por su familia, nos dice que se siente bastante sola, que no tiene familia aquí y que con la poca familia que tiene tampoco se relaciona mucho. Nos transmite un sentimiento de intensa soledad, tristeza y angustia. Después, el padre que la escuchaba atentamente como con sentimiento de culpa, dice que él tampoco está mucho en casa ni por la familia. Comenta que entre los estudios y el trabajo se ha ido descolgando de la familia. Pero por otra parte, cuando está en casa tampoco se siente a gusto. La madre con un tono sonriente le dice: “claro, tú querrías que estuviera por ti como estaba tu madre y yo cuando acabo de los niños sólo me apetece ir a dormir.”

A través de esta sesión van evidenciando que se sienten una pareja muy insatisfecha. Por nuestra observación, vemos que la madre, desde que ha tenido el niño pequeño, no puede con los dos hijos y parece que tampoco encuentra en su marido la ayuda que esperaría, o la que necesita. Al padre lo vemos como una persona acostumbrada a ser cuidada y mimada por sus propios padres y hermanos mayores y está poco preparado para hacer funciones de padre en esta familia. Observamos unos padres más necesitados a ser cuidados, que preparados para cuidar.

En la segunda sesión, la madre dice que el niño va hacia atrás, que se vuelve a morder las uñas y que está fatal. El padre dice que él no puede decir nada porque no ha estado mucho en casa. Explican que fueron al zoo y que lo riñeron continuamente, y que se hizo pipi encima. La madre dice que este niño es insoportable, el padre añade que lo que pasa es que es “tercosillo”. La madre insiste en que no existe el “no” para él, no hace caso, que es un “terremoto”; en cambio, el hijo pequeño es todo lo contrario: muy tranquilo. Para la madre, Carlos es muy sensible, como ella, que todo le afecta y le duele.

La madre parece que viene más sensibilizada ante el sentimiento de impotencia de cara a la educación de sus hijos. Dice que no sabe, que no lo hace bien, pero viviéndolo con culpa, como si fuera ella que no está a la altura. Creemos que este sentimiento viene dado por su marido que más que ayudarla a hacer funciones de madre, la hace sentir culpable diciéndole que no lo hace bien y o le retrae que no se cuida bien de sus hijos ni de él. Seguramente porque el marido más que hacer s de padre con los niños y de pareja con su mujer busca, a través de su esposa, una madre que lo cuide. Cuando la madre conecta con este sentimiento de culpa o de malestar por no poder cuidar bien de la familia, se pone muy triste y llora. Entonces el niño que estaba mirando los juguetes, se levanta de su silla y se va hacia el padre muy nervioso y le dice: “papa, vamos a casa”. Observamos, en primer lugar, que el niño se angustia mucho cuando la madre está angustiada, como si la conexión entre ellos dos fuera, inmediata e intensa, como si aquello que uno siente, lo sienten los dos. Cuando el niño va al padre, éste tampoco conecta con él ni le sabe tranquilizar, lo aparta y le hace ir a la mesa con los juguetes. El padre no tolera al niño, ni a la madre, cuando están nerviosos, no les calma.

En este momento podríamos empezar a defender nuestra hipótesis de que la hiperactividad de Carlos está vinculada con una madre muy ansiosa y que tampoco puede estar quieta, que se siente sola, que echa de menos unos padres que la contengan y, sobre todo, un marido que la apoye, que le transmita esperanza y que contenga al niño que está ansioso.

El padre tiene al lado la madre que llora, el niño que le dice vamos a casa y él va hablando como desconectado de la situación real presente. Habla de que él también se mordía las uñas de pequeño. Se identifica con un niño necesitado, cosa que nos evidencia que no puede contener a su mujer. Se trata de unos padres que más que contener a la criatura, necesitan ser contenidos ellos. Nosotros les mostramos estos aspectos con el propósito de concienciar y contener su estado de angustia y desesperanza. Por otro lado, la madre se describe a ella misma como el niño, en casa dice que no puede parar. Siempre tiene que hacer cosas, no puede planificarse las actividades para estar un

momento por ella, o por su marido. Recuerda la descripción del niño hiperactivo que siempre tiene que estar tocando cosas, moviéndose, llamando la atención, molestando a los compañeros. Nos damos cuenta que a través del niño observamos una madre que también en casa le pasa como al niño. La madre no está satisfecha, el niño tampoco y los padres son una pareja muy insatisfecha. La hiperactividad del niño puede estar relacionada con unos elementos hiperactivos de una madre que a través de la actividad pretende sacar la ansiedad que le produce el sentimiento de soledad, ahora el niño reproduce el mismo modelo.

Como base podríamos decir que esta madre y este niño se han movido en unas relaciones muy indiferenciadas y la madre le ha transmitido al niño su forma de enfrentarse a la ansiedad que es a través de la acción, de moverse, de hacer cosas. Cuando aparece el hermanito, como la madre no ha sabido frustrar al niño y educarlo en la modulación de la ansiedad, tolerar el no, el niño cuando siente que la madre no está totalmente por él, lo vive como que lo abandona y aumenta su ansiedad. Por otra parte, el padre que en estos momentos tendría que tener una función muy importante y específica de contención, de la madre y después de los hijos, no puede desarrollar esta función porque tampoco le ayudaron a madurar en casa, sino que siempre le trataron como un niño pequeño y ahora le resulta difícil desarrollar las tareas propias de un padre. Podemos pensar que bajo la hiperactividad encontramos unos funcionamientos mentales esquizoides. Las relaciones son indiferenciadas, hay gran dificultad para tolerar la frustración y la ansiedad depresiva. No han llegado a tolerar y a aceptar una madre que alimenta y al mismo tiempo frustra (Klein, 1975).

En la primera visita al Centro se les indicó que era conveniente que el niño durmiera en su habitación. Pero siguen pidiendo consejo respecto de si tendrían que poner al pequeño en una habitación separada de los padres y si fuera así, ha de ser separada del hermano. Los padres, sobre todo la madre, tienen necesidad de que piensen por ellos pues no pueden hacerlo como padres. Inicialmente se les orientó para que cada niño tuviera su espacio, pero les mostramos la dificultad de poder mantener dentro de ellos, de su pensamiento, de su mente, dos hijos bien diferenciados. Un espacio mental familiar para introducir a los dos hijos, cada uno con sus cosas buenas y malas. A partir de este momento, como vimos en sesiones posteriores, el hermano menor de Carlos dejó de estar tan sumiso, defendiendo más su espacio ante su hermano. Nosotros lo interpretamos como que cada uno buscaba su espacio, su identidad con sus cosas buenas y malas.

La madre dice que no tiene a nadie con quien dejar al niño, que no tiene amigos ni familiares (padres). Por otra parte comenta que no se atreve a dejarlo ir de colonias con la escuela porque es muy pequeño, muy indefenso. El padre lo vive de manera muy distinta. Dice que él si que le dejaría ir de colonias, así tendrían algún día para ellos, aunque lo dice de forma muy egoísta. Le gustaría tener una mujer para él, sin hijos de por medio. En cambio siente que su mujer está absorbida por sus hijos y que no hay lugar para él solo.

Se les muestra que desearían dejar que sus hijos se separaran de ellos pero que no pueden: es como si todavía los sintieran pequeños y muy necesitados de ellos, quizás como a veces se sienten ellos. La madre llora, nos habla de su soledad de cuando era pequeña, en su casa. Dice: "mi madre nunca pudo estar conmigo, primero porque tenía que trabajar y después porque cayó enferma y fui yo quien la tuve que cuidar". En este momento aparece de nuevo una madre depresiva, el padre dice: "si es que mi señora sólo piensa en los niños, nosotros no hemos salido nunca solos. Pero si el niño fuera de colonias yo me iría a casa de mi madre porque sería imposible aguantarla, continuamente pensando en el niño; que será de él, si estará bien, si la echará de menos. El padre no se siente capaz de cuidar, de contener a su mujer y amenaza con escapar a casa de los suyos para que le cuiden. Reclama a su pareja para que lo cuide y al encontrarse con una madre muy necesitada de ser cuidada, se va a su casa, buscando a su propia madre.

La madre tiene dentro un sentimiento de no haber estado lo bastante cuidada y atendida por la suya. Es una señora que sufre mucha angustia y tiene poca capacidad para tolerarla y procesarla, parece que ha encontrado en el movimiento y en la actividad la forma de calmarse. Por otra parte, tenemos un padre que está más necesitado de ser cuidado como un niño, que capacitado para desarrollar funciones parentales y maritales. Entonces la madre va proyectando sus aspectos infantiles necesitados en su hijo, y cuidando a su hijo cuida de sus propios aspectos infantiles. Esta relación que mantiene la madre y el hijo, hace que se mantenga y se potencie la relación indiferenciada entre los dos, quedando el padre al margen sin tomar partido.

En las siguientes sesiones los padres pudieron hablar de sus carencias afectivas y de sus dificultades a desarrollar las funciones paternas. En la medida que se sintieron escuchados, comprendidos y contenidos por nosotros, fue mejorando la relación con sus hijos. Pueden separarse de sus hijos y cuidarse como pareja, al mismo tiempo que comparten más el cuidado de sus hijos. La madre se ha tranquilizado mucho y el hijo mayor también. Ahora se interesa por los estudios, por los amigos y en casa juega más con su hermano. Podríamos decir que ha mejorado el espacio mental grupal familiar. Ahora hay un lugar para los padres y para los hijos.

El niño, durante las primeras relaciones, a través de estos primeros lazos, interioriza el funcionamiento mental de la madre (Malher, 1968). O como dicen Kreisler, Fain, Soulé, (1999), el niño no sabe, ni puede regular gran parte de sus estímulos que recibe y es la madre quien se comporta como reguladora de estos estímulos para que pueda conseguir la homeostasis. Bion (1963) lo nombraría como la función de *revêrie*, como una de las funciones mentales de receptividad, contención y elaboración de las proyecciones del niño. En este caso nosotros hemos hecho esta función de regular y contener las ansiedades de los padres, para que ellos pudieran aprender a desarrollar estas mismas funciones con sus hijos. A partir de estas reflexiones podemos observar como detrás de un niño hiperactivo hay una madre con funcionamiento hiperactivo y en ambos, madre y niño, bajo la hiperactividad, entendida como una falta de las capacidades para contener y procesar la ansiedad, hay unos estados depresivos.

El trabajo terapéutico continuó en la línea de ayudar a los padres a funcionar como pareja, a compartir las funciones educativas de sus hijos. Los padres se plantearon su relación y la forma de mejorarla. Por otra parte, Carlos cada vez fue aprendiendo a jugar con sus juguetes, compartiéndolos con su hermano. En el colegio también se dieron avances en la capacidad de hablar, escuchar e incorporar los contenidos de aprendizaje. Para nosotros el resultado fue muy positivo, pues pudimos ayudar a los padres a mejorar sus relaciones, y al niño a superar sus miedos, a tolerar el no, la frustración.

Conclusiones

En primer lugar, decir que el trastorno de hiperactividad con déficit de atención, lo entendemos como un síndrome o agrupación de síntomas que acostumbran a presentarse juntos, pero que también se asocian a muchos otros síntomas: dificultades psíquicas, familiares-relacionales, laborales, psicosociales, etc.

Como hemos venido demostrando con el material clínico, detrás de un niño hiperactivo hay una madre con funcionamiento mental hiperactivo y en ambos, madre y niño, entendemos la hiperactividad como una falta de capacidad para contener y procesar la ansiedad, utilizando la acción, el movimiento, como un mecanismo expulsivo de la angustia. La ausencia de la figura paterna favorece esta relación indiferenciada madre-niño.

A partir de esta forma de entender la hiperactividad, proponemos una comprensión dentro del ámbito de las relaciones familiares y un abordaje psicoterapéutico familiar para ayudar a superar las dependencias infantiles, la inclusión del padre en la dinámica de la pareja y de la familia, a

desarrollar capacidades para procesar y elaborar la ansiedad, y a estimular los aspectos progresivos de los niños.

Bibliografía

- ADROER, S.; ICART, A (1989). "L'espai mental en patologia psicossomàtica i la seva relació amb els processos de simbolització". *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, VI, 1.
- BERGER, MAURICE(1999). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención. Un enfoque clínico y terapéutico*. Ed. Síntesis.
- BICK, E (1963). Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. Trabajo leído en la Sociedad Psicoanalítica Británica en julio de 1963 y publicado en *Internat. J. PsychoAn.* 14, (4): 1964. Traducido en la *Revista de Psicoanálisis*, 24: 558-566, 1967.
- BION, W. R (1963). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 1975.
- BROWN, T. E (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona, Masson.
- COROMINAS, J (1989) *psicopatologia i desenvolupaments arcaics*. Barcelona, Paidós
- FREUD, S (1915). *Duelo y Melancolía*, en Obras Completas, vol. VI, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974
- FREUD, S. (1923). *El yo y el ello*. Obras completas, vol. VII, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974
- GOLDMAN, L.S; GENEL; M., BEZMAN, R, ET AL. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA* 279: 1100-1107.
- ICART, A (2004). Manifestaciones psicossomáticas a la adolescencia. *Revista Portuguesa de Paidopsiquiatria*.
- ICART, A (EN PRENSA). Un modelo de tratamiento familiar. *Revista SEPYPNA*.
- KLEIN, M (1952). *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé*. Obras completas. Vol. III. Buenos Aires, Paidós-Hormé.
- KLEIN, M (1975). *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Obras completas. Vol. III. Buenos Aires, Paidós-Hormé.
- KLEIN, M (1930). *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*. Obras completas Vol. II, Buenos Aires, Paidós, 1975.
- KLEIN, M (1948). *Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa*. Obras Completas. Vol. III, Buenos Aires, Paidós-Hormé.
- KREISLER, M., FAIN, M., SOULÉ, M (1999). *El niño y su cuerpo*. Amorrortu. Buenos Aires
- LASA ZULUETA, ALBERTO (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad. Sobre la Hiperactividad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. 31 y 32
- MAHLER, M.D (1968). On Human Symbyosis and the Vicissitudes of Individuation. Vol.1, Infantile Psychoses. International Universities Press. Nueva York. 1969.
- MANZANO, J; F. PALACIO E; ZILKA, N (1999). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*, Altxa.
- MARTY, P (1980). *L'ordre psychosomatique*. París, Payot
- MCDUGALL, J (1982). Alexithymia, psychosomatism and psychosis. *International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy*, 9: 370-388.
- MCDUGALL, J (1987). *Teatros de la mente, ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*, Madrid, Tecnipublicaciones
- MELTZER D (1974). *Los estados sexuales de la mente*, Buenos Aires, Editorial Korgieman,
- ROUSSILLON, R (1988). Le médium malléable: la représentation de la représentation et la pulsión d'emprise, *Revue Belge de Psychanalyse*, 13, pp.71-87.
- SETÓ, G (1999). *Revista Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. vol. 6, núm.10. Vizcaya, Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.
- STERN, D (1978). *La primera relación madre-hijo*. Madrid, Morata.
- STERN, D (1997). *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona, Paidós.
- SZWEC, G (1993). Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation. Les galériens volontaires. *Revue Française de Psychosomatique*, 4, pp. 27-51.

- SZWEC, G (1995). Relation mère-enfant machinale et procedes autocalmants. *Revue Française de Psychosomatique*, 8, pp. 69-89.
- SZWEC, G (1998). La vie, mode d'emploi. *Revue Française de Psychanalyse*, LXII, 5, 1505-1517.
- THOMAS, J (1995). "Niveles de la organización mental". Madrid, Instituto Europeo de Estudios de psicoterapia psicoanalítica.
- TOMÀS, J. Y CASAS, M (2004). *TDHA: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos*. Editorial Laertes.
- WINNICOTT, D .W (1958). La capacité d'être seul. De la pédiatrie à la psychanalyse, París, Payot, 1969, pp. 205-213.
- WINNICOTT, D. W (1960). *La teoría de la relación paterno-filial. En El proceso de maduración en el niño*. Barcelona, Laia, 1975.
- WINNICOTT, D .W (1962). Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. En, *Processus de maturation chez l'enfant*. París, Payot, 1970, pp.9-18.
- WINNICOTT, D. W (1965). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona, Laia, 1975.

NOTA: LA PAGINACIÓN DEL TEXTO, EN EL FORMATO PDF, PUEDE VARIAR.
SIN EMBARGO, LA REFERENCIA VALIDA PARA CUALQUIER CITA BIBLIOGRÁFICA ES LA QUE FIGURA EN EL PIE DE PÁGINA Y QUE CORRESPONDE A LA EDICIÓN EN PAPEL DEL ARTÍCULO