

TRATAMIENTO FAMILIAR DE UN NIÑO HIPERACTIVO*

Alfons Icart Pujol**

Existen diferentes maneras de situarnos en los hechos clínicos y 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. En este caso, hablaré desde la teoría psicodinámica y desde mi práctica en la institución pública. Con frecuencia observamos que determinadas aproximaciones exclusivamente farmacológicas en la atención de los trastornos de salud mental, sobre todo en niños y adolescentes, olvidan que existen con los padres pautas de relación alteradas o desarmónicas y que el síntoma, a menudo, es una manera de evidenciar estas alteraciones. Por consiguiente, si antes de dar un fármaco resolvemos estas alteraciones, seguramente se evitaría el abuso de estas sustancias en dicha población.

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 alteracio-

* Comunicación libre presentada en el XX Congreso Nacional de Sepypna que bajo el título "Entre el pensamiento y la acción: abordaje terapéutico de los trastornos de conducta en el niño y en el adolescente" se desarrolló en Badajoz del 25 al 27 de octubre de 2007. Reconocido de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura.

** Psicólogo clínico. Psicoanalista, miembro de la SEPIPA. Director de la Fundació Orienta y de la Revista de Psicología y Salud Mental del niño y del adolescente. Correspondencia: icart@fundacioorienta.com.

nes 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.

Brown y Goldman (1998), ya 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 presento, mis intervenciones terapéuticas van dirigidas a modificar precisamente estas primeras relaciones del niño con sus padres, especialmente con la madre. 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.

UNA MODALIDAD DE ATENCIÓN

El *modelo que propongo*, para atender estos casos de TDAH en niños pequeños, es la *psicoterapia familiar focal y 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 desarmónico (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 que expongo.

PRIMERA ENTREVISTA

Vienen a la consulta los padres de Carlos, un niño de tres años. 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 toda la vida. *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 intranquiliaron.*

De siempre este niño ha tenido 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.

Estamos ante un niño que no puede estar quieto, 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 3 años 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.

La madre dice que no sabe qué hacer con él ni cómo 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 los recoja. El niño no le hace caso y los continúa lanzando, cosa que hace que el padre se enfade y levantando la voz amenazando con pegarle y castigarle, si no los 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.

EL TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser distinto en cada caso, aunque cuando se trata de niños pequeños, acostumbro a realizar un tratamiento focal y breve de aproximadamente diez sesiones. En estos tratamientos breves es imprescindible focalizar el trabajo terapéutico en aquellos aspectos comunes a todos los miembros y que son los causantes del síntoma.

El tratamiento empezó cuando el niño ya había iniciado el colegio y tenía 3 años y medio. En la primera sesión 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:

“mamá, mamá...” Éste es uno de los elementos que podemos ver de la indiferenciación madre-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 los juegos y actividades colectivas. Hace enfadar al hermano pequeño quitándole las cosas, en cambio es bueno con otros bebés. Cuesta entenderlo, aunque la madre lo entiende mejor que el padre; dice que ella ya adivina lo que pretende decir. Es una manera de mantener la relación dual madre-niño.

La madre, en la segunda sesión, 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 le riñeron continuamente, y que se hizo pipí 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. Digamos de pasada que en estos casos donde las relaciones madre-hijo siguen siendo muy dependientes e indiferenciadas, nos evidencian que los padres no pueden incorporar en su mente a los dos hijos. El espacio mental de la familia es muy reducido. Tienen lugar para uno solo, que en este caso podríamos pensar que es uno dividido en dos, el bueno y el malo. Pero no pueden concebir mentalmente a dos hijos cada uno con sus cosas buenas y malas.

La madre se culpa de no saber hacer de madre. Creemos que este sentimiento viene dado por la actitud de su marido, que más que ayudarla a hacer funciones de madre la hace sentir culpable diciéndole que no lo hace bien o le retrae que no se cuida bien de sus hijos ni de él. Seguramente porque el marido, más que hacer funciones de padre ante los niños y de pareja con su mujer, busca, a través de su esposa, una madre que lo cuide.

Cuando la madre conecta más 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: “Papá, 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, ni puede compartir el malestar que sufren se desconecta de las emociones, se evade.

Pienso que la hiperactividad de Carlos está vinculada con una madre ansiosa que a través de la actividad se desprende de la angustia, como muy bien dice su marido: “No puede parar nunca quieta”. Además nos dice que se siente muy sola, que echa de menos unos padres que no estuvieron por ella y, sobre todo, un marido que la apoye.

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. 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 fuera la ansiedad que le produce el sentimiento de soledad. Ahora el niño reproduce el mismo modelo.

Diremos 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).

La terapeuta que los visitó por primera vez 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 que se había incorporado al tratamiento dejó de estar tan sumiso, defendiendo más su espacio ante su hermano. Nosotros lo interpretamos como que cada uno buscaba su espacio, su lugar, 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 sí 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 la pareja.

Les dije que ya les gustaría que sus hijos no dependieran tanto de ellos, pero que por ahora no pueden: es como si todavía los sintieran muy 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.

Los sentimientos de no haber estado la madre lo bastante cuidada y atendida son muy grandes. 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.

Más adelante los padres pudieron hablar de sus carencias afectivas, mientras los niños jugaban, 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, para los hijos y para las ilusiones de todos.

Los niños, durante las primeras relaciones, a través de estos primeros lazos, interiorizan 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.

Tal como habíamos acordado, el trabajo terapéutico continuó en la línea de ayudar a los padres a funcionar como pareja y 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. La psicoterapia del grupo familiar ayuda a resolver las desarmonías funcionales y a ocupar cada miembro del grupo el lugar que le corresponde. 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. Tanto la madre como el niño disminuyeron significativamente la hiperactividad y ampliaron sus relaciones.

COMENTARIO FINAL

Creo que puedo afirmar que el TDAH lo entendemos como una entidad nosológica propiamente dicha, 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.

A través de este breve trabajo y del material clínico aportado he querido demostrar que 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. Tenemos un modelo de funcionamiento mental muy parecido al de las personalidades psicósomáticas que viven la ansiedad a través del cuerpo y los hiperactivos a través del movimiento y la actividad. En ambos casos nos encontramos con una falta de espacio mental o capacidad psíquica para procesar las emociones. La ausencia de la figura paterna en la relación madre-hijo favorece esta situación indiferenciada.

Con esta forma de entender la hiperactividad, propongo una comprensión dentro del ámbito de las relaciones familiares y un abordaje psicoterapéutico familiar focal y de tiempo limitado, para ayudar a superar las dependencias infantiles. Con la inclusión del padre en la dinámica de la pareja y de la familia, ayudamos a la separación madre-hijo; a superar la indiferenciación; a pasar de una etapa equizo-paranoide a la depresiva, donde se pueden tolerar las frustraciones, él no. Ayudamos a los padres a formar una pareja con capacidad para contenerse uno al otro y para contener las ansiedades propias del crecimiento de los hijos y a potenciar los aspectos progresivos.

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.

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). *Psicopatología i desenvolupaments arcaics*. Barcelona, Paidós

ICART, A. (2004). Manifestaciones psicossomáticas a la adolescencia. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*.

KLEIN, M. (1952). *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. Obras completas*. Vol. III. Buenos Aires, Paidós-Hormé.

KREISLER, M.; FAIN, M.; SOULÉ, M. (1999). *El niño y su cuerpo*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

LASA ZULUETA, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad. Sobre la Hiperactividad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. Revista SEPYPNA*, 31 y 32.

MAHLER, M. D. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. Vol.1, *Infantile Psychoses*. International Universities Press. Nueva York. 1969.

TOMÀS, J. Y CASAS, M. (2004). *TDHA: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos*. Editorial Laertes.