

#### RESUMEN

*EL SIGUIENTE ESTUDIO REvisa EL PROBLEMA DE LA INESTABILIDAD MOTORA A PARTIR DE HALLAZGOS A LA LUZ DE LOS CONCEPTOS DE TONICIDAD, MOVIMIENTO Y GESTO QUE UTILIZA HENRI WALLON PARA DESCRIBIR LO PSICOMOTOR. SE RESUELVE QUE, DEL MODO QUE SEÑALAN BERGÈS Y BALBO, LA INESTABILIDAD MOTORA SE CONSTITUYE EN UNA MANIFESTACIÓN GESTUAL QUE, A PARTIR DE LA ESCUCHA QUE PROMUEVE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA, ES POSIBLE DE SER COMPRENDIDA, EXCEDIENDO LOS LÍMITES DE LAS UNIDADES DE LA PSICOPATOLOGÍA NORMAL. SE PLANTEAN LOS ALCANCES DE ESTA LECTURA EN FUNCIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR COMO UNA ORGANIZACIÓN PLÁSTICA Y COMUNICATIVA. FINALMENTE, ES PRESENTADA LA DISCUSIÓN ÉTICA QUE SOSTIENE ESTE DISCURSO COMO PROPUESTA.*

**PALABRAS CLAVE:** INESTABILIDAD MOTORA, PSICOMOTRICIDAD, TONICIDAD, MOVIMIENTO, GESTO, ESCUCHA EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA.

#### ABSTRACT

*THE FOLLOWING STUDY REVIEWS THE PROBLEM OF MOTOR INESTABILITY THROUGH FINDINGS IN THE LIGHT OF CONCEPTS SUCH AS TONICITY, MOVEMENT AND GESTURE THAT HENRI WALLON UTILIZES TO DESCRIBE THE PSYCHOMOTRICITY. IT IS RESOLVED THAT, IN THE WAY POINTED OUT BY BERGÈS AND BALBO, MOTOR INESTABILITY CONSTITUTES ITSELF IN A GESTUAL MANIFESTATION THAT, FROM THE LISTENING PROCESS PROMOTED BY CLINICAL PSYCHOANALYSIS, IT IS POSSIBLE TO COMPREHEND, SURPASSING THE LIMITS OF THE UNITS FROM NORMAL PSYCHOPATHOLOGY. THE REACH OF THESE LECTURES ARE PROPOSED IN RELATION WITH PSYCHOMOTRICITY DEVELOPMENT AS A PLASTIC AND COMMUNICATIVE ORGANIZATION. FINALLY, THE ETHICAL DISCUSSION THAT SUSTAINS THIS SPEECH IS PRESENTED AS A PROPOSAL.*

**KEY WORDS:** MOTOR INESTABILITY, PSYCHOMOTRICITY, TONICITY, MOVEMENT, GESTURE, LISTENING PROCESS IN CLINICAL PSYCHOANALYSIS.

# La Inestabilidad Motora: Un acercamiento a la comprensión de la hipercinesia desde la clínica psicoanalítica con niños<sup>1</sup>.

Nicolás Pinochet\*

## Introducción

En la actualidad, en Chile se considera el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) como el problema de salud mental más recurrente entre los niños, niñas y adolescentes en período escolar, siendo además, el diagnóstico neurológico más usado en los servicios de salud primaria (Revista Chilena de Pediatría, 2009).

Este trastorno es definido como de tipo conductual, que emerge en la infancia, con la característica primordial de un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad, generando una importante dificultad para realizar eficientemente actividades diarias y académicas.

En Chile, la prevalencia del TDAH se estima de un 3 a 7% de los niños, afectando con mayor frecuencia a hombres a razón de 3 a 9:1 con respecto a las mujeres (Revista Chilena de Medicina,

1 Síntesis para optar al título de psicólogo. Escuela de Psicología. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. 2011.

\* Nicolás Pinochet. Psicólogo UAHC. E-mail: pinochet.nicolas@gmail.com

2003); niños que en su totalidad reciben tratamiento farmacológico para combatir el diagnóstico neurológico. Esta estrategia es utilizada desde 1950, pero ha habido un incremento en la frecuencia importante del diagnóstico y, por ende, el tratamiento farmacológico ha ido creciendo aceleradamente en los últimos años.

Haciendo una revisión histórica del TDAH es posible observar que ésta remite desde el año 1902. En trabajos del médico pediatra inglés George Still, por primera vez se documenta científicamente la existencia de niños con inatención, impulsividad e hiperactividad, tomando como factor primordial, en su observación, la inquietud motora (Quinn, 1997), asociándola a “fallos en el control moral” que no son correspondidos por deficiencias intelectuales. Luego de esto, la historia pasa por diferentes concepciones para explicar los síntomas de hiperactividad en niños con daño cerebral, lo que usaron para el argumento de la hiperactividad como una alteración neurológica llegando, en la década de los 60, a sustituirse el término *hipercinesia* por el de “*disfunción cerebral mínima*”. En la actualización diagnóstica de DSM-II al DSM-III<sup>2</sup>, que será usado en la década de los 80, la inestabilidad motora es puesta en segundo plano, quedando en su lugar impulsividad e inatención como los criterios primordiales (APA, 1972), algo que se acentúa para la creación en 1995 del DSM-IV, la *hipercinesia* o inestabilidad motora es excluida de los criterios diagnósticos del TDAH (APA, 1995). Ante esta situación, Jean Bergès realiza dos críticas fundamentales: “El síntoma de la incontinencia motriz, no es parte del síndrome en el DSM- IV, cuando fue aquel quien permitió crear el síndrome. Este es el primer punto. (...) Por otra parte está el problema de la

frecuencia como un trastorno en incremento (...)” (Bergès, 1999, p. 3).

En esta medida cabe preguntarnos, viendo que existe un incremento porcentual tan alto de niños desatentos e hiperactivos en la población mundial, ¿será que estamos experimentando una epidemia del TDAH generalizada, o bien, podría relacionarse a un diagnóstico que se ajusta a variadas conflictivas psíquicas en los niños que se manifiestan con hiperactividad lo cual lo hace ser una suerte de diagnóstico “comodín”; o quizás también responde a las demandas hechas por un tipo de sociedad, donde los estímulos y la velocidad de las recompensas se incrementa día a día? En definitiva, ¿en qué estaría basado éste diagnóstico de TDAH?

Para Roger Misès, psicoanalista profesor de la Universidad de París:

“Este trastorno está fundado sobre una colección de síntomas superficiales, invoca una etiopatogenia reductora que apoya un modelo psicofisiológico; lleva a la utilización dominante o exclusiva de la Ritalina<sup>3</sup>; la presencia de una comorbilidad es reconocida en casi los dos tercios de casos, pero no se examina la influencia que los problemas asociados pueden ejercer sobre el determinismo y las expresiones clínicas del síndrome. Finalmente, los modos de implicación del entorno familiar, escolar y social no son ubicados más que como respuestas a las manifestaciones del niño (nunca como implicados en su producción) (Misès, R., 2001, en Janin, 2006, p. 4).

2 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, que desde su primera edición, en 1952, contiene una clasificación de los trastornos mentales, descripciones y categorías diagnósticas, con el fin de que psiquiatras y psicólogos, clínicos y/o investigadores, puedan diagnosticar, intercambiar información en un lenguaje común y tratar los distintos trastornos mentales.

3 Nombre comercial del metilfenidato, psicoestimulante cuyo mecanismo principal es desconocido; sin embargo, parece que sus efectos están mediados por el bloqueo del mecanismo de recaptación de las neuronas dopaminérgicas. En los niños con trastorno por déficit atencional, disminuye la inquietud motora y aumenta la actividad cognoscitiva. Dentro de las contraindicaciones se encuentran: ansiedad y estado tensional, agitación, tics motores, glaucoma, hipertiroidismo, arritmia cardíaca, angina de pecho grave, convulsiones, psicosis, alucinaciones y reacciones de hipersensibilidad, entre otras (Vademecum Chile, 2011).

Es así que, desde esta perspectiva y además de la alta frecuencia de utilización de este diagnóstico, el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad es, muchas veces, subdiagnosticado o confundido con otras patologías psiquiátricas asociadas a la hipercinesia.

La hipercinesia, principal síntoma de la hiperactividad, a menudo es confundida con la vitalidad, la curiosidad, la inquietud de los niños. Cuando un niño se mueve mucho, pareciendo no tener objetivos que motiven ese movimiento, por lo general es tildado, en el “decir común”, como un niño hipercinético. Ahora bien, como menciona la doctora en Psicoanálisis Beatriz Janin (1999), “un niño que se mueve mucho, pero con objetivos, en un despliegue motriz ligado a metas, es un niño vital”. Es por esto que nos preguntaremos, del modo que lo plantean Bergès y Balbo (1990), si en la hipercinesia nos enfrentamos a un síntoma por sí mismo o a la puerta de acceso a una escucha estructurante.

## Definición del Problema

Entonces, hablar del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es referirse a una “agrupación arbitraria e indiscriminada en la que todo problema de aprendizaje y/o de conducta queda ‘explicado’ por una referencia a un ‘déficit’ neurológico” (Janin, 2006, p.2). Este diagnóstico, generalmente, se hace basado en cuestionarios que definen el comportamiento “ideal” de un niño en el área escolar, dejando fuera la importancia del contexto y, sobre todo, no ocupándose del decir del niño en particular. Este cuestionario es conocido como Test de Conners, el que es contestado sólo por padres y profesores, quienes son, inevitablemente, observadores parciales en la situación.

Por lo tanto, el diagnosticar a un niño como TDAH usando estos medios sería “una operación desubjetivante, en la que el niño queda ‘borrado’

como alguien que puede decir algo acerca de lo que le pasa” (Janin, 2006, p. 2).

Si nos basamos en el CIE-10<sup>4</sup>, comprendemos a la hipercinesia dentro del grupo de los trastornos de la psicomotricidad, particularmente el exceso de movimiento, el que aludiría a una dificultad en la concentración en características eventuales particulares. Dicho de otro modo, la manifestación da cuenta, a través del acto de movimiento, de circunstancias eventuales que originarían una falla en la constitución psíquica, más o menos categorizable bajo rótulos particulares (Bleichmar, 1999). Pensado de este modo, el grupo de características propias del déficit atencional con o sin hiperactividad, tienen en común una desarmonía en el movimiento, por una parte, e intervenciones sobre esta categorización de la corporalidad, por otra, con consecuencias en la totalidad de los eventos del desarrollo ulterior de los individuos.

Otra lectura posible de la inestabilidad motora, usando la escucha permitida por la clínica, desde el marco de intervención psicoanalítica, puede significar una alternativa para los sujetos en que se sitúan los rótulos diagnósticos y los tratamientos farmacológicos, considerándola como un fenómeno continuo, el que podría dar lugar a un sentido diferente al de las clasificaciones diagnósticas.

## Ejes teóricos

### La Psicomotricidad

Para Henry Wallon, la psicomotricidad no debe ser relacionada solamente con el área fisiológica, ya que no son sólo condiciones biológicas las causantes de la psicomotricidad y tampoco se ciñe exclusivamente al estudio del movimiento,

4 La CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, fue publicada por la Organización Mundial de la Salud, y determina la clasificación y codificación de las enfermedades.

puesto que esto sería sólo enfocarse en la conducta manifiesta, sin considerar los procesos psíquicos, que pueden estar involucrados en todo este proceso, o sea, para Wallon el sujeto vivo no es una maquinaria mecánica de movimiento.

*“La vida del organismo es un todo, cuya unidad puede complicarse con la diferenciación de las funciones, pero siempre queda la condición. Cada progreso en la especialización, responde a un progreso en la unificación, que tiene, también, sus órganos. Es pues imposible imaginar la actividad de un sistema, sin que intervengan los otros, y todavía más difícil dividir un sistema en partes independientes” (Mialaret, G., 1981, p. 90).*

La psicomotricidad incluye el estudio del movimiento y la mecánica, además de los procesos psíquicos y la relación del sujeto con el medio. Así, Wallon, para dar una explicación más acabada de lo que es la comunicación en tanto psicomotricidad, por ende estructuración psíquica y desarrollo social del niño, se enmarca en tres grandes áreas a definir: El movimiento, la tonicidad muscular y el gesto.

**El Movimiento:** Wallon en su obra, distingue tres tipos de movimientos que tienen trascendencia en el desarrollo del psiquismo del niño. Estos tres movimientos son: a) Pasivo o exógeno; b) Desplazamientos antígenos o activos; y c) Desplazamiento de los segmentos corporales. Estos movimientos tienen una relación directa con lo psíquico, y es por medio de esta relación psíquicomotora que se puede dar una explicación abarcativa de los tres grandes grupos que, al decir de este autor, comprenden la psicomotricidad. Para el niño, las emociones tienen concordancia con una especie de molde de lo social con lo biológico en primer término, la evolución del acto al pensamiento como segundo, y el último gran grupo referido al estudio de los trastornos de la psicomotricidad, como tercero.

**La Tonicidad Muscular:** Para lograr una actividad motriz es necesaria una “materia prima”: el tono muscular. En los primordios de la vida, el sistema neuromotor infantil es inmaduro, por lo cual la relación con el medio se da a través del tono muscular, de la función tónica, que es “introducir la noción de actividad postural, de actitudes que, muy dialécticamente, van a permitir tanto abrir las puertas de la afectividad, como una mejor comprensión del enriquecimiento intelectual, aportado por la emoción” (Mialaret, 1981, p. 95).

La relación que se establece entre el tono muscular y los objetos, va planteando, aún de manera difusa, el mundo que lo rodea. El entendimiento de la percepción corporal con el mundo no sólo está sujeta a la interpretación de la percepción del contacto, sino que del sostén que le es brindado por otro, la madre, por el cuerpo de la madre en una suerte de “Acuerdo Tónico”. Éste, para Bernard Acouturier, será la relación comunicativa entre madre y cría por medio de la acomodación postural, donde el niño comienza a ser consciente de sus límites, de lo que se es y lo que es otro. La madre es la responsable, en tanto función, de sostener a la cría para que ésta pueda incorporar el mundo (Lapierre, Acouturier, 1983).

Es de este modo que el niño, usando y repitiendo los movimientos aprendidos, uniendo a estos nuevos movimientos, irá configurando paulatinamente una unidad corporal hasta organizar su esquema corporal.

Cada vez que el niño, por medio de su tono muscular, es actor de un afecto, de una emoción, logra objetivarla en su consciencia. Entonces, la función tónica refleja en el niño su relación con el mundo, su relación con los otros; o sea, su forma de socializar, parte de su personalidad.

Entonces desde antes del nacimiento, la gestación de una relación madre-hijo estará en primera instancia marcada por lo no verbal, basada en los cambios tónico-corporales, tanto por parte de la

madre, entendida como primer otro significativo para el niño, como por parte del niño, quien es interpretado por la madre en sus gestos, ruidos, miradas. Esto, a modo de un acuerdo tónico como la función “de percibir los armónicos emocionales como la expresión de una experiencia siempre única” (Aucouturier, 1985).

**El Gesto:** Durante toda la vida existen expresiones corporales que son dirigidas a otro, por las cuales se vehiculizan las primeras emociones. Estas expresiones, en relación con otro, llevan por nombre “*Gesto*” y por estar comprendidas en cierto tipo de codificación de la emoción dirigida a otro, es que podemos decir que se trata de un lenguaje. “La emoción es una forma de participación que no procede de la imitación, sino que depende de que tiene un aparato expresivo que la propaga del uno al otro, determinando entre todos una unión de lágrimas, risas, amenazas, violencia o pánico (Wallon, 1942, en Mialaret, 1981, p. 95).

Entonces, podemos entender que las contracciones a nivel del rostro o del tono muscular, no son solamente movimiento, sino gesto; por ende, actitud, y es ahí donde el operar de la motricidad tiene un sentido, un sentido humano, un sentido de comunicación, por consiguiente un sentido social, ya que permite la expresión de las emociones, la satisfacción o el malestar, etc.

En un inicio, el acto se mezcla con la realidad exterior, la cual no es accesible por el infans<sup>5</sup> más que por una acción dirigida hacia ella. Y, de forma paulatina, la configuración motriz va a separarse del objeto y de la situación, llegando incluso a existir una ausencia de objeto donde sólo subsiste el gesto. La primera función gestual es volver presente el objeto ausente, y subsistirlo, para luego más tarde, el gesto sea una forma de

5 Palabra del latín, que significa el que no habla, incapaz de hablar, mudo. Más avanzada la lectura de ésta investigación, se revisará la teorización laciana del “estadio del espejo”, en donde la experiencia del espejo, caracterizada por el estado de fragmentación de la cría y el ser marcado en tanto no hablante por un otro que habla, constituye lo que entenderemos como infans (Quevedo, 2000).

metaforizar la realidad que difícilmente se pueda hacer de otra manera (Mialaret, 1981).

En relación a esto es que Wallon dirá “lo que importa no es la materialidad de un gesto, sino el sistema al que pertenece en el momento en el que se manifiesta” (Wallon, 1941, en Mialaret, 1981, p. 87). El gesto entonces tiene calidad de signo, con lo cual se hace garante de la función simbólica, que Wallon explicará como:

“Lo que permite sustituir el contenido real de las intenciones, o de los pensamientos y de las imágenes por sonidos, gestos, o incluso objetos, con los que no tienen otra relación que aquella ligadura. Este es el poder de sustitución que aporta la función simbólica. No es la simple adición de gestos determinados. Es lo que establece una relación entre un gesto cualquiera, como significante, y un objeto, un acto, o una situación, como significado” (Wallon, 1942, en Mialaret, 1981, p. 99).

Esta ligazón entre gesto-significante y gesto con el otro es lo que nos permite inferir que el gesto es significativo, en tanto está sometido a una relación con Otro.

## La Clínica Psicoanalítica

**El Otro, la madre:** El “Otro” es un concepto laciano que refiere a la alteridad radical, esa otredad que trasciende de otro prominente del registro imaginario<sup>6</sup> en el cual sería tan sólo la semejanza del yo. Al contrario, el Otro se instaura en el registro de lo simbólico<sup>7</sup>, establecido como el orden del deseo del inconsciente, del lenguaje y

6 Apela a los tres “órdenes” o “registros” (imaginario, simbólico y real) que remiten a aspectos diferentes de la experiencia analítica. Lo imaginario está basado en la formación del yo en “el estadio del espejo”. Las identificaciones del yo con el semejante están mediadas por este registro (Evans, 1996).

7 Es uno de los tres registros mencionados. Remite esencialmente a una dimensión lingüística, la dimensión del significante. Es también el ámbito de la otredad radical, el Otro (Evans, 1996).

del significante. El Otro no es asimilable a través de la identificación, no se tratará de la madre por sí misma, sino como portadora de la ley y sostenedora, en última instancia, de la cría en el lenguaje.

La cría, desde el momento de su nacimiento hasta sus primeros años de vida, es un ser totalmente desvalido, o sea, con incapacidad de sobrevivir por sí mismo, sin otro en este mundo. No es solamente en el plano de lo biológico que es entendida esta dependencia de Otro; “si lo pensamos en términos de aparato psíquico, la cuestión es también bastante radical en lo que concierne a la dependencia de otro. Esta es una cualidad del psiquismo, depende de un otro, para conformarse (...)” (Quevedo, 2000, p. 22).

Entonces, la imposibilidad de sostenerse por sí mismo en el mundo supone una dependencia radical con el Otro, biológica y psíquicamente. Recordemos que lo motor muta en psicomotriz y transita a lo psíquico. Es en este movimiento que la cría es sostenida por el cuerpo materno, donde la madre, al ser un sujeto hablante, comienza a marcar al bebé. Este ejercicio especular hace que “ese” bebé sea -ahora- “su” bebé, le otorga mediante nombres y palabras la libidinización necesaria para dirigirle hacia la falta que funda la posibilidad de desear. Es decir, este Otro es el donante del lenguaje, y de la pulsión, que Freud definiría como: “representante psíquico de los estímulos que se originan dentro del organismo y se alzan a la mente, como una medida de exigencia hecha a la mente en el sentido de trabajar en consecuencia de su ligazón con el cuerpo” (Freud, 1915, en Quevedo, 2000, p. 23).

En otras palabras, el deseo del sujeto depende completamente de la demanda del Otro. Esto conlleva otra situación de reciprocidad, donde el niño sabe muy bien que cuenta con algo de la madre como función (Lacan, 1957-8).

Será así como es el Otro quien sitúa al bebé en el lenguaje, promoviendo la posibilidad de aprehender y diferenciar el entorno.

**La Erotización de la Actividad y Satisfacción motriz:** La erotización de la actividad del niño aparece cuando la actividad del niño comienza a funcionar por sí misma, pensando que por mucho tiempo ha dependido de su madre. “No es la erotización de la actividad de la madre para el niño, es la erotización de la actividad del niño. El cuerpo del niño, tanto en su eje, en sus orificios o en la función tónico-postural, se encuentra erotizado. En esta actividad que está erotizada, ahí está el origen de la psicomotricidad” (Bergès, 1990, p. 17).

Entendemos, entonces, que las posturas y los movimientos propios del niño en desarrollo son una nueva excitación tanto para él como para su madre. Esta excitación es puesta en un código de búsqueda y sintonía: un acuerdo tónico (Acouturier, 1980) que plantea la respuesta postural y/o discursiva de la madre que reactiva la excitación del niño y alimenta así su actividad motriz.

Pensar esto desde la lógica analítica implicaría pensar en el Estadio del Espejo, donde Lacan dirá que es en este estadio cuando aparecerá el yo (je) como resultado del Otro, donde es la madre como “otro en el espejo” quien, en esta reactivación de la excitación, tiene las llaves del cuerpo del niño. El niño se reconoce haciendo el descubrimiento de sí mismo, en la especularización de su imagen, a través de las respuestas que acompañan y preceden a cada uno de sus movimientos y los del Otro.

Es importante destacar que los montos cuantitativos de la reactivación de aquella condición de acuerdo tónico pueden reflejar en el niño dos tipos graduales de respuestas:

La ausencia de reactivación puede traducirse en la inactividad del niño o, al contrario, y puesto que escogemos extremos, en un exceso



de reactivación, como se constata en los niños hiperkinéticos (Bergès, 1999, p. 28).

Desde otro punto de vista, y pensando en la inestabilidad motora, podemos considerar el movimiento sin cese como un exceso de reactivación dentro de un circuito de erotización donde un niño hiperkinético necesitaría de una contención externa basada en “dar oído” a aquello que en el movimiento puede estar siendo gesto.

**“Acting out”/Pasaje al acto:** El “Acting out” es la traducción al concepto de “Agieren” establecido por Freud, el cuál establece la oposición que la teoría psicoanalítica reconoce entre repetición y recuerdo. Pensando la repetición como referencia a un evento fundante, es pertinente pensar que ambos son “los modos contrastantes de traer el pasado al presente” (Laplanche y Pontalis, 1967, p. 4).

Si se reprime el recuerdo de los acontecimientos pasados, ellos vuelven expresándose en acciones; cuando el sujeto no recuerda el pasado, por lo tanto, está condenado a repetirlo actuándolo en el *acting out* (Evans, 1996, p. 29).

*Acting out* refiere a acciones de carácter impulsivo que no son armónicas con las pautas habituales de conducta, por lo cual son fáciles de aislar de las tendencias generales de la actividad (Laplanche y Pontalis, 1967, p. 4). Además, el paciente no comprendería de modo consciente la motivación por la cual tiene aquella conducta.

Ahora bien, si pensamos que el recuerdo no es sólo recordar algo a la conciencia, sino también comunicarlo, es aquí donde la dimensión del Otro cobra importancia. Para Lacan, el *acting out* sería la imposibilidad de recordar algo junto con la imposibilidad de comunicarlo a Otro (Evans, 1996). “Por lo tanto, el *acting out* se produce cuando la negativa del Otro a escuchar hace imposible el recuerdo” (Evans, 1996, p. 29).

Si el Otro no escucha es imposible transmitirle algo por medio de las palabras y está inevitablemente direccionado a comunicarse en acciones cifradas que es preciso que el Otro pueda descifrar, pero que por sí mismo resulta imposible.

Entonces, en palabras de Lacan, el *acting out* es esencialmente la demostración, la mostración, sin duda velada, pero no velada en sí. Sólo está velada para nosotros, como sujetos del *acting out*, en la medida que eso habla, en la medida que eso podría hacer verdad. Si no, por el contrario, es visible al máximo, y por ese mismo motivo, en un determinado registro es invisible, al mostrar su causa (Lacan, 1962-3, p. 138).

En este sentido, lo que sucede con el niño con inestabilidad motora tiene relación con lo que plantea Jean Bergès en el pasaje al acto como sinónimo de “Acting Out”, lo fundamental es observar el reconocimiento en esta dialéctica de la condición del lenguaje:

“El pasaje al acto, no quiere decir que paso a la acción, quiere decir que paso del lenguaje que no puedo utilizar a la acción (...) En esa palabra de pasaje, es preciso que ustedes escuchen, he pasado por ahí porque no podía pasar por otro lado. Es porque estoy privado de la palabra (porque no se me escucha) que paso al acto” (Bergès, 1990).

### La Clínica Psicoanalítica con Niños

**Palabra, escucha:** Como hemos visto hasta ahora, el Otro es, pues, el lugar donde se constituye el yo (moi) que habla con el que escucha, ya que lo que uno dice es ya la respuesta, y el otro decide al escucharlo si uno ha hablado o no. Pero a su vez, ese lugar se extiende en el sujeto tan lejos como reinan las leyes de la palabra, es decir, mucho más allá del discurso que toma del yo sus consignas, desde que Freud descubrió su

campo inconsciente y las leyes que lo estructuran (Lacan, 1955, p. 414).

Es de este modo que, al referir a “la palabra” hacemos alusión a la idea de lenguaje como sistema de intercambios y no nos referimos al concepto de “las palabras” como fonemas aislados. Siguiendo esta conceptualización, el trabajo clínico no sólo se articulará desde “las palabras” enunciadas, sino desde lo dicho, actuado, escrito o puesto en escena. Al sentido de los intercambios en sesión.

Volviendo a Lacan podemos ver que:

“Ya se dé por agente de curación, de formación o de sondeo, el psicoanálisis no tiene sino un médium: la palabra del paciente. La evidencia del hecho no excusa que se le desatienda. Ahora bien, toda palabra llama a una respuesta” (Lacan, 1958, p. 235).

Será este llamado a la respuesta lo que para Lacan referirá que tanto lo verbal como lo pre-verbal se organiza en función de la palabra del Otro.

Estas producciones pre-verbales están destinadas a penetrar en el cuerpo del Otro por medio de la vista, de la audición y despiertan en el otro cuerpo, resonancias, reacciones corporales a modo de respuesta, que el primer cuerpo recibirá como “feed-back” (Acouturier, 1980).

Es en éste proceso de “feed-back” que el adulto se ve sobrepasado por las producciones corporales del niño. Es el sentido que el adulto pone a las producciones corporales, al movimiento de este niño hiperkinético lo que le perturba. Una dificultad que se presenta en la interpretación del movimiento como un gesto, como una emoción transformada en movimiento.

El niño perturbado en su movimiento adquiere, entonces, un nuevo lugar: el de perturbar a un

adulto que denuncia su movimiento; he ahí el origen de la queja, como refiere Bergès:

“Es ante esta cuestión que el niño hiperkinético aparece como particular, no es él quien tiene una demanda; él plantea una pregunta al adulto que lo pone en la necesidad de encontrar una causa a su movimiento, porque no es el movimiento lo que molesta al adulto, es el sentido que el adulto da al movimiento en la medida en que lo hace gesto” (Bergès, 1990, p. 6).

El adulto que interpreta el movimiento de este niño impide que éste último hable y se perpetúa una lógica de adivinar y agotar los sentidos que le está dando al movimiento sin cese del niño, sin acceder a la interpretación de esto como un gesto y no sólo como mero movimiento.

## Metodología

Es un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, que se centrará en dar cuenta de características comunes propias del fenómeno de la demanda de deseo del propio cuerpo en el movimiento.

Tomando en cuenta que el objeto de estudio que intentamos alcanzar será interrogado mediante el marco interpretativo del psicoanálisis, nos situaremos en fuentes de datos de registros y documentos, registros clínicos de nuestra autoría. Esta interpretación inicial, sobre las fuentes de datos, nos guía hacia la utilización de las metodologías etnográficas (Rodríguez, Gil & García, 1999) del *estudio de casos*, ya que como estrategia de investigación, pueden dar luces sobre fenómenos emergentes en contextos particulares de la “vida real”, respondiendo preguntas sobre cómo se produce un fenómeno. Considerando, además, que los límites no son claramente evidentes (Yin, 2003).



Así bien, usamos un estudio descriptivo de casos múltiples, pues pretende describir intervenciones en contextos reales y poder realizar cruces entre las informaciones de unos u otros casos de la muestra respecto de los elementos teóricos señalados (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2003).

Para seleccionar a los sujetos de la muestra fue utilizado el muestreo intencionado, discriminatorio y estratégico, de tipo no probabilístico. Nuestro objetivo es validar el estatuto relacional y responder a un conjunto de categorías que requieren de desarrollo utilizando el análisis de categorías por objetivos, de la información recopilada mediante las sesiones terapéuticas.

La descripción que hemos hecho, partiendo desde lo psicomotor en los niveles del movimiento, lo tónico y lo gestual, luego siguiendo con fenómenos psíquicos descritos desde la teoría psicoanalítica, tiene la intención de poder aludir a fenómenos de orden comunicativo en lo motriz.

Como vimos, la hiperactividad, la falta de sueño como una de sus formas de mostrarse por ejemplo, respondería como una metáfora de la muerte o del desamparo, en el sentido que el dormir puede cambiar la realidad que la rodea; por ende, cambia también el acuerdo tónico con su madre en tanto función. Duerme y puede perder a su próximo asegurador, entendiendo que un psiquismo en constitución necesita de otro. Requerirá de un Otro que cumple una función estructurante como sede de lo simbólico en el bebé, que le permite lograr significarse a sí mismo. Es en relación a esta ansiedad que Joan Riviere refiere que:

“La dependencia de la madre, y el temor a perderla, que Freud considera la fuente más profunda de ansiedad, es ya, desde un punto de vista (el de la autoconservación) una defensa contra un peligro mayor (el de la impotencia contra la destrucción interna) (1965, p. 55)”.

Ya vimos en Wallon (en Mialeret, 1981) que es imposible aludir a lo motor por sí solo; no se refiere entonces a una causalidad psíquica pura, ni tampoco a una causalidad material; lo psicomotor estará en el espacio intermedio, transitando entre lo material y lo transaccional. Dicho de otro modo: las modificaciones tónicas, posturales y vocales se transforman en un diálogo. Aquel diálogo se establece entre el individuo y su entorno y, en el caso de la clínica, entre el fenómeno que se organiza como síntoma y el individuo, el sujeto se articula como sujeto deseante a partir de la transición que media el Otro.

Los movimientos del niño sostienen la motricidad postural de la madre. La actividad del niño es la puesta en acto de la hipótesis de un saber que su madre supone, y está libinizada en la medida en que se anuda al deseo de ella que la reactiva sin cesar. De modo que hay motivos para preguntarse si la hiperkinesia no puede aparecer como una reactivación imposible por el lado del niño ante la ausencia del deseo en la madre; ausencia que puede llegar incluso a un interdicto reiterado al que el niño responde entonces con una in-estabilidad (Bergès, 1998, p. 28).

Diremos entonces, que el acuerdo tónico incluye aquello del cuerpo que expresa un dolor en lo real, pensando en la posibilidad de muerte pero que, además, contiene algo de la mirada del Otro que pronostica los movimientos posteriores de lo que Nasio (1996) referirá como parte de la “realidad-superficie”. El gesto, por lo tanto, no es un elemento estático sino que, muy por el contrario, se trata de un evento dinámico y fluido en el que se transan los deseos de dos sujetos.

## Análisis y Discusión

Situémonos en el terreno de lo psicomotor como eje de análisis del fenómeno de la inestabilidad motora (o hiperactividad) para justificar una

noción de escucha, citando a Bergès (1990), que pone al exceso de movimiento en el niño como un síntoma de un cuadro nosológico particular, propio de las categorías diagnósticas psiquiátricas.

Ya hemos dicho que lo único que se intercambia en un análisis son palabras, no sólo enunciadas, sino también palabras actuadas, palabras en el sentido significante. Entonces, todo lo que se intercambia en sesión que tiene peso significativo (palabras, gestos, actitudes) será medio fundamental del psicoanálisis con niños.

Lacan agrega que no hay palabra sin respuesta, que toda palabra es de alguna manera un llamado a la presencia del Otro. Entendemos que si la palabra llama a la presencia del Otro, por consiguiente trae consigo una simbolización de la ausencia del mismo. Si todo llamado espera una respuesta, es porque la palabra en primer lugar viene del Otro. Entendemos que esto no tiene relación con lo verbal o pre-verbal, ya que lo pre-verbal igual está organizado por la palabra del Otro.

En niños con inestabilidad motora es en el movimiento como gesto, a la vez como significante, en donde el sujeto yace y por medio de éste se pone en escena su verdad. Por ende, desatender el gesto es desatender al sujeto mismo.

Así como es importante la emergencia de lo significativo del sujeto (palabra, gesto), también lo es la palabra del terapeuta en lo que refiere a la puntuación. Esto nos refiere a otro lugar ético en donde Lacan nos dirá:

“Así, es una puntuación afortunada la que da su sentido al discurso del sujeto” (Lacan, 1996, p.189). Sus medios son los de la palabra, en cuanto que confiere a las funciones del individuo un sentido; su dominio es el del discurso concreto en cuanto campo de la realidad transindividual del sujeto; sus operaciones son las de la historia en cuanto que constituye la emergencia de la verdad en lo real (Lacan, 1996, p. 193).

Creemos que el rescate de una ética de la palabra, que reintegre la subjetividad es la alternativa que puede dar respuesta al progresivo intento por parte de la psiquiatría contemporánea de adecuar la infancia a patrones conductuales estándar, a la objetivación y adaptación del sujeto a lo social.

Existen niños que se mueven excesivamente con el fin de cerciorarse que están vivos, a pesar del mandato adulto a que funcionen como objetos, o bien, niños que se mueven con objetivo de desbordar las interpretaciones de una madre que se niega a leer al niño, como ausencia de transi-tivismo; entre otras interpretaciones más.

Además existen muchos discursos que hablan sobre la hipercinesia relacionándola a un fenómeno que escapa de un parámetro social que no incluye las necesidades particulares de los sujetos en cuestión (Bergès, 1990; Bergès y Balbo, 1999).

Ahora bien, una postura ética alternativa pasa por trasladar el foco de una ética basada en la normalidad, a otro foco que se situó básicamente desde el propio deseo. Donde lo importante no es saber qué es lo correcto, lo bueno o lo malo, sino qué es lo que emergerá en el niño en análisis.

Esto supone una relación con ese saber puesto en escena que es el saber inconsciente del analizante.

Comprendemos que al parecer la lectura social de los adultos (padres, escuela) que hacen sobre la inestabilidad motora de sus hijos o estudiantes, no supone aquel saber tras los movimientos, tras el gesto.

## Conclusión

El lugar clínico del psicoanálisis en la inestabilidad motora no es el lugar del discurso normalizador que se establece frecuentemente en otros

discursos terapéuticos, como la psiquiatría por ejemplo, donde el sujeto, rechazado de su lugar, en beneficio de cierta objetividad nosográfica, toma el lugar de un objeto, un objeto de estudio o tratamiento.

Lo mismo ocurre también en algunos tipos de terapia psicológica, donde de igual modo el sujeto a veces es escindido, es fragmentado en su subjetividad, en su cuerpo si es desprovisto de palabras, ya que sabemos es un cuerpo hablado porque está signado por otro, y que además está provisto de palabras, quizás no enunciadas, pero sí hechas gesto.

El hacer clínico del psicoanálisis sólo recurre a la particularidad de la palabra del sujeto, sea enunciada o actuada, dirigida a un otro, permitiendo que el sujeto asuma su propia historia en la medida que ésta se va constituyendo.

O sea, el psicoanálisis no es solamente un dispositivo en que se trabaja desde una técnica particular -asociar libremente, estar recostado en el diván, trabajar lapsus, etc.-, sino que además ofrece la lectura psicoanalítica de lo que sucede con este niño que es desubjetivado, en donde su imagen corporal queda capturada por distintos discursos que hablan de él, que le dopan e intervienen buscando aplacar aquello que a los adultos desborda. Se puede pensar entonces que hay una clínica psicoanalítica posible en el espacio de la salud pública que atienda al sujeto en sufrimiento. Una mirada particular que aborde al sujeto, pero no una mirada que impida ver a éste, engegueciéndolo.

Si pensamos que el marco general por el cual se rige la salud pública de nuestro país, está básicamente sostenido por la remisión sintomática de una enfermedad, sin dar énfasis en que ahí donde hay un síntoma también emerge parte de la subjetividad del paciente. El psicoanálisis rescata y permite el emerger del sujeto. Es decir, se intenta posibilitar la emergencia del sujeto allí

donde el discurso normalizador lo suele opacar. Que el paciente pueda significar lo que le sucede desde otro lugar, no como víctima de una especie de enfermedad, sino como sujeto deseante, activo. O sea, dar posibilidad al despliegue de la palabra en aquel lugar donde no se ha dado importancia al decir del niño sobre lo que le sucede, reconociendo que allí hay un saber, un sujeto.

## Referencias bibliográficas

**Ali, S.** (2001). "El Espacio Imaginario". Amorrortu Editores. Buenos Aires

**APA** (1990). DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. MASSON. Barcelona.

**APA** (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. MASSON. Barcelona.

**Aulagnier, P.** (1977). "La violencia de la interpretación". Amorrortu Editores. Buenos Aires.

**Armstrong, T.** (2001). "Síndrome de déficit atencional con o sin hiperactividad". Ed. Paidós. Buenos Aires.

**Bergès, J.** (1990). "Les enfants hyperkinétiques". Conferencia pronunciada en Santiago de Chile, en las primeras jornadas franco-chilenas de psiquiatría y psicoanálisis. Traducción de Matías Marchant.

**Bergès, J. & Balbo, G.** (1999). "Sobre el transitivismo". Nueva Visión. Buenos Aires.

**Bleichmar, S** (1998). "Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos. Ensayos y experiencias". N°25. Ed. Novedades Educativas. Buenos Aires.

(1999). "Las Hiperkinéticas certezas del ser". Ed. Novedades Educativas. Buenos Aires.

**Diatkine, G.** (1999). "Jacques Lacan. Vida y pensamiento psicoanalítico". Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

**Evans, D.** (1997). "Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano". Ed. Paidós. Buenos Aires.

**Flick, Uwe** (2004). "Introducción a la investigación cualitativa". Ediciones Morata.

**Freud, S.** (1900). "La Interpretación de los sueños". En "Obras Completas. Freud Total 1.0". Ed. Nueva Héléde.

(2001b). "Más allá del Principio del Placer, Psicología de las Masas y análisis del yo y otras obras" (1920-1922). "Obras Completas tomo XVIII". Amorrortu Editores. Buenos Aires.

**Gil, J.** (1994). "Aproximación Interpretativa al Contenido de la Información Textual", en "Análisis de Datos Cualitativos". Promociones y Publicaciones Universitarias, S. A. Barcelona.

**Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P.** (2000). "Metodología de la investigación". Mac Graw Hill. Santiago.

**Isaacs, S.** (2000). "Naturaleza y función de la fantasía", en "Klein, Heimann, Isaacs & Riviere. Desarrollos en psicoanálisis". Ediciones Hormé S.A. Buenos Aires.

**Janin, B.** (2006). "Los niños desatentos y/o hiperactivos: algunas reflexiones". Ed. Novedades Educativas. Buenos Aires.

**Klein, M.** (1987). "El Psicoanálisis de niños". Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona.

**Lacan, J.** (1949). "El estadio del espejo como formador de la función del yo (je)" en "Escritos" (Pp. 93-100). Ed. Paidós. Buenos Aires.

(1955-56). "El Seminario", Libro 3 "Las psicosis". Ed. Paidós. Buenos Aires.

(1957-58). "El Seminario", Libro 5 "Las formaciones del inconsciente". Ed. Paidós. Buenos Aires.

(1966). "Función y Campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis" en "Escritos" (Pp. 227-310). Ed. Siglo Veintiuno. Buenos Aires.

(1966). "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud" en "Escritos" (Pp. 473-510). Ed. Siglo Veintiuno. Buenos Aires.

**Lapierre, A. y Aucoeurier, B.** (1980). "El cuerpo y el inconsciente". Editorial científico-médica. Barcelona.

**Laplanche, J. y otros** (1998). "Diccionario de Psicoanálisis". Ed. Paidós. Buenos Aires.

**Levin, E.** (2007a). "La infancia en escena". Nueva Visión. Buenos Aires.

(2007b). "La función del hijo". Nueva Visión. Buenos Aires.

(2010). "La experiencia de ser niño". Nueva Visión. Buenos Aires.

**Mannoni, M.** (1985). "Un saber que no se sabe. La experiencia analítica". Gedisa. Barcelona.

**Meltzer, D.** (1996). "El proceso psicoanalítico". Lumen-Hormé. Buenos Aires.

**Nasio, J.D.** (1996). "Los gritos de cuerpo". Ed. Paidós. Buenos Aires.

**Organización Mundial de la Salud (OMS).** (1996). CIE-10, Capítulo V, "Pautas diagnósticos y de actuación ante los trastornos mentales en atención primaria". OMS. Madrid.

**Ortí, A.** (1995). "La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis de la investigación social". Cap. 3 (Pp.85-95), en Delgado, J. y Gutiérrez, J. (Eds.) "Métodos y Técnicas de Investigación Cua-

litativa en Ciencias Sociales”. Síntesis Psicología. Barcelona.

**Punta, M.** (2005). “La clínica del niño y su interior”.

**Quevedo, M.** (2000). “El niño en el discurso psicoanalítico: Una contribución para la comprensión de la clínica psicoanalítica con niños en el marco de la neurosis, psicosis y autismo infantil”. Tesis de maestría no publicada. Universidad Diego Portales.

**Quinn, P.** (1997). “Atención Déficit, diagnosis y tratamiento, desde la infancia a los adultos”. Brunner. Nueva York.

**Roizblatt, A.; Bustamante, F.; y Bacigalupo, F.** (2003). “Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos”. Revista Médica de Chile, v.131 n.10. Santiago de Chile.

**Rodríguez, G.; Gil, J.; y García, E.** (1999). “Metodología de la investigación cualitativa”. Aljibe. Málaga.

**Strauss, A. y Corbin, J.** (1990). “Basics of qualitative research”. Sage. Londres.

**Titscher, S.; Meyer, M.; Wodak, R.; y Vetter, E.** (2000). “Methods of text and discourse analysis”. Sage. Londres.

**Urzúa, A.; Domic, M.; Cerda A.; Ramos M.; y Quiroz J.** (2009). “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados”. Revista Chilena de Pediatría, v.80 n.4. Santiago de Chile.

**Yin, R.** (2003). “Case Study Research: design and methods”. Sage. Londres.