

II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010.

El supuesto Síndrome ADHD: dos casos clínicos.

Janin, Beatriz, Kahansky, Elsa, Rodríguez Ponte, Mabel, Llanos, Laura Enriqueta y Silver, Rosa.

Cita:

Janin, Beatriz, Kahansky, Elsa, Rodríguez Ponte, Mabel, Llanos, Laura Enriqueta y Silver, Rosa (2010). *El supuesto Síndrome ADHD: dos casos clínicos. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-031/203>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eWpa/gre>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EL SUPUESTO SÍNDROME ADHD: DOS CASOS CLÍNICOS

Janin, Beatriz; Kahansky, Elsa; Rodríguez Ponte, Mabel; Llanos, Laura Enriqueta; Silver, Rosa
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Argentina

RESUMEN

Es habitual en esta época que muchos profesionales (neurólogos, psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, etc.) consideren el ADD/ADHD (Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad) como una categoría diagnóstica, cuestión que deriva en un tratamiento sintomático, generalmente con medicación y modificación conductual en un alto porcentaje de niños. En este trabajo mostraremos a partir de viñetas clínicas, intervenciones posibles que nos permitan entender qué nos quiere decir el niño con su sintomatología. Mostraremos cómo el espacio analítico posibilita a un niño el despliegue de su sufrimiento, dejando de lado diagnósticos invalidantes.

Palabras clave

Atención Hiperactividad Impulsividad Intervenciones

ABSTRACT

THE ALLEGED ADHD SYNDROME: TWO CLINICAL CASES

Nowadays, professionals such as neurologists, psychologists, psychiatrists, or psychopedagogues, consider ADD/ADHD (with or without hyperactivity attention deficit disorder) as a diagnostic category. This fact results in a symptomatic treatment, generally through medication and modifying behavior in a high percentage of children. This work presents clinical vignettes, possible interventions to understand the meaning of a child's symptomatology. In addition, we will show how the analytic space enables the child to display his suffering, leaving aside invalidating diagnostics.

Key words

Attention Hyperactivity Impulsivity Interventions

El supuesto Síndrome de ADD/ADHD es la importación de una moda peligrosa que engloba a diferentes problemáticas. Tomando solo conductas observables no se profundizan las causas que desencadenan dichas conductas.

En los últimos años se impuso el uso y abuso de diagnósticos tomados del DSM IV. Así, tanto lo que conocíamos como fobias, como lo que denominábamos terrores nocturnos han pasado a ser síndrome de "panic attack"; los síntomas obsesivos se han transformado en "TOC" (síndrome obsesivo compulsivo); los niños inquietos y desatentos en "ADD/ADHD".

A su vez, "casualmente" para cada uno de estos síndromes se publicita exageradamente alguna medicación asociada que mágicamente resolvería las cosas. Toda esta propaganda, no aparece como hecha por los laboratorios directamente, sino que es encubierta en artículos de salud.

La actividad excesiva, la falta de atención, demasiada tristeza, todo puede dar lugar a que un niño sea medicado. Salida riesgosa para las dificultades humanas, en tanto que los deja expuestos por un lado, a todos los efectos secundarios de la medicación (que no son pocos en los casos de los psicotrópicos) y por otro, les transmite la lógica de la adicción. Se les administra una droga que no cura a la cual se le atribuyen efectos inmediatos para mejorar el rendimiento a cualquier costo. Todo es válido en función de ideales tales como el éxito, la eficiencia, el consumo y todo aceleradamente. Se exige demasiado sin respetar los ritmos lógicos de la infancia.

Un mundo en el que deben estudiar múltiples saberes para no quedar fuera de él, con lo que el aprendizaje pasa a ser un certi-

ficado de sobrevivencia. No queda ligado al placer sino a la conservación de la vida y la inserción social. Con el miedo permanente a la exclusión que no implica sólo una fantasía sino que se observa concreta y dolorosamente en lo que nos rodea.

A lo largo de estos años, venimos viendo cada vez más niños diagnosticados por otros profesionales como ADD o ADHD. Esto motivó nuestra investigación en la temática, en la muestra obtenida nos encontramos con niños que presentaban:

hiperactividad, desatención en la escuela, algunos ambas cosas, problemas de aprendizaje, episodios aislados de falta de concentración y dificultad para acatar las normas. Sin embargo, en todos los casos, el diagnóstico era el mismo y la medicación también.

Escuchamos a los padres que llegan convencidos de la existencia de una enfermedad orgánica a la que hay que medicar. Pero cuando abrimos un espacio para que los padres puedan expresar sus padeceres y poder entender qué le pasa al niño y a su familia, aparecen otras historias que no se reducen al motivo de consulta. Nos encontramos con adultos deprimidos, desbordados, con poca tolerancia al movimiento natural de los niños (Kahansky, Rodríguez Ponte, Silver, 2006) Es llamativa la recurrencia en los padres de un estado ansioso, regido por la urgencia y por una especie de "hiperactividad" en relación al hijo. Por otra parte venimos observando que la hiperactividad y la renuencia a aceptar normas son las causas de derivación más frecuente, que aparece en términos de urgencia. Esto nos motivó a iniciar una investigación en esta temática (1)

En un trabajo anterior (Janin y otros, 2007) hemos desarrollado las diferentes problemáticas que quedan englobadas bajo el rótulo de ADD y ADHD, hoy tomaremos solo dos de ellas y las articularemos con dos viñetas clínicas, intentando mostrar cuáles fueron las intervenciones en cada caso.

Funcionamientos reactivos a situaciones familiares en contextos poco tolerantes:

Podemos observar que la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico y de la imagen que tiene de sí mismo ese grupo social.

En la actualidad, en un mundo cada vez más acelerado, donde se corre con el temor de "quedarse afuera", un mundo en el que predomina la idea de que no hay tiempo, se tolera poco el movimiento de los niños.

Gonzalo tiene 4 años al momento de la consulta, es derivado del jardín por sus dificultades para aceptar límites y seguir las consignas de la maestra. Su rendimiento intelectual es muy alto. Sus padres relatan que hace unos meses lo notan más inquieto, a veces "pega" pero no lo consideran un niño agresivo sino "cariñoso y afectivo". Al preguntar la terapeuta si hubo algún cambio en este tiempo, cuentan que el papá estaba desocupado y no le habían dicho nada de esto. Por otra parte la mamá estaba muy angustiada ya que su propia madre enfermó, este hecho motivó que se empezara a ocupar mucho de ella. En las entrevistas con el niño no se presenta como un niño muy inquieto, excepto en los primeros momentos de la consulta que parecía más angustiado. Cabe aclarar que su contextura física es muy grande para su edad y tiene mucha fuerza, aunque es sumamente hábil motrizmente. Esto hace que, cuando responde una agresión de un compañero en el jardín lo puede llegar a lastimar. Cuentan que por ejemplo nunca baja las escaleras por los escalones siempre por la baranda; a pesar de esto, es raro que se caiga. En una oportunidad se trepa a una reja en el jardín y esta se viene abajo, evidentemente estaba mal amurada pero se crea el mito de su fuerza desmedida. Lo empiezan a mirar como a un niño peligroso al cual deben controlar. Los padres le cuentan a la terapeuta que al verse tan presionados por la escuela y por encontrarse ella de vacaciones, deciden consultar a un psiquiatra, quien inmediatamente le aplica los cuestionarios para detectar ADD. La psicóloga que atiende al niño se comunica con la escuela para contener esta situación y explica el carácter tendencioso y poco objetivo de esos cuestionarios que llevan indefectiblemente a recetar una medicación que no es inocua. Se encuentra con una directora desbordada por múltiples situaciones conflictivas en el ámbito es-

colar, quien le pide que sea ella que hable con los diferentes maestros que no saben cómo tratar al niño. Después de estas intervenciones con los docentes de la institución, logra que la escuela reconozca que estos incidentes han sido aislados y que no se trata de un niño al que no se pueda contener. Esto hizo que dichos cuestionarios fueran contestados de una manera diferente después de su intervención. Finalmente la psiquiatra al ver las respuestas dice que parece ser un ADD, pero "todavía no se le nota". Tanto la familia como la escuela se sintieron desbordados y al poder ir cambiando de a poco la estigmatización que hacían de él pudo ser mirado de una manera diferente y no quedar fijado en el lugar del niño peligroso.

Hemos encontrado también muchos casos en los que hay fallas en la estructuración de representaciones preconcientes:

Fallas en la estructuración de representaciones preconcientes: Son los pensamientos los que frenan la vía directa entre el impulso y la acción. Pero para que un niño sostenga pensamientos, tuvo que haber sido pensado por otros, tuvo que haber sido sostenido no sólo por los brazos de otros sino también por pensamientos de otros. Ser pensado implica recibir un baño de pensamientos y es posibilitador del armado de pensamientos propios (D. Anzieu, 1998). Armado imprescindible para frenar la descarga inmediata de la tensión. Si los adultos pueden metabolizar sus pasiones, tolerar sus propias angustias y contener al niño, le irán dando un modelo que le posibilitará pensar. En este sentido, el otro humano es condición de la posibilidad de discernir, es sobre él que el niño aprende a diferenciar bueno y malo, fantasía y realidad y a construir vías alternativas a la descarga directa e inmediata de la excitación. Es habitual que los niños que se mueven sin rumbo no hayan podido estructurar representaciones preconcientes ya en el nivel del pensamiento cinético. O sea que sus movimientos no son modos de relatar con acciones sino manifestaciones de angustia, de desesperación, de estallido interno.

Gabriel tiene 8 años pero los problemas, según relatan sus padres, comenzaron en jardín de infantes: reptaba, mordía y pegaba a sus compañeros.

La madre dice: "se mete en acciones negativas, le clavó un lápiz cerca del ojo a un compañerito, o se pasea con una tijera de manera amenazante"-

En primer grado se agrava la situación porque además de sus problemas de conducta se agregan dificultades para aprender. En la escuela, según refieren sus maestras nunca permanece sentado, siempre en continuo movimiento, tirado en el piso, de espaldas al pizarrón, saliendo del aula en cualquier momento. En varias oportunidades, sus padres debieron retirarlo por sus comportamientos descontrolados e impulsivos. Por tal motivo, la escuela establece como condición para permanecer en la misma, una consulta urgente.

El niño es evaluado por un reconocido neurólogo quien refiere lo siguiente: "su examen neurológico es normal, pero la semiología que presenta se correlaciona con el síndrome de ADD, indicando una medicación (metilfenidato) y tratamiento cognitivo-conductual. El tratamiento transcurre sin modificar su problemática, y aún más, empeorando entre otras cosas, su deseo de comer.

Finalmente, los padres, por sugerencia del pediatra, deciden abandonar dicho tratamiento y no continuar con la medicación.

En la nueva consulta con un psicoanalista, los padres refieren que hacia fines de segundo grado no había logrado la lecto-escritura, sigue agrediendo y amenazando. También notaron su terror frente a los muñecos que hablan y a la oscuridad. En cuanto a su historia dice la mamá: "Gabriel me necesitaba, él lloraba y yo también. Necesitaba dormir con la cabeza apoyada en mi cabeza. Yo estaba deprimida, todo fue dificultoso, la alimentación, el control de esfínteres...aún hoy".

En el primer encuentro con el niño se presenta evitando la mirada, inclinando su cuerpo hacia adelante... Cuando se le pregunta si sabe para qué viene, contesta sin mirar, luego se refiere a volcanes, cataclismos y dinosaurios en un hablar que se parece más a un robot que a un niño.

Las sesiones de Gabriel transcurrirán en medio de entrevistas de urgencia con los padres por citas reiteradas de la escuela amenazando con expulsarlo por sus explosiones de violencia hacia sus compañeros. La terapeuta asiste a la escuela para poder evaluar

si podrá contenerlo manteniendo la continuidad en esa institución escolar. Se incluye una maestra particular que concurre al domicilio del niño varias veces semanales.

En el transcurso del primer año de tratamiento la escuela dice lo siguiente: "Gabriel está escolar, puede permanecer sentado, se preocupa por hacer las tareas, se angustia cuando no sabe, pero pregunta, está siendo integrado por sus compañeros, ya lee y escribe".

En las sesiones empieza a desplegar el denominado "juego de la guerra" donde va expresando y elaborando simbólicamente sus conflictos, también va incorporando juegos reglados, interesándose por conocer sus reglas y cumplirlas.

Nos preguntamos qué produjo el freno a tanto desborde: pensamos que la intervención del analista en la escuela, con los padres y con el niño parece ser la clave que permitió ordenar los malos entendidos que se produjeron entre la escuela y la familia y sobre todo, comprender que los estallidos del niño son manifestaciones de su sufrimiento. El trabajo con los padres fue esencial, porque al brindarles un espacio donde pudieron desplegar sus angustias, permitió que comenzaran a registrar y tolerar el sufrimiento del niño.

Conclusiones

No es lo mismo un niño que no atiende en clase o que no puede quedarse quieto como reacción a los problemas que está atravesando su familia (primer viñeta), que pensar los conflictos como producto de un aparato psíquico con fallas en su constitución (segunda viñeta). Las intervenciones diferirán notablemente: en el primer caso se tratará de poner en palabras el efecto que produce en él y en el segundo caso, tratándose de un trastorno en la estructuración psíquica, nuestras intervenciones tendrán que ser posibilitadoras de armado psíquico, como por ejemplo, transformar las acciones en juego, historizar, usar el dibujo y la escritura para frenar el desborde pulsional. Estas son algunas de las intervenciones posibles para tal fin, en estos casos no es la interpretación la herramienta eficaz, pues en un niño impulsivo, en el que la represión primaria no se ha consolidado, las palabras del analista sobre su deseo pueden producir mayor impulsividad y llevarlo a actuar lo interpretado. Se trata de construir en un primer momento un espacio psíquico que posibilite el pensamiento, el registro de los afectos y el frenado del pasaje al acto y luego, dar lugar a un segundo momento de interpretación de los deseos.

Venimos observando a lo largo de los tratamientos psicoanalíticos de niños que vinieron diagnosticados de este modo, que en muchos casos, las intervenciones estructurantes permitieron transformar el funcionamiento impulsivo y/o la desconexión libidinal en investidura del objeto y acciones planificadas, ligadas al placer.

Corriendo al niño del lugar de portador de una supuesta enfermedad de por vida, ubicándolo como alguien que tiene dificultades a ser solucionadas, también les posibilitamos a ellos recobrar esperanzas, sueños, lo que deriva en una libidinización del niño mismo y en un resarcimiento del derrumbe narcisista. (Janin, 2004). Abrir un espacio para poner en palabras lo que sienten y piensan permite ir destrabando los modos de la repetición.

NOTA

El título de la investigación es: La desatención y la hiperactividad en los niños como efecto de múltiples determinaciones psíquicas. Dirigida por: Lic. Beatriz Janin integrantes del equipo son: Lic. Elsa Kahansky, Lic. Laura Llanos, Lic. Mabel Rodríguez Ponte y Lic. Rosa Silver. Acreditada por Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)

BIBLIOGRAFIA

- ANZIEU, DIDIER, HAAG, G, TISSERON, S y otros (1998) Los continentes del pensamiento, Buenos Aires, Ediciones de la Flor
- BLEICHMAR, S. (1998): "Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos", Ensayos y experiencias N° 25, Buenos Aires, Novedades Educativas.
- DSM IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Masson, 1995.
- JANIN, B., (2000b) "¿Síndrome de ADD?". Cuestiones de Infancia N° 5.,
- JANIN B, FRIZZERA O., HEUSER C., ROJAS M. C., TALLIS J., UNTOIGLICH

G. (2004) Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Editorial Novedades Educativas

JANIN, B. (2007) El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. Cuestiones de Infancia N° 11 .

JANIN, B, KAHANSKY E., LLANOS L., RODRIGUEZ PONTE M., SILVER R. (2007) La desatención y la hiperactividad en los niños como efecto de múltiples determinaciones psíquicas en Memorias de las XIV Jornadas de Investigación en Facultad de Psicología, UBA

KAHANSKY E., RODRIGUEZ PONTE, M, SILVER R. (2005) Trabajo con padres en el Psicoanálisis con Niños . Cuestiones de Infancia N° 9

ESQUEMAS Y CREENCIAS. EL ORIGEN DEL ECLECTICISMO TÉCNICO Y LA INTEGRACIÓN EN TERAPIA COGNITIVA

Korman, Guido Pablo

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Centro Argentino de Etnología Americana- Universidad de Buenos Aires - Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica

RESUMEN

Este trabajo se propone describir las causas teóricas y técnicas que hacen que los modelos cognitivos tiendan al eclecticismo técnico y a la integración. A través de los conceptos de esquema y creencias el autor intenta destacar los factores teóricos y clínicos que hacen que la terapia cognitiva sea tan diversa en la actualidad.

Palabras clave

Eclecticismo Integración Terapia cognitiva

ABSTRACT

SCHEMES AND BELIEVES. THE ORIGIN OF TECHNICAL ECLECTICISM AND INTEGRATION IN COGNITIVE THERAPY
This paper intends to describe the theoretical and technical reasons that make cognitive models tend to technical eclecticism and Integration. Through the concepts of schema and beliefs the author attempts to highlight the theoretical and clinical factors that make cognitive therapy cognitive so diverse nowadays.

Key words

Eclecticism Integration Cognitive therapy

INTRODUCCIÓN

La terapia cognitiva (TC) no es un ámbito homogéneo ni en el plano teórico ni en el plano clínico. Las TC nacieron en los años 60 en Estados Unidos, de la mano del desarrollo de teorías y modelos psicoterapéuticos cuyo objetivo era disminuir el malestar generado por los trastornos depresivos y ansiosos en un lapso relativamente breve. Se diferenciaron rápidamente de las corrientes psicológicas dominantes en la época: el psicoanálisis y el conductismo. Su foco particular era -y es actualmente- el papel de la cognición en los fenómenos mentales patológicos (Fernández Álvarez y Opazo, 2004; Keegan, 2007). Previamente, se produjo una gran revolución en las ciencias humanas, conocida como revolución cognitiva (Kris, 2002), que influenció todo el ulterior desarrollo de la psicoterapia. Desde un comienzo, estos desarrollos se vincularon de forma muy estrecha con la investigación empírica, tanto a las técnicas como a las teorías que las sustentaban (Beck, 2005).

Podemos discernir dos ámbitos de la TC: el plano teórico y el plano clínico. En el ámbito clínico, el éxito de la terapia cognitiva se debe a la creciente importancia de la investigación clínica como criterio de validación de una práctica con apoyo empírico, un pilar epistemológico de las TC, tanto en lo que concierne a su difusión en el público general como en el campo científico (Korman, Viotti y Garay, 2009). Es así como hoy día podemos decir con certeza que la terapia cognitiva es la forma más investigada de psicoterapia. Entre los años 1986 y 1993 fueron realizados más de 120 estudios controlados (Hollon & Beck, 1994); en el 2006 había ya más de 324 estudios publicados en lo que hace a intervenciones cognitivo-conductuales (Butler *et al*, 2006) y su número continúa en aumento. En la actualidad tenemos tratamientos cognitivos para la depresión, para el trastorno de angustia, la fo-