

XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

CONSIDERACIONES PSICOANALÍTICAS DEL DIAGNÓSTICO DE DEFICIT ATENCIONAL. PROPUESTA PSICOTERAPEUTICA.

Dra. Alejandra Taborda y Lic. Daniel Díaz.

Cita:

Dra. Alejandra Taborda y Lic. Daniel Díaz (2004). *CONSIDERACIONES PSICOANALÍTICAS DEL DIAGNÓSTICO DE DEFICIT ATENCIONAL. PROPUESTA PSICOTERAPEUTICA. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/15>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/aCH>

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>.

243 - CONSIDERACIONES PSICOANALÍTICAS DEL DIAGNÓSTICO DE DEFICIT ATENCIONAL. PROPUESTA PSICOTERAPEUTICA

Autor/es

Dra. Alejandra Taborda Lic. Daniel Díaz.

Institución que acredita y/o financia la investigación

Proyecto de Investigación “ Psicoterapia Psicoanalítica de Grupos” . 22/H232-UNSLFac. de Ciencias Humanas - Universidad Nacional de San Luis.

Resumen

Frente a la cada vez más frecuente práctica médica de instrumentar medicación a niños diagnosticados con Déficit Atencional y las consecuencias en la estructuración de la personalidad, en este trabajo nos proponemos realizar algunas consideraciones sobre aspectos comunes del material clínico analizado en quince niños de sexo masculino y presentar una modalidad de tratamiento psicoterapéutico sobre la que venimos investigando. La misma fue instrumentada luego de la Admisión al CIS, al cual llegaban con diagnóstico neurológico de Déficit Atencional y frecuentemente eran derivados por las instituciones escolares. Cabe destacar que los niños habían sido medicados con anterioridad a la primera consulta psicológica. Sin embargo había sido retirada por los padres por temor a generar una adicción farmacológica. Este criterio -de no medicación- se mantuvo a partir del hecho de que los niños no presentaban conductas violentas incontrolables hacia ellos mismos o hacia los demás. Específicamente el Déficit Atencional ocasionaba una complicación en el proceso de aprendizaje que se traducía en fracaso escolar. Criterio A1 – Subtipo F98.8 [314.00]. DSM-IV. Ed. Masson. 1995. Palabras Clave: “ Déficit de Atención. Tratamiento psicoterapéutico” .

Resumen en Inglés

PSYCHOANALYTIC CONSIDERATIONS ABOUT THE DIAGNOSIS OF ATTENTION DEFICIT PSYCHOTHERAPEUTIC PROPOSAL Taking into account the increasingly used practice of prescribing medicine to children diagnosed as having Attention Deficit and its consequences related to personality structuration, in this work we make some considerations about aspects in common of clinical material analyzed in fifteen male children. Also, we put forward a psychotherapeutic treatment under research which was implemented in those patients derived, usually by education institutions, to our Center neurologically diagnosed as having Attention Deficit. Before the first psychological consultation, these children were on medication, but their parents stopped it, afraid of a pharmacological addiction. This criterion of no medication was maintained because children did not show any uncontrolled violent behavior harmful for themselves or others. The Attention Deficit complicated their learning process resulting in failure at school performance. Criterion A1 – Subtype F98.8 [314.00]. DSM-IV. Ed. Masson. 1995. **KEY WORDS:** Attention Deficit – psychotherapeutic treatment

Palabras Clave

“ Déficit Atención. Tratamiento

El interés por investigar acerca de la efectividad de un diseño psicterapéutico psicoanalítico desarrollado por nuestro equipo de trabajo, creado para la atención de niños diagnosticados con Déficit Atencional, deviene de las frecuentes consultas que se presentan en el Centro Interdisciplinario de Servicio de la Universidad Nacional de San Luis (CIS).

En Argentina algunos estudios recientes señalan que alrededor del 3,5% de la población en edad escolar ha sido diagnosticada y/o tratada por déficit atencional.

A pesar de ello, figura entre los trastornos más replanteados desde la práctica clínica. Consideramos que estas dificultades deben ser atribuidas a los efectos que provocan las perturbaciones emocionales en los procesos atencionales, especialmente las referidas a depresiones y estados persecutorios. Además resulta relevante destacar que los desarrollos que abordan esta casuística elaboran descripciones que circunscriben la problemática de lo atencional como un fenómeno global, en el que se excluye la implicancia del contacto con la realidad en función de las áreas, la modalidad relacional en que aparece y las fantasías que implican.

De acuerdo al DSM-IV, el diagnóstico se determina a partir de la confirmación de numerosos síntomas, entre ellos, los referidos a la atención insuficiente a detalles, dificultades para seguir instrucciones, organizar y finalizar tareas escolares, distractibilidad frente a estímulos irrelevantes perturbando la ejecución de actividades pautadas y lúdicas. Desde una perspectiva clínica, en los niños se observa con frecuencia entre otros síntomas, inhibiciones en distintas áreas de la vida diaria; trastornos en las relaciones interpersonales caracterizadas por una circularidad que lleva a la búsqueda inadecuada de aceptación – rechazo; fracaso escolar, etc.

Con frecuencia los problemas que conllevan al fracaso escolar son presentados por los docentes a los padres como déficit atencional y llegan a la consulta psicológica con posterioridad a la médica-neurológica y/o reeducativas.

El primer aspecto destacable es que los niños que consultaron en el CIS, por estos síntomas, son en su mayoría varones. En el centro en que atendemos entre los años 2000 y 2003, consultaron 111 niños (entre 5 y 12 años de edad) con diagnóstico neurológico de Déficit Atencional, de los cuales 75 eran varones. Por este motivo presentamos el análisis de 15 historiales clínicos de niños de sexo masculino que tenían entre 6 y 9 años de edad, que al momento de la consulta presentaban fuertes inhibiciones en sus posibilidades de ser y hacer.

En la casuística analizada se evidencia un largo camino de consultas realizadas desde muy corta edad y la pronta deserción de las alternativas de tratamiento. En su mayoría habían comenzado alrededor de los cuatro años con los primeros estudios neurológicos, derivación a fonoaudiología y la pronta dificultad en el aprendizaje que, en algunos casos, derivó en la inclusión en un grado especial. Allí terminaba su peregrinaje escolar, con un doble rotulo, el de “ falla” interna y el de “ desaprendiente” .

Cabe destacar que, en primera instancia, los motivos de consulta se debieron a dificultades de atención y de aprendizaje, detectados frecuentemente en el ámbito escolar. Las historias de vida reflejaban síntomas infantiles tales como terrores nocturnos, inhibiciones en el juego, dificultades para relacionarse con otros niños, para ser guiados, terquedad, marcada indiferencia frente a los otros, enuresis, robo, conductas masturbatorias persistentes, timidez, todo esto referido por los padres en un segundo plano. Hemos observado que los trastornos atencionales y las dificultades en el ámbito escolar, son instrumentados habitualmente como una carta de presentación al momento de la consulta. Por esto, cabe preguntarnos por qué estos síntomas son más fáciles de presentar, qué denuncian y qué ocultan.

Surge de lo expresado anteriormente los siguientes interrogantes: ¿cómo se conformó en la historia personal el deseo de incorporar, de aprender-no aprender?. Según Bleichmar (1997), cada bebé va constituyendo sus redes representacionales en relación con el funcionamiento psíquico de esos otros que lo rodean. Si los adultos pueden metabolizar sus pasiones, tolerar sus propias angustias y las del niño, crear en él la capacidad de autoapaciguamiento, despertar el deseo de conectarse y disfrutar con otros, le irán transmitiendo un modelo que le permitirá pensar, descentrarse, concentrarse, discernir y construir.

Si trazáramos una línea histórica en los materiales clínicos estudiados encontramos que, luego de la primera gran inspiración con el grito triunfante, primer paso de la dependencia fetal hacia el comienzo de la vida autónoma y lapso en que se inicia la esencia del desempeño narcisístico, en ésta se fue

obstruyendo de manera distintivo **la tarea de aprender**, encargada de sostener, hasta el final de la vida, la función estructurante del narcisismo para realizar dicha tarea sobre si mismo y sobre lo social. Cabe hacer notar que, tal como lo señala Rolla, (2000), en el devenir evolutivo, se encuentra un momento muy complejo, para el desarrollo en si y por ende para la capacidad de aprender: el Complejo de Edipo.

En el recorrido de las historias personales-relacionales pudimos observar que la impasibilidad, Indiferencia, falta de emoción, la Incapacidad aparente para sufrir del niños se conjugaba con la presencia de temores excesivos de la madre por la salud física de sus hijos, lo que las llevaba a sobreprotegerlos mediante cuidados extremos en lo relativo a sus movimientos, vigilancia permanente sobre su hacer y actitud desvalorizante de las capacidades. El niño se transformaba en el centro de preocupación de la madre, por lo cual frecuentemente dejaban su propio desarrollo personal quedando disimulados síntomas fóbicos y/o dificultades de separación e individuación. A modo de ilustración referimos uno de los historiales clínicos analizado, donde la madre cuenta que acompañaba a su hijo de ocho años hasta la escuela, a dos cuadras de su casa, cuando el niño entraba ella se escondía y pasaba la mañana observándolo en los recreos y en el aula detrás de la ventana.

Lo descrito se conjugaba con la ausencia del padre en su rol masculino dentro de la dinámica familiar, quien permanecía alejado, imparcial, indiferente al desarrollo de los hechos. Quedando prohibida la descarga de la agresión muscular y recepción de respuestas que le posibiliten establecer diferencias entre lo que es mamá y lo que es el otro objeto denominado papá y por ende la incorporación a los esquemas de aprendizaje de la diferencia de sexos. En otras palabras, la ausencia del objeto-padre, dificulta la creación de una situación triangular con características edípicas y con ello las posibilidad de que el niño pueda utilizar al padre para desarrollar modalidades expresivas que prefiere no ejecutar con la madre por la posibilidad de dañarla. La carencia de un padre debilita el sentimiento de existencia, el conocimiento del mundo externo y propicia la

realimentación de la simbiosis desde el objeto-madre, la erotización de la relación madre-hijo, e incrementa el sentimiento de desvalimiento y sometimiento a los deseos de la madre.

Si el padre siempre esta destinado a separar al hijo de la madre para ponerlo en contacto con el mundo social, en el mito, Layo separa a Edipo de la madre, según Rolla (Op. Cit.), para ponerlo frente a la posibilidad de morir solo, aislado, con los tobillos ligados por una cuerda, “ para que no camine” , en la casuística analizada el padre queda como observador pasivo casi al margen de la vida de su hijo. En cambio, Yocasta mete de vuelta a Edipo dentro de su matriz, a través de la fecundación. En nuestros casos a través de la sobreprotección y omnipresencia de la madre en la vida de estos niños.

Un padre que ve en su hijo la expresión de lo que es su virilidad y su fecundidad, le da desde el comienzo el valor de ser humano existente al igual que él mismo; la respetuosidad estaría representando lo que significa para un padre su triunfo narcisístico. Pero si el padre considera que su hijo es una amenaza para su narcisismo, éste se convertirá en un muro que no permitirá el esclarecimiento y por lo tanto obstruirá la objetivación de la realidad.

El síntoma problemas atencionales, dificultades de aprendizaje se convierte, dentro de la relación diádica madre-hijo, en el centro de atención que los une y a su vez los lleva a buscar a un tercero (representado en la diferentes consultas médicas, fonaudiológicas, pedagógicas, etc.) que los mire, los confirme, los atienda y de alguna manera les asegure un contacto social. Cabe preguntarse, con tanta asistencia profesional ¿qué atención falta?, ¿a qué se continúa indiferente?. Es a partir de estas preguntas que realizamos un diseño de abordaje psicoterapéutico en el que dispusimos un espacio de atención individual que se prolongaba durante al menos tres meses para posteriormente combinarse con psicoterapia psicoanalítica de grupos paralelos de hijos y de padres. Estas instancias fueron desarrolladas por diferentes psicoterapeutas.

El tratamiento individual se implementó por considerar que las dificultades se centraban en perturbaciones vinculares tempranas, según lo descrito: ausencia del padre en su rol masculino de corte frente a la simbiosis con la madre y respetar así la modalidad relacional dual. Recién a los tres meses de tratamiento, ya afianzada la relación, se complementó con la atención grupal.

El diseño psicoterapéutico propuesto, descrito detalladamente por Taborda y Díaz (2004) y por Taborda y Toranzo (2004) se caracteriza fundamentalmente por el trabajo en equipo de los terapeutas, lo que en sí mismo se convierte en un recurso psicoterapéutico, por estimular la proyección de ansiedades y fantasías primitivas que pueden ser más fácilmente contenidas en un grupo de trabajo. Así, la relación transferencial trasciende la relación dual, lo cual estimula procesos de proyección, identificación, separación, amplificándose las posibilidades de atención y recolección transferencial. A su vez, los terapeutas se sienten contenidos por el grupo de trabajo, lo que permite tolerar más fácilmente las identificaciones proyectivas recibidas. El equipo se configura como un objeto bueno que da la esperanza de restaurar la calma para poder pensar, lo cual se puede transmitir al paciente, que percibe la función continente del encuadre que proporciona el equipo con capacidad de revêrie. (Bion, 1963). Además, este trabajo de equipo y en grupos paralelos favorece la comprensión vivida de la histórica configuración del síntoma personal y transgeneracional, originada en la interacción de proyecciones-introyecciones y en las particulares combinaciones concientes-inconscientes que cada uno realiza de la experiencia vivida.

Los grupos psicoterapéuticos paralelos se constituyen simultáneamente, configurándose como soportes mutuos, dado que cada miembro de una relación establece una situación de complementariedad, y por ende si uno se modifica influye en el otro a partir del interjuego de las identificaciones proyectivas. Además, permite trascender el modelo centrado en la estructura individual y/ o familiar cerrada en sí misma para brindar un modelo exogámico donde cada integrante del grupo puede dar nuevas visiones, modelos relacionales que transforman las estructuras individuales.

Los grupos de padres se configuran como un grupo predeterminado en sus objetivos y tiempo, complementario del tratamiento del hijo, focalizado en el rol paterno/ materno. Los grupos de niños se integran con un terapeuta, un observador participante, y cuatro niños. En los mencionados, no existía una diferencia mayor de dos años, incluyéndose algunos que presentaban cierta impulsividad y otros que evidenciaban marcadas inhibiciones.

El seguimiento del funcionamiento de los grupos paralelos en supervisiones y seminarios permitió apreciar: -aproximaciones y divergencias en la evolución de ambos grupos; -semejanzas y/o complementariedades entre las características de personalidad, tipo de ansiedades y estilos defensivos de los padres y del hijo. A los efectos de cumplir con los objetivos propuestos, a continuación mostraremos brevemente, a partir de la interrelación de diversas sesiones, cómo se vincula el motivo de consulta con el modo en que se fueron configurando los síntomas en un niños que integraban uno de los grupos estudiados.

La madre que referimos precedentemente en este trabajo, consultó por inmadurez, lentitud, dificultades en el rendimiento escolar, de su hijo de ocho años, luego de un largo recorrido por distintos profesionales (fonoaudiólogo, psicopedagogo, neurólogo que lo medicó durante tres años por déficit atencional). El niño aceptó el tratamiento psicoterapéutico solicitando que se lo ayudara a ganar. En el grupo de padres su mamá mostraba su empeño solo en el cuidado de sus hijos y su familia, con un reducido contacto social acentuado por el desarraigo que tenía como data ocho años. Buscaba diferenciarse de las restantes integrantes describiendo detalladamente como era capaz de llevar adelante, sola, sin la colaboración del marido que trabajaba 14 o 16 hrs. diarias, una educación estricta en cuanto a hábitos higiénicos, orden, rituales religiosos en cada comida, cuidados en la salud. Con “ ingenuidad” contaba cómo en su familia actual compartían baños de inmersión, desnudos. **La sobreprotección se acompañaba de sobreestimulación sexual.** Frente a esto, el niño, se defendía con una actitud corporal de ignorar lo que pasaba a su alrededor, con una intensa inhibición que le

impedían jugar, y hablar. Cada vez que el niño tenía un conflicto con sus compañeros de grupo terapéutico adoptaba una actitud corporal con la que creaba un cerco al que nadie podía entrar. Con una gran tensión muscular, compenetrado en sus juegos que no compartía con nadie, parecía ignorar el resto y de ese modo se quedaba solo. La indiferencia se transformaba en un modo de defenderse, con ella cuidaba sigilosamente mantener a distancia a los otros llevándole gran parte de su energía. Las palabras eran remplazadas por miradas atentas que buscaban ser adivinadas en sus intenciones, su cuerpo rígido no admitía la entrada de nadie. Uno de sus compañeros, respetando la distancia que ponía, frecuentemente le decía, "si te quedas quieto perdes". Al trabajarse esto en el grupo, comenzó, paulatinamente a abandonar el silencioso, aislado y reiterado juego de químico en el que mezclaba sustancia, pudiendo compartirlo con otros y a defenderse de un modo más activo, lo que consecuentemente coincidió con modificaciones en su proceso de atención, por ende de memoria, posibilitándole un cambio sustancial en su rendimiento escolar. Lo expuesto se manifestó también en las sesiones de grupo al interesarse por juegos de mesa, especialmente el memotec, en los que frecuentemente podía ganar, como resultado del esfuerzo de la atención que prestaba en el intercambio con otros. Los cambios del niño en cuanto al rendimiento escolar tuvieron gran impacto en la madre, llevándola a valorarlo, a disminuir las excesivas preocupaciones en él depositadas y exigencias que signaban la relación. Por lo expuesto consideramos que la intervención terapéutica en grupos paralelos amplifica la función continente, de sostén que se requiere para contrarrestar la angustia desorganizante que tiñe los vínculos conflictivos entre padres e hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLEICHMAR, H (1997) “ *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*” . Barcelona. Paidós.

BION, W. (1963). “ Experiencias en grupos” . Buenos Aires. Paidós *Experiencias en Grupos*. Paidós.

FOULKES,S.H (1964) *Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo*. Buenos Aires. Paidós.

ROLLA,. E. H. Organizaciones de Personalidad. Ed. Lumen. Bs. As. 2000.

TABORDA, A. y Díaz, H (2004) “ Tratamiento Psicoterapéutico Individual y Grupal en Niños con Déficit Atencional” . Topia. Psicoanálisis, sociedad y cultura Psiconet (Red psi en internet)

TABORDA, A. y TORANZO, E. (2004) “ Del Diagnóstico Individual al Tratamiento Grupal de Grupos Paralelos de Padres e Hijos” . Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y del Adolescente. Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.

TORRAS DE BEA, EULALIA (1996) *Grupos de hijos y de padres*. Barcelona. Paidós.