

Niños con déficit atencional: estudio psicoanalítico sobre modalidades relacionales.

Díaz, Daniel y Taborda, Alejandra.

Cita:

Díaz, Daniel y Taborda, Alejandra (2005). *Niños con déficit atencional: estudio psicoanalítico sobre modalidades relacionales*. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/111>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/ShV>

NIÑOS CON DEFICIT ATENCIONAL: ESTUDIO PSICOANALÍTICO SOBRE MODALIDADES RELACIONALES.

Lic. Daniel Díaz; Dra. Alejandra Taborda
Universidad Nacional de San Luis - Facultad de Ciencias Humanas

Resumen

Con el propósito de brindar nuevos aportes a la comprensión del trastorno de Déficit Atencional, a partir de esclarecer qué expresa el síntoma en el devenir histórico de un sujeto y en la dinámica familiar, en este trabajo nos proponemos presentar un estudio del material clínico analizado en niños de sexo masculino que arribaron a la consulta psicológica a posteriori del diagnóstico neurológico. El material clínico analizado se recogió a partir del diagnóstico individual y fue enriquecido por la producción registrada en la atención psicoterapéutica de grupos paralelos de niños y de padres, de un año de duración, realizada en el Centro Interdisciplinario de servicios de la Universidad Nacional de San Luis (CIS). Las historias de vida reflejaron sobreprotección, ausencia de la figura paterna, duelos familiares, síntomas infantiles tales como terrores nocturnos, inhibiciones en el juego, dificultades para relacionarse con otros niños, etc. Se destaca que los síntomas de inhibición o hiperactividad están vinculados a la modalidad relacional de la dinámica familiar. Hemos identificado tres grandes grupos que denotan una singularidad dinámica relacional estimulando una estructuración subjetiva determinada.

Palabras Clave

Déficit - Atención - Modalidad - Relacional

Abstract

ATTENTION DEFICIT DISORDER IN CHILDREN: A PSYCHOANALYTICAL STUDY ON RELATIONAL MODALITIES. With the object of contributing to a better understanding of Attention Deficit Disorder through the analysis of what this symptom expresses in the evolution of a subject's history and in the family dynamics, this work deals with the study of clinical material from male children treated psychologically after a neurological diagnosis. The clinical material was gathered from individual diagnosis and enhanced by the psychotherapeutic treatment records of parallel groups of children and parents carried out in the Interdisciplinary Center of Services of National University of San Luis for one year. Life histories reflected overprotection, absence of fatherly figure, family bereavement, children symptoms such as night terrors, inhibitions about playing, difficulties in socializing with other children, etc. Symptoms of inhibition or hyperactivity were related to relational modality of family dynamics. Three large groups denoting a singularity in the relational dynamics which stimulates a determined subjective structuration have been identified.

Key words

Attention - Deficit - Relational - Modality

DESARROLLO

El Déficit Atencional (Con/Sin Hiperactividad) es una dificultad escondida. No tiene marca física que lo registre. Los estudios que realizamos en el Centro Interdisciplinario de Servicios (CIS) - Servicio de Psicología, Fac. de CC Humanas, UNSL - centro en el que atendemos, entre los años 2000 y 2004, consultaron 139 niños (entre 5 y 12 años de edad) con diagnóstico neurológico de Déficit Atencional, de los cuales 118 eran varones. Por esta razón analizamos los historiales clínicos de niños de sexo masculino que tenían entre 6 y 11 años de edad. En el fluir constante de los hechos de conciencia, nada se distingue hasta que no se atiende, es decir hasta que no se recorta en la continuidad de la corriente algo que voluntaria o involuntariamente se detiene en ella. Tal como lo señala Taborda (2002) junto con el modo, el acto de atender es el primer paso hacia el conocimiento y por consiguiente la avanzada de la inteligencia. Pero su origen es muy primario, pues el atender, obedece a los reclamos vitales más profundos, al elemental discernimiento de lo útil o lo nocivo en relación con la defensa instintiva de la vida.

Si pensamos en la situación familiar como la matriz del psiquismo del niño, quizás encontraremos que pueda haber problemáticas vinculares que expliquen el trastorno, tal vez el niño presenta un cuadro posiblemente maniaco, frente a una madre que inconscientemente lo rechaza, y lo priva de lo indispensable para su desarrollo. Quizás la problemática esté en el vínculo con el padre quien ataca inconscientemente el vínculo con la madre, ... y las combinaciones pueden seguir.

También podría ser posible, que el modo de relación con las figuras primarias en la primera infancia determinen el estilo con el que el niño se relacione con el mundo circundante, en los que la norma sería que el sondeo sea breve y se evite el demorarse; podría ser además que este estilo de exploración impulsiva sea el que dirija al niño que vive en un ambiente menos respondedor o menos estimulante.

Como muestran los estudios de los últimos veinticinco años, (Malher, 1967; Winnicott, 1987; Brazelton y Cramer, 1993; Abrahamsen, 1993) la evolución intelectual y la capacidad de aprendizaje, del mismo modo que la evolución social y el equilibrio emocional, se generan en la matriz de la interacción entre el niño y su entorno, habitualmente los padres o quienes cumplen esta función. De esta relación surgen los estímulos imprescindibles para que el niño pueda organizar su mente, construya su relación con la realidad exterior y las bases de su capacidad de aprender. Desde esta perspectiva las conductas observables de inhibición (desatención) y la impulsividad (hiperactividad), están vinculadas a una matriz relacional, y, no necesariamente tiene un correlato anatómico patológico.

Hemos encontrado ampliamente desarrollado en la bibliografía vigente que se refiere al diagnóstico neurológico de Déficit Atencional, una fuerte tendencia a reunir un número de conductas observables, rotularlas bajo un cuadro patológico QUE NO REFLEJA LO QUE LE SUCEDE AL NIÑO y así justificar una modalidad de intervención medicamentosa que posibilite corregir la conducta desatenta y/o impulsiva.

En este sentido cabe señalar lo riesgoso de la corrección de la conducta, dado que el síntoma en sí mismo tiene una función en el equilibrio psíquico; y además, consideramos que sería pertinente profundizar las investigaciones actuales en términos

de comprender los aspectos subjetivos y modalidades relacionales que favorecen el desarrollo del síntoma. Lo que a su vez nos permitirá poder ofrecer abordajes psicoterapéuticos adecuados.

Es por ello que avocados a desentrañar la peculiaridad del síndrome hemos identificado tres grandes grupos que denotan una singularidad dinámica relacional estimulando una estructuración subjetiva determinada:

- Niños con serias dificultades de INHIBICIÓN. Con Diagnóstico neurológico de DÉFICIT ATENCIONAL: La indiferencia paterna, conjugado con temores excesivos de las madres por la salud física de los niños, las lleva a sobreprotegerlos mediante cuidados intensos con respecto a sus movimientos, vigilancia extrema sobre su hacer, actitud desvalorizante de las capacidades, preocupaciones, sobreestimulación sexual que esconde el exhibicionismo. Los niños de este grupo tienen la tendencia tanto a la desinversión como a un estado de alerta permanente, la fantasía de detención del tiempo los lleva a que reaccionen demasiado tarde, a destiempo. La desinversión los conduce a no estar atentos a lo que pasa en el mundo, las situaciones les suceden sin que puedan poner en marcha la angustia señal.
- Niños cuya modalidad es alternante: INHIBICIÓN - IMPULSIVIDAD: Los secretos familiares en relación al origen marcan la vida de estos niños. Más frecuentemente hemos observado este síntoma cuando el ocultamiento se refiere al desconocimiento de quien es el progenitor masculino y/o a la presentación de otro hombre como padre biológico. La madre manifiesta un gran temor de que este niño sea como su progenitor. El vínculo materno es en base a una identificación proyectiva con el hijo a partir de una sobre inversión patológica con el padre del mismo. Esto las lleva a desconocer su historia y quebrar los soportes identificatorios, la libido no puede ser ligada, no hay mundo representacional a construir. La prohibición de inscribir determinadas representaciones porque son "similares a" no dan lugar a que se respeten como posibilidades propias del niño, éste se pierde en la nebulosa de no saber quién es, de donde viene. Se los impulsa a la anestesia, parece que tuvieran una parte muerta y que necesitan ser sacudidos. Suelen buscar el peligro, jugar con la posibilidad de un accidente, golpearse contra el mundo buscando sensaciones "fuertes". La sensación de estar vivos-muertos promueve la alternancia de inhibición-impulsividad, predominando un estado de sopor, sin conciencia, en el que no pueden anticipar situaciones posteriores.
- Niños cuya modalidad es la HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD: El ambiente de desarrollo de estos niños se ha caracterizado por constante ansiedad, durante los primeros meses o año. Las historias clínicas muestran que desde pequeños aparecen perturbaciones en el sueño, los padres frecuentemente refieren que el "niño no podía dormir ni una hora seguida", que "no dormían ni de día ni de noche", que "sólo dormían en brazos". La ansiedad, la irritación y el cansancio dominan la situación, los padres no consiguen calmar al niño y la experiencia se vuelve desorganizadora. La función de *holding* que refiere Winnicott, en estas figuras paternas no es facilitadora, en el niño, de la capacidad de estar a solas. El enfriamiento y la distancia emocional para tomar contacto con el niño se convierten en "no organizadores". Es común encontrar en las madres depresión subclínica o depresión abierta y hallarse emocionalmente bloqueada, amílica, incapaz de involucrarse en la relación con el hijo, de responderle y atenderlo. Coincidimos con Murray, en que son madres que están ausentes a su niño que está presente. Del mismo modo las madres con un fondo obsesivo, que cuidan muy bien del niño en cuanto a su higiene y alimentación, pero emocionalmente se vinculan muy poco con él y apenas se comunican. Es importante mencionar que nosotros hemos registrado dos modalidades de violencias sobre estos niños: conductas violentas y conductas abusivas, sobre el cuerpo del niño. Con

esta modalidad relacional la patología que desarrolla el niño es severa. Sobre todo porque la sobreestimulación sexual es realizada directamente sobre el cuerpo del niño y no por observación como en el caso de los niños con inhibición.

Como denominador común de los tres grupos que caracterizamos podemos referir la presencia de duelos familiares vividos a corta edad del niño.

CONCLUSIÓN

Destacamos la importancia de ahondar en el diagnóstico y no quedarse circunscrito a los diagnósticos "sintomáticos". Apuntando siempre a una mayor integración entre lo biológico y lo dinámico, pivoteando entre los distintos paradigmas. Es cada vez mayor la preocupación, así lo manifiestan miembros de la SAP y del Centro de Estudios sobre Déficit Atencional Infantil, acerca del abuso del metilfenidato (Ritalina). Ya en 1990, Jacobitz et al, comunicaba que según sus estudios los psicoestimulantes son agentes poderosos para reducir la conducta de hiperactividad en el corto plazo; pero en el largo plazo, tienen poco impacto en la evolución del cuadro en la mayoría de los niños a quienes se prescribe esta medicación.

BIBLIOGRAFIA

- Barkley, R.A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A.(1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull.* 121: 65-94
- Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Ed. Paidós. Bs. As.
- Bleichmar, H. 1998. *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Cordes, M.; MacLaughlin, T. F. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and rating scales with a brief review of the Conners Teacher Rating Scale (1998). *International Journal of Special Education* 2004, vol. 19, Nº 2.
- Faraone, S.V.; Sergeant, J.; Gillberg, C.; Biederman, J. La prevalencia a nivel mundial del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿es éste un trastorno típico de Estados Unidos?. *World Psychiatry* (Ed. Esp.) 2:1; 104-113, octubre de 2003.
- Jacobitz D., Sroufe L., Stewart M. & Leffert N. (1990) Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with sympathomimetic drugs: A comprehensive review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 677-688.
- Murray, L. 1993. "The Roots of Infant Cognition in Early Relationships: A Prospective Study of the Impact of Maternal Depression on Infant Cognitive Development". *Making Links, how children learn*. Oslo, Yrkeslitteratur AS.
- Narbona, J. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados, o sociedad maltrecha? *Revista Neurología*. 2001; 32(3):229-231.
- Pereyra C. (1991). *Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual*. Ed. Salerno. Bs. As. Argentina.
- Taylor E. (1994a) Syndromes of attention deficit and overactivity. In Rutter E., Taylor E. & Hersov L. *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (3rd ed). Oxford England: Blackwell.
- Taborda, R. A. 2002. *La capacidad intelectual en niños de 4 a 6 años. Diagnóstico de su Dinámica*. Estudio Clínico del WPPSI, DFH y BG. Ed. Lumen . Bs. As.
- Torras de Bea, E. 2002. *Dislexia en el desarrollo psíquico: su psicodinámica*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Torras de Bea, E. 1996. *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Paidós. Buenos Aires.