

UNA REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE DÉFICIT ATENCIONAL EN LA NIÑEZ

ESTUDIO DESCRIPTIVO Y PROPUESTA TERAPÉUTICA

Alejandra Taborda[•]
Daniel Díaz[◦]

Introducción

Nuestra práctica clínica, desarrollada en el ámbito público y privado, nos ha demostrado que el mayor número de consultas por niños, especialmente varones, son solicitadas por dificultades de aprendizaje y frecuentemente se acompañan de diagnóstico previo de Déficit Atencional con o sin hiperactividad. Generalmente es la escuela, en principio, quien “descubre”, diagnostica y rotula.

Hemos podido observar que esta categoría nosológica engloba las más diversas problemáticas que quedan acalladas, ocultas bajo este amplio rótulo. A los efectos de dar cuenta de esta situación, señalamos que entre los años 2000 y 2004 en el Centro Interdisciplinario de Servicios de la Facultad de Ciencias Humanas -Universidad Nacional de San Luis-, centro de atención pública en el que trabajamos, consultaron 139 niños (entre cinco y doce años de edad) con diagnóstico neurológico de Déficit Atencional, de los cuales 118 eran varones.

Las investigaciones recientes avalan nuestros registros al señalar que entre el 1% y el 18% de la población padece del síndrome de Déficit Atencional. La relación según el sexo establece mayor prevalencia en varones que en mujeres, de 1:3 a 1:6 y hasta 1:9. Las diferencias tan significativas en los porcentajes mencionados pueden ser atribuidas a los distintos criterios diagnósticos empleados (*DSM-III*; *DSM-IV*; *CIE-9*; *CIE-10*), los métodos, las fuentes de información y el tipo de estudio. Narbona (2001) señala que el entorno poblacional o clínico

• Docente titular de Psicología Educacional, Facultad CCHH. Psicóloga clínica. Directora del Proyecto de Investigación CyT Universidad Nacional de San Luis 22/H234: “Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo”.

◦ Docente jefe de Trabajos Prácticos de Psicología General. Psicólogo clínico. Integrante del Centro Interdisciplinario de Servicios, Servicio de Psicología, Facultad CCHH. Integrante del Proyecto de Investigación CyT Universidad Nacional de San Luis 22/H234: “Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo”.

del que se extraigan las muestras, las referencias socioculturales y la existencia de particulares factores de riesgo neurobiológico y psicosocial son factores que pueden contribuir a la variabilidad en la prevalencia consignada.

Lo descrito se torna aún más preocupante considerando que, frente a este rótulo, la implementación de medicación como modo de tratamiento es cada vez más habitual. En la actualidad han trascendido las posibilidades económicas para adquirirla, dado que algunos planes de salud pública la han incorporado, tornándose cada vez más accesible su adquisición y, además, se ha extendido su indicación de niños hiperactivos a aquellos que presentan inhibiciones, olvidándose que frente a cualquier preocupación, perturbación o trastorno la primera función que sufre alteración es la atención.

Estamos convencidos de que todo diagnóstico debe tener en cuenta, al menos: las configuraciones propias que trae el sujeto desde el nacimiento; el contexto familiar en el cual se ha desarrollado; las experiencias vividas; la impronta que consciente/inconscientemente estas vivencias dejan grabada en la interrelación y las múltiples combinaciones que de ella surgen; el momento evolutivo por el cual transita; las características de normalidad para la edad y el medio en que se desenvuelve. A su vez los parámetros descriptivos de normalidad son solo una guía que señala patrones y grados de patología, de alteración; pero la comprensión del síntoma solamente será factible en la medida en que se tenga en cuenta la relación entre la conducta externa, observable, comunicable y el mundo interno simbólico.

Frente a esta realidad nos preguntamos: ¿por qué el Déficit Atencional ha tomado tal dimensión de popularidad en el ámbito de la educación y de la salud?; ¿todos los niños que reciben el diagnóstico de Déficit Atencional lo padecen, o solo se trata de niños que no atienden a lo que el adulto requiere?; ¿qué esconden y qué develan los problemas de aprendizaje?; ¿son problemas de aprendizaje o de fracaso en el rendimiento escolar?; ¿las perturbaciones están en el niño, en las instituciones o en el encuentro entre lo individual, lo dual y lo grupal?

Guiados por estas preguntas, nos abocamos a realizar un primer estudio descriptivo de historiales clínicos de niños de sexo masculino de seis a once años de edad, de escasos recursos económicos, no mutualizados, que consultaron en el Centro Interdisciplinario de Servicios de la Universidad Nacional de San Luis, con un diagnóstico neurológico, previo a la consulta psicológica, de Déficit Atencional. A partir de esa descripción señalaremos algunas de las características de la modalidad vincular que pudo registrarse como recurrente en los historiales analizados.

Marco teórico

Si se plantea la atención como una función que forma parte de un conjunto sistémico e interdependiente de las funciones psicológicas (lenguaje, memoria, razonamiento, entre otras), entonces cuando se presenta alguna alteración o desarrollo insuficiente en alguna de ellas, se afectará en mayor o menor medida las otras, tanto en la esfera cognoscitiva como la afectiva-emocional.

Podemos entender la atención como una actividad psíquica compleja, que es la conciencia misma, selectivamente aplicada a la captación diferencial de los objetos y que permite conocerlos. 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 señalamos en escritos anteriores (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. La atención es, pues, en su forma esencial y primigenia, una expresión afectiva.

Al respecto, Brazelton y Cramer (1993) demostraron la importancia de que el adulto sea especialmente sensible a los breves ciclos de atención (contacto)/desatención (retraimiento) que necesita el bebé para mantener una interacción prolongada. Es precisamente este carácter cíclico del atender/retraerse lo que les permite conservar cierto control sobre la cantidad y calidad de estimulación que absorben al comunicarse con otro. También Meltzer y Bion han puesto el acento en la función de la madre como objeto pensante y en la noción de que el funcionamiento mental materno construye un andamiaje de significación para las primitivas experiencias infantiles. La falla de *rêverie* -en su estado extremo- es la descrita en los niños autistas: en el vínculo entre un niño muy sensible y una mamá que no puede sostener su atención y ayudarlo a atravesar el conflicto estético, transformando el bombardeo de estímulos en experiencias de las que se puede aprender. La atención es el timón que guía el órgano de la conciencia en el fértil mundo de las cualidades psíquicas. El mecanismo a través del cual se produce el desmantelamiento en los estados autistas involucra un "dejar caer" la atención (Meltzer, 1975). Si bien los bebés traen en su dotación innata la facultad de percibir, "*gestalten*", la atención como función mental en un comienzo la provee la madre: la conducta de la madre conectada es lo que primero "tira", sostiene

la atención del bebé. La atención “suspendida” se relaciona con el fracaso para sostener a un bebé muy sensible, para que este pueda “prenderse” a la atención de la madre y afrontar “la complejidad del mundo”, incluidas sus propias emociones y sensaciones.

Los estudios aplicados demuestran que inmediatamente después de nacer, el bebé sano es capaz -aunque sea de forma incipiente- de realizar funciones tan fundamentales como: la atención (fija su mirada en objetos cercanos a su vista), la diferenciación y elección (entre otros objetos y voces, mira selectivamente hacia el rostro humano y gira su cabeza hacia la voz materna), y la integración de experiencias y aprendizajes (muy pronto reconoce las situaciones que ya ha vivido anteriormente). Estas capacidades se desarrollan en la matriz de la interacción con las personas de su entorno encargadas de presentar el mundo al bebé y el bebé al mundo. Su vista y su oído se ligan a los estímulos visuales y auditivos, especialmente aquellos que se vinculan con experiencias emocionales, que llaman su atención y despiertan su interés y motivación.

Coincidimos con Pereyra (1991), quien expresa que: *“En el hombre en los distintos grados de su desarrollo evolutivo e individual, la atención -a través de sus formas espontánea y voluntaria- trasunta la prevalencia de los factores afectivos e intelectuales, sin que jamás se pretenda desconectar lo uno de lo otro”*. Con ello queremos enfatizar que es la interrelación dinámica entre lo afectivo y lo intelectual lo que hace posible el desarrollo, el conocimiento de sí y de los otros.

Como muestran diversos estudios de los últimos veinticinco años (Malher, 1967; Winnicott, 1987; Brazelton y Cramer, 1993; Abrahamsen, 1993, entre otros), 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. 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) tienen su génesis y desarrollo en un espacio intersubjetivo, y no necesariamente guardan un correlato anatomopatológico. Cabe mencionar que la orientación de la acción, es, ante todo, un propósito que “se dirige hacia el futuro”, se vincula con percepciones, con deseos, y así como el deseo lleva implícito un recuerdo, el propósito incluye un afecto.

Torras de Bèa (2002) señala la importancia de tener en cuenta la clínica, ya que *“quienes investigan la vertiente neurológica, profusamente estudiada desde*

los distintos campos de esta especialidad, parecen desconocer las importantes investigaciones de los últimos veinte años sobre el desarrollo mental pre y posparto. [...] Además, parecen desconocer también las condiciones y los factores que estimulan o interfieren el desarrollo de la mente y de sus funciones" [...] "La investigación clínica muestra que los problemas de aprendizaje, en general, están en la mente. Como así también las capacidades -las competencias- que permitirán el delicado desarrollo intelectual y de la personalidad".

Desde la embriología hay un tiempo determinado para el desarrollo de cada órgano y, si esto no ocurre dentro del período destinado, ya no lo hará o lo hará deficitariamente, en psicología sucede algo parecido: la clínica muestra que funciones que no se desarrollaron en la franja de tiempo destinada a ello, ya no lo harán o, frecuentemente, serán deficitarias y tendrán limitaciones que, además, dejarán secuelas en todos los desarrollos que dependen de las mismas.

Para analizar el material clínico nos apoyamos también en los aportes de Bleichmar (1997), quien señala que en diferentes marcos teóricos se explica la importancia del espacio intersubjetivo en la configuración de las funciones yoicas y superyoicas, pero da un paso más allá al consignar que el desarrollo de la función deseante tiene su génesis e historia en las relaciones con los otros. Así, en la estructuración del ello los procesos de identificación y las modalidades vinculares tienen un rol protagónico.

Asimismo, y en concordancia con esta línea de pensamiento, es necesario referir que para arribar a la complejidad del inconsciente, se debe distinguir entre: lo secundariamente constituido; lo originariamente inconsciente; lo no inscripto en el inconsciente, lo no constituido.

Lo secundariamente constituido: corresponde a aquello que, habiendo estado en la conciencia, fue relegado al inconsciente por la angustia que producía su permanencia. Descrito por Freud desde los comienzos de su obra: los deseos sexuales y hostiles que entraban en contradicción con las representaciones "oficiales" del sujeto y que, por ello, eran apartados de la conciencia.

Lo originariamente inconsciente: lo que nunca estuvo en la conciencia, pero se halla activo en el inconsciente. Es lo que se inscribe en un momento determinado en el psiquismo y lo hace directamente en el inconsciente, sin que haya mediación consciente. Gran parte de los intercambios emocionales/pulsionales entre el sujeto y sus otros significativos tienen esta cualidad de ser originariamente inconsciente y fundante del inconsciente. Se trata de inscripciones generadas por la acción de otro que trasmite al sujeto ciertas

representaciones cargadas de afecto, sin que lo transmitido haya pasado por la conciencia de uno ni de otro protagonista.

Lo no inscripto en el inconsciente, lo no constituido: Bleichmar señala que el código de peligro produce la no inscripción de ciertas representaciones del código de placer. Los sujetos, para quienes el mundo fue registrado como peligroso y ellos como impotentes, no tienen inscripción de representaciones de los objetos como apetecibles, protectores y la representación de sí como valiosa ni siquiera está reprimida. Es muy diferente que el cuerpo sea para el sujeto objeto de deseo y que por culpa o persecución-conflicto lo reprima y funcione como si no existiera, de cuando no se ha inscripto.

Desde este paradigma teórico, se requiere no solo que el medio sea facilitador, sino también proveedor: que aporte lo que sin él no existiría. El ello, como núcleo inicial innato, requiere ser desarrollado; su energía no está limitada a la que tuvo en sus orígenes, sus formas de manifestación no están preformadas para luego simplemente desplegarse o reprimirse. Lo que está en el otro adquiere existencia en el sujeto a partir de dos procesos básicos: la identificación y los efectos estimulantes/estructurantes que su actividad genera en el psiquismo. Tales efectos quedan registrados no solo como recuerdo sino como función, como capacidad de poner en acto, de ejecutar una cierta actividad.

El psiquismo se estructura en el interjuego de las propias combinaciones que el inconsciente va configurando en relación con lo vivido en el espacio intersubjetivo. La autoestima, la capacidad de apaciguamiento, la capacidad deseante, las modalidades de desear y contenidos temáticos de los deseos, la dominancia, concordancia y contradicción entre los deseos, el sistema de alerta, el tiempo de espera de la resolución del displacer, la angustia de desintegración y fragmentación, los triunfos y avatares edípicos, son estructurados en dicho interjuego y tallan una modalidad particular de atender/atenderse, pensar/pensarse.

Desde nuestros estudios clínicos, hemos encontrado frecuentemente que el diagnóstico neurológico de Déficit Atencional se instrumenta como un rótulo que no refleja lo que le sucede al niño y pretende justificar una modalidad de intervención medicamentosa que suele corregir la conducta desatenta y/o impulsiva. En este sentido cabe hacer notar lo riesgoso de la corrección de la conducta, dado que el síntoma en sí mismo tiene una función en el equilibrio psíquico.

Consideramos que sería pertinente profundizar las investigaciones actuales en términos de comprender la significación del síntoma en la vida de cada niño, lo que a su vez permitirá una mejor comprensión diagnóstica a partir de la cual delinear abordajes psicoterapéuticos adecuados. El diagnóstico diferencial puede constituirse en sí mismo en la primera acción terapéutica, en la medida en que abra, en el aquí y ahora, un espacio para historizarse. En ese sentido, permitirá la captación del interjuego entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, entre la fantasía inconsciente y la realidad; y cómo a partir de ella se fue armando su particular manera de atender/desatender, así como qué significado adquieren esas particularidades para el niño y para los otros. En tal sentido, cabe resaltar la valiosa contribución de Janin (2004) en tanto sostiene una posición crítica respecto de esta problemática.

Es por ello que, abocados a brindar otra lectura hemos descrito tres grandes grupos que denotan una singular dinámica relacional que estimula una estructuración subjetiva distintiva. Como denominador común de los tres grupos que caracterizamos, podemos referir la presencia de duelos familiares vividos a corta edad del niño.

A. Niños con fuerte *inhibición*, con diagnóstico neurológico de *Déficit Atencional*

Los historiales clínicos analizados denotan que la inhibición puede responder a diversas causas: tristeza crónica o reactiva por duelo reciente, temores intensos que los lleva a una tensa vigilancia, procesos de retraimiento o repliegue al mundo interno.

El estudio de las historias de vida de los niños que manifiestan indiferencia, falta de emoción e incapacidad aparente para sufrir también denotan diferentes modalidades vinculares. En primer término describiremos aquellas en que la indiferencia paterna signa el espacio intersubjetivo, conjugado con temores excesivos de la madre, quien se ocupa de las necesidades del niño y de llevar a cabo, desde muy temprana edad, un amplio recorrido de consultas médicas.

Los profesionales de la salud consultados se convierten en testigos de las dudas respecto de su propia capacidad de cuidar, de crear, de los intentos de huir del fantasma de lo dañado, de la incompletud proyectada en el niño. La consulta médica se busca como una compañía transitoria que apacigüe momentáneamente la angustia, es un tercero que no logra constituirse como tal.

En otras palabras, para la madre, la preocupación por la salud física del niño es el lenguaje privilegiado, el punto de encuentro-desencuentro, lo que la lleva a sobreprotegerlos mediante cuidados intensos con respecto a sus movimientos, vigilancia extrema sobre su hacer, actitud desvalorizante de las capacidades, convirtiéndolos a su vez en el centro de sus preocupaciones, como expresión de las marcadas dificultades para separarse. Cualquier alejamiento es vivenciado como abandono que, frecuentemente, impulsa a la madre a dejar su propio desarrollo personal.

Recordemos que ya Freud señaló que solo la conciencia primaria, o sea las sensaciones, son investidas automáticamente, pero para que haya registro de cualidades, de matices, se debe diferenciar estímulo y pulsión (Chiozza, L., *La Conciencia*, 2003), función poco probable con una madre sobreprotectora que no permite la discriminación de estímulos y la conducción autónoma de sí mismo.

Quizá sea ilustrativo mencionar cómo lo dice un niño. Para contar su motivo de consulta dibujó un auto y dijo: “Este soy yo, el motor y el chofer es mi mamá”.

Hemos podido observar que los niños de este grupo tienen una tendencia tanto a la desinvestidura, como a un estado de alerta permanente; la fantasía de detención del tiempo los lleva a que reaccionen demasiado tarde, a des-tiempo. Corporalmente están muy tensos y la quietud, la pasividad, es una manera de lucha. Se puede observar un repliegue narcisista con la construcción de una coraza antiestímulo omniabarcativa, donde el aburrimiento es la manera privilegiada de manifestar la angustia.

En la producción gráfica y verbal hemos podido registrar, en estos niños, fuertes procesos de disociación mente-cuerpo, mecanismo favorecido por los aspectos fóbicos de sus madres, donde la conexión con sus hijos es a través de sus funciones más elementales: temerosos cuidados por la integridad física, restricciones excesivas de los movimientos corporales, impedimentos para desplegar relaciones interpersonales extrafamiliares. El intenso temor a la muerte del niño lleva a una comunicación en términos de “cuidado con...”. El retraimiento es expresión de la relación que no ha dado lugar a desarrollar la confianza básica que les permita competir, estar con otros, conducir sus propios actos.

La imagen del sujeto como débil, en peligro, y del mundo como amenazante, frente al cual tiene que estar siempre en guardia, crea un sentimiento

básico de angustia que eclosiona y lo constituyen con un déficit en la consolidación del sentimiento de confianza básica. La atención quedó absorbida por la duda respecto del puedo/no puedo, soy capaz/incapaz y por los sentimientos de inadecuación en los que madre e hijo luchan infructuosamente.

Lo expuesto nos lleva a priorizar, en estos niños, el déficit primario de narcisización ya sea por fallas en los padres en especularizar al hijo como valioso, o por identificación del sujeto con padres que guardan una imagen desvalorizada de sí mismos. Siguiendo con lo señalado por Bleichmar, cabe referir que, en los sujetos para quienes el mundo fue registrado como peligroso y ellos como impotentes, no hay una represión de la representación de los objetos como apetecibles, protectores y la representación de sí como valiosa, sino que directamente no se han inscripto, tal como se refirió previamente. El afecto no está reprimido sino que se halla abortado en su desarrollo.

En términos diagnósticos, consideramos importante diferenciar la profundidad de la patología a partir de comprobar si se guarda cierta conciencia de enfermedad y se constituye la conflictiva edípica o, en su defecto, se liga con momentos previos del desarrollo.

Cuando la inhibición es la expresión de una conflictiva que dificulta el desear y con ello la rivalidad y las posibilidades de ir constituyendo la masculinidad, el dilema puede devenir en problema y hacerse pensable. Un niño que por fracasos reiterados en la escuela había sido derivado a segundo grado especial lo expresó de este modo: "Todo me sale mal... tengo miedo... no puedo ganar". Recordemos que, cuando el pensar y el hacer es peligroso y deja impotente, el mundo puede tornarse poco deseable.

En cambio, cuando la inhibición se instala por déficit en la constitución misma de la capacidad deseante, nos encontramos con niños que tienen un fuerte sentimiento de vacío, con fallas muy primarias en los procesos de identificación; la lucha ni siquiera se inició. Frecuentemente han vivido lejos de una figura paterna y han sido recibidos en el mundo por una madre indiferente, distante emocionalmente, generalmente deprimida. Ya Brazelton y Cramer, en busca de comprender los efectos de la depresión u otras enfermedades que dificultan el contacto emocional, la comunicación, investigaron empíricamente las reacciones de los bebés frente al "rostro inexpresivo" de la madre y describieron la siguiente secuencia de conducta: desvío de la mirada, seguido de expresión sombría y retraimiento. Los resultados obtenidos demuestran cuán vulnerables son los bebés frente al fracaso por conquistar una expresión comunicativa, así como también que, tras los esfuerzos y protestas

iniciales, caen en estados de autoprotección. En primer lugar, tratan de evitar la necesidad que tienen de mirar a la madre, luego procuran cancelar por completo el medio que los rodea y, por último, ensayan las propias técnicas para autoconformarse.

En los historiales de niños que sufren severas inhibiciones, hemos registrado sobreestimulación sexual a partir de modalidades de vida asentadas sobre la naturalidad de la exposición del cuerpo desnudo y colecho hasta edades avanzadas. Este exceso de estimulación permanente dificulta la discriminación y la investidura de atención con relación al mundo. Previamente, referimos también que la inhibición y las dificultades de atención aparecen como condiciones necesarias en un proceso de duelo.

Cabe destacar que en el Centro Interdisciplinario de Servicios entre los años 1999 y 2004, no hemos recibido consultas de niñas que pudiéramos incluir en este grupo. Al respecto, nos preguntamos: ¿La incidencia de consultas de varones con este trastorno estará sustentada en el fracaso de una modalidad, esperable, activa/intrusiva de los niños, y queda más fácilmente disimulada en las niñas tras modalidades pasivas?

B. Niños cuya modalidad es alternante: *inhibición-impulsividad*

El estudio de los historiales clínicos pone en evidencia que, desde edad muy temprana, el niño es el representante de relaciones previas sumamente ambivalentes para uno o ambos progenitores. Los pasajes de la idealización a la persecución, de la esperanza de vida al temor a la muerte, son bruscos, y la desmentida se convierte en un modo privilegiado de comunicación/incomunicación, ya desde la vida intrauterina. El movimiento del bebé es buscado como prueba de vida y simultáneamente interpretado en forma fantasmática.

La historia de vida de un niño de tres años, que llega a la consulta medicado desde hacía seis meses posibilitará clarificar lo expuesto. Sus progenitores no lo esperaban porque su padre había sido operado de un tumor en uno de los testículos y había recibido rayoterapia, por lo que temían que naciera con alguna anomalía. Su concepción fue entendida como el milagro que comprobaba la completud paterna, pero los temores eran permanentes y no los dejaban dormir. Durante su gestación, trataban de estimular sus movimientos, pero inmediatamente sentían una enorme angustia frente a ellos, más aún durante la noche cuando se movía espontáneamente. La relación postnatal se continuó con una modalidad ambivalente extrema signada

por bruscos pasajes de indiferencia a sobreestimulación y sobreexigencia; el niño permanentemente tiene que dar cuenta en forma prematura del cumplimiento de las pautas madurativas de desarrollo y, si bien caminó a los 10 meses y habló tempranamente, en la actualidad se chupa el dedo, tiene movimientos de balanceo reiterados, especialmente antes de dormir y se masturba frecuentemente.

También hemos podido observar que los secretos familiares con relación al origen marcan la vida de muchos de los niños que presentan esta modalidad. Con frecuencia, hemos registrado este síntoma cuando el ocultamiento se refiere al desconocimiento de quién 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 y el vínculo materno tiene como trasfondo la identificación proyectiva con el hijo a partir de una sobreinvestidura patológica con el padre del mismo. Esto lleva a la madre 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 da lugar a que se respeten como posibilidades propias del niño, quien se pierde en la nebulosa de no saber quién es ni de dónde viene. Se lo impulsa a la anestesia, parece que tuviera una parte muerta y que necesita ser sacudido. Suele buscar el peligro, jugar con la posibilidad de un accidente, golpearse contra el mundo y las emociones “fuertes”. La sensación de estar vivos-muertos promueve la alternancia de inhibición-impulsividad, predominando un estado de sopor, sin conciencia, de autoconsuelo, en el que no se pueden anticipar situaciones posteriores.

Los modos en que buscan el peligro hacen referencia casi exclusivamente a lo que se cree que el niño no conoce. Por ejemplo, un niño que vino a la consulta por TDAH a los 10 años, pasaba de estar quieto como ensoñado a tomar su bicicleta y salir sin mirar a una avenida muy transitada, en la cual su vida corría peligro, más aún, varios accidentes se evitaron gracias a los conductores. Los adultos responsables que lo traen a consulta suponían que este niño no tenía duda alguna acerca de que su padre era quien estaba con él desde su primer año de vida y que desconocía que su progenitor había sido atropellado mientras era perseguido por la policía, dado que había asaltado a un comerciante que murió quemado en el incidente.

En el consultorio, desde el proceso diagnóstico, el niño dibujaba reiteradamente la viuda negra y escenas de autos que chocan, con incendios al costado.

C. 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 años de vida. 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, ni de día ni de noche”, que “solo dormía en brazos”. La ansiedad, la irritación y el cansancio dominaban la situación, al no poder calmar al niño, la experiencia se volvía desorganizadora. La función de *holding* que refiere Winnicott (1979), al estar ausente en estas figuras paternas, dificulta las posibilidades de desarrollar la capacidad de estar a solas. El enfriamiento y la distancia emocional dificultan el contacto con el niño y 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 (1993), en que son madres que están solas y ausentes a su niño que está presente.

Lo mismo sucede con 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. Este cuadro suele conjugarse, las más de las veces, con un modo de comunicación familiar muy pobre. El lenguaje es utilizado como forma de acción, para dar órdenes, “lávate las manos”, “junta los juguetes”; para pedir algo, “pásame el dulce”, “despiértame a las ocho”; para dar aviso, “llegaré tarde”, “no tengo gimnasia”. El resultado de esta situación es una pobreza del proceso de simbolización, con un fuerte empobrecimiento de las funciones fundamentales y un lenguaje de acción y frialdad.

El niño inmerso en este ambiente nunca sabe qué sucederá, no puede anticipar ni organizar sus puntos de referencia; la falta de un espacio mental para apaciguar la angustia se traslada al cuerpo. La dificultad para reconocer los límites “yo-no yo” se transforma en un lenguaje corporal de acción como modo de descarga y vehículo de comunicación. No es raro encontrar una figura paterna que se angustia con la angustia del niño. Esto genera un círculo vicioso de respuesta de acción, por lo general maltrato, conductas violentas ante el movimiento constante e impulsivo del niño que irrumpe en el espacio físico.

Es importante mencionar que hemos registrado, en casi todos los casos, modalidades relacionales signadas por la violencia ejercida sobre el cuerpo de

estos niños (golpes con fustas, cintos, grandes palizas, abuso sexual, entre otras). Esta modalidad relacional frecuentemente provoca patologías severas en el desarrollo del niño. Queremos resaltar que la sobreestimulación es realizada directamente sobre el cuerpo del niño y no por observación, como en el caso de los niños con inhibición.

Shengold (1979) destaca que, al ser el padre o la madre quien abusa y maltrata física y/o psicológicamente, y al mismo tiempo la figura a la cual el niño debe volver a buscar alivio cada vez que experimenta angustia, este no tiene más remedio que “delirantemente” captar a su progenitor como bueno, imprescindible y captarse a sí mismo como el que genera la situación de agresión. Solamente la imagen mental de un progenitor bueno puede ayudar al niño a enfrentar la intensidad del temor y la rabia de ser atormentado. Además, el atribuirse la capacidad de generar la ira en el otro permite mantener la fantasía de poder controlarlo: “Si fuera mejor... si no hago más tal o cual cosa..., él no se enojará”. A su vez, tal como lo señala Ferenczi, el repetir esta historia con los hijos es un modo de buscar sentirse amada/o y admirada/o a partir de identificarse con el agresor.

Cabe señalar que en aquellos niños, que presentan severas perturbaciones y los círculos de impulsividad, culpa, persecución son casi ininterrumpidos impidiendo cualquier posibilidad de pensar, se hace necesario recurrir a la interconsulta con un psiquiatra infantil del equipo que evalúa la necesidad de medicación y su seguimiento; por lo tanto, con estos niños frecuentemente la atención psicoterapéutica se combina con medicación.

Propuesta de abordaje terapéutico. Caminos hacia la elaboración

En nuestra experiencia de atención en el ámbito público universitario, donde por lo general la demanda supera la oferta de atención y con la convicción de que el diagnóstico neurológico de TDAH obtura la posibilidad de encontrarse con el niño sufriente, es que investigamos las bondades de un abordaje psicoterapéutico en el que se dispone -en primer término- de un espacio de atención individual de al menos tres meses y *a posteriori* se trabaja psicoterapéuticamente durante un año con grupos paralelos de padres y de hijos. El diseño terapéutico en su globalidad ha sido descrito por Tabora y Toranzo (2000, 2002, 2004); Tabora y Díaz (2004) y Tabora y Abraham (2004).

El tratamiento individual es una instancia implementada por considerar que las dificultades de estos niños se centran en carencias vinculares tempranas, que necesitan ser especialmente atendidas, para luego complementarse con

la instancia grupal. La indicación de tratamiento psicoterapéutico de grupo para niños y para padres se realiza según los criterios dados por Torras de Bèa (1996), quien señala que niños y padres con estructuras psicológicas y psicopatológicas muy diversas pueden beneficiarse de esta modalidad terapéutica, aunque es conveniente no incluir aquellos con personalidad *borderline* severa y/o psicótica que tengan dificultades de contenerse, parar y escuchar, con tendencias suicidas importantes, o que en algún sentido sean únicos en el grupo (único varón, adoptado, extranjero, etc.).

En los casos en que los padres presentan perturbaciones graves, se recurre a un encuadre en el que se combina la psicoterapia de grupo con tratamiento individual, a cargo de otro terapeuta, dadas las dificultades que presentan estos pacientes para manejar su angustia e impulsividad.

La presencia de secretos familiares es un criterio de contraindicación para ingresar al grupo de niños. En estos casos, se indica tratamiento individual para los niños, y a los padres se les propone integrar el grupo terapéutico a los efectos de trabajar específicamente sobre las causas y las consecuencias, consciente e inconsciente, de dichos secretos.

Para el tratamiento del niño se fija como condición necesaria que al menos uno de los padres asista al grupo paralelo en el que se trabaja, focalizando la labor terapéutica en el rol de padre. No obstante, es posible ser integrante del grupo de padres y no tener hijos en tratamiento.

A nuestro entender, el abordaje psicoterapéutico psicoanalítico de grupos paralelos de padres y de hijos resulta beneficioso porque posibilita trabajar a fondo las fantasías inconscientes, estructurantes del psiquismo, transmitidas transgeneracionalmente, instaladas en la dinámica relacional intersubjetiva. Por otro lado, dicha modalidad de trabajo amplifica la función continente, de sostén, que se requiere para contrarrestar la angustia desorganizante que tiñe los vínculos conflictivos entre padres e hijos, brindando mayores posibilidades de elaboración en un encuadre temporal de un año de duración.

El trabajo con grupos paralelos, tal como lo señala Torras de Bèa (1996), implica el funcionamiento simultáneo de ambos grupos en la misma institución, cada uno con su propio coordinador. Si bien el grupo está pensado como acogedor de ambos miembros de la pareja, la mayoría de las veces asiste solo la madre, convirtiéndose el grupo en un apoyo que suele representar a la figura ausente, o sea la pareja y, por ende, el padre. Es importante, entonces, tomar como material y trabajar cómo cada miembro presenta a la

pareja, atender especialmente a los momentos en que el ausente se hace depositario de las resistencias, del no cambio, del conflicto, y cuándo puede ser incorporado y representado como alguien de importancia para ella y el hijo.

A partir de este encuadre de trabajo, nos proponemos situarnos en el centro mismo del desarrollo y abarcar la asistencia en términos de: analizar, comprender, contener las vivencias y funcionamiento psíquico que surgen frente a la parentalidad, para abrir un espacio en que puedan elaborarse los conflictos que surgen en la relación con sus hijos como producto de las carencias vividas por los padres en su infancia, en busca de promover una transmisión generacional menos traumática y -simultáneamente- abocarnos a la atención de la conflictiva que presenta el niño, desentrañando cómo se fueron estructurando los síntomas por los que se consulta en la relación intersubjetiva con sus padres y figuras significativas.

Los **grupos paralelos de hijos y de padres** funcionan como soportes mutuos, dado que cada miembro de la relación (padre-hijo) establece una situación de complementariedad: si uno se modifica, influye en el otro a partir del interjuego de las identificaciones e identificaciones proyectivas y, por lo tanto, se amplifican los efectos terapéuticos. Además, el trabajo con **grupos paralelos** permite trascender la estructura individual y/o familiar cerrada en sí misma al brindar un modelo exogámico donde cada integrante del grupo puede dar nuevos aportes, visiones, modelos vinculares que transforman las estructuras individuales. El **grupo de padres** aporta a la comprensión psicológica del vínculo con el hijo, el cual se desarrolla inmerso en la red vincular familiar y con ello estimula la capacidad de entender los problemas por los que consultan, incrementando la capacidad de contenerlo en sus dificultades.

El tratamiento focal del rol de padres abre un espacio para la elaboración de la relación con sus propios progenitores, de separarse del pasado, dado que -tal como lo señalan Brazelton y Cramer (1993), el deseo de tener hijos -entre otras cosas- representa el cumplimiento de ideales y oportunidades perdidas, el anhelo de reflejarse en el niño, de renovar viejas relaciones, la oportunidad tanto de reemplazar como de separarse de la propia madre. Cada hijo es la invitación a revivir y quizá a recrear, a elaborar la historia vivida con los propios padres, por lo que buscamos llegar de un modo más activo a los focos conflictivos de la relación de padres e hijos a los efectos de disminuir el dolor e incitar al cambio.

La psicoterapia de grupo permite compartir experiencias y sentimientos, pudiéndose gestar nuevas vivencias relacionales y de comunicación, configurándose

pareja, atender especialmente a los momentos en que el ausente se hace depositario de las resistencias, del no cambio, del conflicto, y cuándo puede ser incorporado y representado como alguien de importancia para ella y el hijo.

A partir de este encuadre de trabajo, nos proponemos situarnos en el centro mismo del desarrollo y abarcar la asistencia en términos de: analizar, comprender, contener las vivencias y funcionamiento psíquico que surgen frente a la parentalidad, para abrir un espacio en que puedan elaborarse los conflictos que surgen en la relación con sus hijos como producto de las carencias vividas por los padres en su infancia, en busca de promover una transmisión generacional menos traumática y -simultáneamente- abocarnos a la atención de la conflictiva que presenta el niño, desentrañando cómo se fueron estructurando los síntomas por los que se consulta en la relación intersubjetiva con sus padres y figuras significativas.

Los **grupos paralelos de hijos y de padres** funcionan como soportes mutuos, dado que cada miembro de la relación (padre-hijo) establece una situación de complementariedad: si uno se modifica, influye en el otro a partir del interjuego de las identificaciones e identificaciones proyectivas y, por lo tanto, se amplifican los efectos terapéuticos. Además, el trabajo con **grupos paralelos** permite trascender la estructura individual y/o familiar cerrada en sí misma al brindar un modelo exogámico donde cada integrante del grupo puede dar nuevos aportes, visiones, modelos vinculares que transforman las estructuras individuales. El **grupo de padres** aporta a la comprensión psicológica del vínculo con el hijo, el cual se desarrolla inmerso en la red vincular familiar y con ello estimula la capacidad de entender los problemas por los que consultan, incrementando la capacidad de contenerlo en sus dificultades.

El tratamiento focal del rol de padres abre un espacio para la elaboración de la relación con sus propios progenitores, de separarse del pasado, dado que -tal como lo señalan Brazelton y Cramer (1993), el deseo de tener hijos -entre otras cosas- representa el cumplimiento de ideales y oportunidades perdidas, el anhelo de reflejarse en el niño, de renovar viejas relaciones, la oportunidad tanto de reemplazar como de separarse de la propia madre. Cada hijo es la invitación a revivir y quizá a recrear, a elaborar la historia vivida con los propios padres, por lo que buscamos llegar de un modo más activo a los focos conflictivos de la relación de padres e hijos a los efectos de disminuir el dolor e incitar al cambio.

La psicoterapia de grupo permite compartir experiencias y sentimientos, pudiéndose gestar nuevas vivencias relacionales y de comunicación, configurándose

así una dinámica en la que cada miembro aporta elementos terapéuticos a los demás y cada uno recibe del conjunto, lo cual da lugar a elaborar sentimientos de soledad, anormalidad, de culpa, facilitando acercarse a los otros, darse a conocer y desarrollar intercambios empáticos. Es decir, permite consolidar modificaciones individuales originadas en la elaboración de fantasías inconscientes, en la expresión y captación de la realidad interna de sí mismo y de los otros, a partir de la escenificación de la trama de vínculos interpersonales, según la modalidad particular de relación de objeto.

Las rivalidades, celos, envidias, dependencias, seducción, sometimientos, tendencias sádicas, entre otras, pueden ser observadas y comprendidas directamente, en el aquí y ahora, con lo que, cada miembro tiene la posibilidad de conocer algo más del espacio intersubjetivo que se va gestando con otros, a partir de imágenes que, de diversas maneras, devuelven los compañeros y el terapeuta. A su vez, los intercambios creados en la comunicación verbal, gestual, corporal, el conocimiento de sí y de los otros abre un nuevo camino en el proceso de identificación-diferenciación; separación-individuación, favoreciendo la evolución de identificaciones adhesivas sostenidas en un estado de dependencia regresiva.

Con esto, hacemos referencia a la importancia que tienen para la madre sus propias imágenes maternas y paternas, las cuales delinearán la relación con la pareja y, como consecuencia, la aceptación de este hijo que encarna también un padre y una madre en el centro de su identidad.

En virtud de lo expuesto, una vez finalizado el tratamiento, se cotejan las sesiones de ambos grupos terapéuticos en la secuencia en que se habían dado. El análisis de este material permitió apreciar una sincronía en los contenidos de las sesiones, reflejando la continuidad de los conflictos y del sufrimiento psíquico de padres e hijos.

En síntesis

Destacamos la importancia de ahondar en el diagnóstico y no permanecer circunscrito a los diagnósticos “sintomáticos”, sobre todo teniendo en cuenta la controversia que existe alrededor de este trastorno, ya que el hecho de que un niño sufra de inhibiciones severas, o por el contrario sea inquieto, peleador, impulsivo, que se apresure a responder una pregunta antes de que se termine de formular o que su atención esté ocupada por contenidos diferentes de los que le mostramos y todo esto afecte su desempeño en el aula, no significa que padezca el mencionado trastorno.

Tal como lo manifiestan, entre otros investigadores, miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y del Centro de Estudios sobre Déficit Atencional Infantil, es cada vez mayor la preocupación acerca del abuso del metilfenidato (Ritalina). Ya en 1990, Jacobitz et al. (1990) comunicaban 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 pacientes a quienes se prescribe esta medicación. Los padres de los niños que hemos atendido frecuentemente refieren que en una primera instancia la medicación ayudó en el rendimiento escolar, pero que pasado un corto tiempo los problemas reaparecían, aunque se continuara con la prescripción respetando las indicaciones médicas.

Coincidimos con Taylor (en Janin, 2004) acerca de la cantidad de interrogantes que aún quedan sin responder como, por ejemplo, ¿el Déficit de Atención se asocia con las condiciones que involucra la hiperactividad? Si fuera así, ¿qué tipos de mecanismos de la atención intervienen? ¿Cuáles son las relaciones en cuanto al desarrollo de los distintos componentes del síndrome -Déficit de Atención, Hiperactividad, conducta disruptiva, alteraciones cognitivas? ¿Cómo interactúan las influencias etiológicas para producir los distintos componentes del síndrome, y cómo se relacionan con el mundo externo para llegar a una alteración en el funcionamiento social del individuo? ¿Cuál es el impacto de las terapias en el desarrollo y cuáles deberían ser los objetivos de las intervenciones en las distintas etapas del desarrollo?

Tener en cuenta los diversos aspectos y las controversias, que aún persisten alrededor del mencionado trastorno, permitirá implementar abordajes interdisciplinarios -cuando es necesario- que puedan ayudar al alivio de su problemática, posibilitando el potencial desarrollo saludable de toda su persona.

Nuestra propuesta de abordaje terapéutico sienta sus bases centralmente en estos pilares:

1. El tratamiento comienza en la primera consulta y el modo de entender los síntomas para arribar a un diagnóstico puede resultar una práctica terapéutica o iatrogénica.
2. El proceso diagnóstico, respaldado en un marco teórico específico, tiene como objetivo captar los enlaces entre lo biológico, la experiencia vivida en el espacio intersubjetivo y las múltiples combinaciones que el inconsciente efectúa de dicha experiencia tanto en la configuración del síntoma como en la modalidad de los movimientos progresivos.

3. El tratamiento individual es una instancia implementada por considerar que las dificultades de estos niños se centran en carencias vinculares tempranas, que necesitan ser especialmente atendidas. En los primeros momentos nuestra labor terapéutica procura establecer enlaces entre la descarga motora o la inhibición, los afectos, los estados de tensión, sus necesidades de fusión y las percepciones. Estos enlaces se promueven a través de verbalizaciones descriptivas de diversas acciones y secuencias lúdicas. Estamos especialmente atentos a la comunicación, generalmente no verbal, de las necesidades de narcisización y de cuidar la norma básica: “no dañarse a sí mismo, ni al terapeuta, ni romper sus pertenencias”, ayudando a transformar la agresión o la inhibición, en intercambios lúdicos. Solo cuando el niño paulatinamente comienza a establecer estos enlaces y los circuitos compulsivos comienzan a ceder, inaugurando nuevas posibilidades de discriminación y de pensar, instrumentamos la interpretación de las representaciones inconscientes, para luego arribar a la propuesta del tratamiento grupal.
4. El cambio psíquico es posible a partir de la internalización de nuevas modalidades relacionales vivenciadas en un espacio terapéutico individual y grupal. Específicamente el trabajo en grupos paralelos permite trabajar en el aquí y ahora la repetición en la historia transgeneracional. *“En todo lugar y en cualquier posición, de pie, sentado, recostado, donde un sujeto deje hablar sus angustias y fantasías, surge el inconsciente, si se escucha y se está apto para ello, puede realizarse un trabajo de tipo psicoanalítico”* (Kaës, 1995).
5. El tratamiento medicamentoso es sintomático, “no cura” el trastorno, así como tampoco “cura” la psicoterapia cuando hay un trasfondo orgánico. Apoyados en esta aseveración, proponemos que antes de recurrir al tratamiento farmacológico, se implemente seis meses de psicoterapia. Cuando se observan movimientos descapturantes de las posibilidades de atender al mundo interno y/o externo, es factible comprobar que no existe un correlato orgánico que sostenga el síntoma.

Primera versión: 31/05/06

Aprobado: 20/12/06

Bibliografía

Barkley, R.A.: (1997), “Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD”, *Psychol Bull*, 121: 65-94.

- (1998), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Bion, W.R.: (1962), *Apreniendo de la experiencia*, William Heinemann, Londres.
- (1970), *Attention and Interpretation*, London, Tavistock Publications.
- Bleichmar, H.: (1998), *Avances en psicoterapia psicoanalítica*, Barcelona, Paidós.
- Brazelton, T. y Camer: (1993), *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*, Barcelona, Paidós.
- Cordes, M.; Mac Laughlin, 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, N° 2.
- Faraone, S.V.; Sergeant, J.; Gillberg, C.; Biederman, J., "La prevalencia a nivel mundial del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿es este un trastorno típico de Estados Unidos?", *World Psychiatry* (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*, N° 29, 677-688.
- Janin, B.: (2004), *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*, Buenos Aires, Novedades Educativas.
- Meltzer, D.: (1975), *Explorations in Autism*, Clunie Pres, Perthshire.
- 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*, 32(3):229-231, 2001.
- Pereyra, C.: (1991), *Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual*, Buenos Aires, Salerno.

Shengol: (1979), citado por Bleichmar, H. (1998), *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*, Barcelona, Paidós.

Taylor, E.: (1994a), "Syndromes of attention deficit and overactivity". En: Rutter, E.; Taylor, E. & Hersov, L., *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (3ª ed.), Oxford, Blackwell.

Taborda de Velasco, A.: (2002), *La capacidad intelectual en niños de 4 a 6 años. Diagnóstico de su dinámica*. Estudio Clínico del WPPSI, DFH y BG, Buenos Aires, Lumen.

Taborda, A y Díaz, D.: (2004), "Tratamiento psicoterapéutico individual y grupal en niños con Déficit Atencional". *Revista Electrónica: Topía*. <http://www.topia.com.ar/articulos/204-tabordadiaz.htm>, enero de 2004.

Taborda, A. y Toranzo, E.: (2002), "Del diagnóstico individual al tratamiento grupal de grupos paralelos de hijos y de padres", *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del Adolescente*, N° 33/34, España.

Taborda, A. y Abraham, M.: (2004), "Diagnóstico y recursos psicoterapéuticos de niños", *Revista de la Facultad de Ciencias Humanas*, de UNSL, IDEA, N° 46.

Toranzo, E. y Taborda, A.: (2000), "Hijos sin padres-padres sin padres". *Congreso Hispano - Portugués de Psicología*. Compostela.

Torras de Beà, E.: (1996), *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós.

(2002), *Dislexia en el desarrollo psíquico: su psicodinámica*, Barcelona, Paidós.

Winnicott, D.: (1979), *El proceso de maduración en el niño. Estudio para una teoría emocional*, LAIA, Barcelona.

Resumen

Con el propósito de brindar nuevos aportes a la comprensión del desarrollo del trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad que puedan esclarecer qué expresa el síntoma en el devenir histórico de un sujeto en un

espacio intersubjetivo, nos proponemos presentar un estudio descriptivo del material clínico analizado en niños de sexo masculino que arribaron a la consulta psicológica *a posteriori* del diagnóstico neurológico.

El material clínico analizado proviene del diagnóstico individual y fue enriquecido en el devenir de la atención psicoterapéutica de grupos paralelos de padres y de hijos, de un año de duración, realizada en el Centro Interdisciplinario de Servicios de la Universidad Nacional de San Luis (CIS).

Palabras clave: déficit atención; psicoterapia; abordaje grupal.

Summary

With the purpose of presenting a new contribution to the understanding of Attention Deficit Disorder with or without hyperactivity in order to shed light on the meaning of this symptom in a subject's historical development within the intersubjective space, this work describes the clinical material of male children who came to psychological consultation after neurological diagnosis.

Clinical material is the result of individual diagnosis together with observations from one year psychotherapeutic treatment of parallel groups of parents and their children carried out in the Centro Interdisciplinario de Servicios, CIS (Interdisciplinary Center of Services) of National University of San Luis.

Key words: attention deficit disorder; psychotherapy; group therapy.

Résumé

Nous nous proposons de présenter une étude descriptive du matériel clinique analysé chez les enfants de sexe masculin qui sont arrivés à la consultation psychologique *a posteriori* du diagnostic névralgique. L'objectif est de donner de nouveaux apports à la compréhension du développement du trouble de Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité, apports qui puissent éclaircir ce qui exprime le symptôme dans le devenir historique d'un sujet dans un espace intersubjectif,

Le matériel clinique analysé vient du diagnostic individuel et a été enrichi tout le long de l'attention psychothérapeutique de groupes parallèles de parents et d'enfants, d'une année de durée, fait au Centre Interdisciplinaire de Services de l'Université Nationale de San Luis (CIS).



Mots clés: déficit d'attention; psychothérapie; approche de groupe.

Dra. Alejandra Taborda
Ejército de los Andes 950, Bloque IV
Universidad Nacional de San Luis
(5700) San Luis
Tel.: (02652) 423868
rtaborda@unsl.edu.ar

Lic. Daniel Díaz
Ejército de los Andes 950, Bloque IV
Universidad Nacional de San Luis
(5700) San Luis
Tel.: (02652) 423868
ddiaz@unsl.edu.ar