

ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDA-TDAH

Alejandra Taborda*, María de los Ángeles Abraham**

Resumen: Se presenta un estudio de resultados de un abordaje terapéutico psicoanalítico, implementado frente a la consulta por púberes, derivados desde instituciones educativas refiriendo Déficit Atencional, “problemas de aprendizaje” y/o de adaptación a normas escolares.

El estudio se efectuó mediante la técnica de test-retest de: a) “El Child Behavior Checklist” (CBCL) de Achenbach y Edelbrock (1983), adaptado y estandarizado por Samaniego (1999), y b) Test de Matrices Progresivas de Raven.

A los siete meses de tratamiento grupal, se evidencian leves modificaciones en los perfiles sintomáticos. Al año las puntuaciones obtenidas revelan sustanciales modificaciones saludables, particularmente en la Escala Global, en “Problemas de Atención” del CBCL y en el Test de Raven. Un año después de culminado el tratamiento, los cambios en los perfiles sintomáticos se mantienen, según develan el retest del CBCL. Este estudio, nos permite proponer una revisión del diagnóstico de Déficit Atencional y una instancia previa de psicoterapia antes de recurrir al tratamiento medicamentoso y/o reeducativo.

Palabras clave: Déficit atencional, test-retest, psicoterapia.

* Doctora en Psicología. Prof. Adjunto de la UNSL. Directora del Proyecto de Investigación: Psicoterapia Psicoanalítica de grupo N.º 22H534. E-mail: rtaborda@unsl.edu.ar). Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis - Correspondencia Postal: Avda. Ejército de los Andes, 950 D5700 HHW San Luis - Argentina.

** Licenciada en Psicología. Jefe de Trabajos Prácticos de la UNSL. Integrante del Proyecto de Investigación: Psicoterapia Psicoanalítica grupo N.º 22H534. E-mail: mabraham@unsl.edu.ar

Abstract: Puts forward the results obtained from a psychoanalytical therapy started individually and carried on with parallel groups of children and parents. This modality was implemented to tackle the problem of early adolescents referred to our Center by educational institutions due to Attention Deficit Disorder (ADD), learning problems and/or difficulties in adjusting to school rules.

The study was carried out by the following test-retest techniques: a) "Child Behavior Checklist" (CBCL) by Achenbach and Edelbrock (1983), adapted and standardized by Samaniego (1999), and b) Test of Raven's Progressive Matrices.

After seven months of group treatment, the four early adolescents studied showed slight variations in their symptomatic profiles. With respect to "Attention Problems", there were favorable changes. After a year of group psychotherapy, the scores obtained revealed substantial beneficial modifications, especially in Global Scale, in "Attention Problems" of CBCL, and in Raven's SPM. A year after the completion of treatment, the changes in symptomatic profiles remained, according to CBCL retest. Taking into account this pilot study, we propose a new way of diagnosing ADD and a previous psychotherapy process to the pharmacological and/or reeducational treatment.

Key Words: Attention Deficit Disorder – test-retest – psychotherapy

INTRODUCCIÓN

En este trabajo nos proponemos referir fundamentos teóricos y empíricos que muestran la necesidad de: a) revisar el diagnóstico de "Déficit Atencional", realizado a partir de conductas observables (DSM IV) y, b) implementar una instancia psicoterapéutica de seis meses a un año de duración, según la patología detectada en el proceso diagnóstico, antes de recurrir al tratamiento medicamentoso y/o reeducativo.

A tal efecto, presentamos un estudio de eficiencia terapéutica en una modalidad de abordaje psicoanalítico, en el que se incluye una instancia de diagnóstico individual y posteriormente se desarrolla el tratamiento con un encuadre de grupos paralelos de hijos y padres, de un año de duración. Dicho abordaje, desarrollado en el ámbito de la atención pública, se instrumentó con pacientes púberes derivados con diagnóstico

de “Déficit Atencional”, “problemas de aprendizaje” y/o problemas para la adaptación a las normas.

FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

El interés por explorar la eficiencia de este diseño terapéutico deviene de:

1. Nuestra práctica clínica, desarrollada en el ámbito público y privado en la Ciudad de San Luis (Argentina), nos ha demostrado que el mayor número de consultas por niños, especialmente varones, son solicitadas por dificultades de aprendizaje que con frecuencia se acompañan de diagnóstico previo de “Déficit Atencional con o sin Hiperactividad”. Generalmente es la escuela en principio, la que “descubre”, rotula y emite un diagnóstico que suele ser avalado por profesionales de la salud. Para dar cuenta de la extensión y profundidad de la problemática, referimos un estudio de corte estadístico realizado por Taborda y Díaz, en Triolo y Giordano (2007), en el Centro Interdisciplinario de Servicios de la UNSL (CIS). Los datos obtenidos dan cuenta que en el 96 % de los casos la atención psicológica para niños se solicita por derivaciones escolares, en una proporción de dos varones por una niña. Sólo el 4 % solicita atención psicológica en forma espontánea, por síntomas que no atañen a lo escolar. Del 96 %, el 33 % refieren problemas de aprendizaje; el 54 % suman a esta problemática conductas impulsivas, el 10 % manifiestan que la derivación escolar se fundamenta en la presencia de conductas impulsivas que obstaculizan la adaptación a las normas y el 3 % restante consultan por fobias escolares. Entre los años 2000-2004 se realizaron 139 consultas por niños (entre 5 y 12 años) con diagnóstico de “Déficit Atencional”, de los cuales 118 eran varones (Taborda y Díaz, Op. cit.). La dimensión cuantitativa referida nos lleva a plantear interrogantes, tales como: ¿qué esconden? ¿qué develan las dificultades para atender y los problemas de aprendizaje o de fracaso escolar?; ¿las perturbaciones están en el niño, en las instituciones o en el encuentro entre lo individual, lo dual y lo grupal?

2. Investigaciones previas, en las que se corrobora un sobrediagnóstico del trastorno de Déficit de Atención, que conduce a la sobrepatologización y sobremedicación de la infancia, obturando la posibilidad de significar el sufrimiento que origina el síntoma (Fernández, 2000; Janin y cols., 2004; Tabora y Díaz, 2004, 2005, 2007, entre otros). El sobrediagnóstico del trastorno tiene sus riesgos por: a) los síntomas que con medicación quedan disimulados buscarán formas más regresivas de expresarse; b) tanto el diagnóstico como el tratamiento nunca resultan neutros en la vida de una persona, por el contrario son terapéuticos o iatrogénicos; c) la medicación (Metilfenidato) está contraindicada en patologías en las que la atención suele estar perturbada, como es el caso de los cuadros de depresión, trastorno generalizado del desarrollo, estructura borderline, psicosis, ansiedad, tensión, agitación, tics, entre otros, y d) estudios realizados en California, refieren que los pacientes tratados con metilfenidato tenían tres veces más posibilidades de utilizar cocaína al llegar a la edad adulta (Tallis, en Janin, 2004).

3. La importancia de desarrollar abordajes terapéuticos en los que se tenga en cuenta la franca crisis vital que se transita en esta etapa evolutiva que signa el pasaje a la adolescencia y el modo en que ella se vivirá. La pubertad es una fase de mutación, tal como afirma Doltó (1988), tan capital para el adolescente como el nacimiento y los primeros quince días de su vida lo son para el niño pequeño. Para que comprendamos la vulnerabilidad de la pubertad y adolescencia, la autora citada toma la imagen de las langostas de mar que pierden su concha: "Se ocultan bajo las rocas en ese momento, mientras segregan su nueva concha para adquirir defensas. Pero, si mientras son vulnerables reciben golpes, quedan heridos para siempre; su caparazón recubrirá las heridas y las cicatrices, pero no las borrará¹".

¹ Doltó, F. (1988). *La causa de los adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.

MARCO TEÓRICO

Un modo de entender la derivación escolar

En la consulta psicológica la derivación escolar suele instrumentarse como una carta de presentación, para posteriormente referir a otros sufrimientos que ya tienen larga data en la historia del paciente.

Con frecuencia, los problemas para atender las inhibiciones que dificultan el aprendizaje y/o transgresiones severas a las normas académicas, suelen ser modos en que la depresión primaria y los déficits en la constitución del narcisismo se manifiestan. Hemos podido observar que dichas dificultades pueden manifestarse conjuntamente o a través de modos contrapuestos de expresar el sufrimiento psíquico. Dentro de estas modalidades antagónicas encontramos: a) aquellos niños que se oponen en forma agresiva sistemática y buscan, de manera desafiante, poner a prueba al otro repitiendo relaciones en las que priman las polaridades rechazar-ser rechazado, castigar-ser castigado, excluir-ser excluido, someter-ser sometido en círculos sadomasoquistas de repetición compulsiva; b) aquellos en los que predomina la indiferencia, el ensimismamiento, la pasividad; que se manifiesta en algunos casos con retraimiento, inhibiciones en la capacidad para jugar, imaginar y expresar su mundo de fantasía, en plantear sus problemas para pensar en alternativas y enfrentar la ambivalencia. Cuando las alteraciones son aún más profundas, predomina un déficit en el desarrollo que se evidencia a través de severas dificultades de contacto con la realidad interna-externa, para mentalizar y verbalizar sus necesidades, emociones y conciimientos; y c) quienes alternan entre la impulsividad y la pasividad. Consideramos que las dificultades señaladas con frecuencia son modos en que la depresión primaria se manifiesta. Sin embargo, los problemas de aprendizaje, en el ámbito escolar, no siempre pueden ser atribuidos a dificultades en la estructuración psíquica, ni a inhibiciones cognitivas, tal como lo señalan Fernández, A. (2000); Janin y cols. (2004); Taborda y

Díaz (2004), entre otros. Desde esta perspectiva, se torna necesario discriminar, en términos diagnósticos, entre problemas de aprendizaje y fracaso académico reactivo y/o transitorio en el transcurrir evolutivo. En este sentido, queremos destacar la importancia de realizar cuidadosos diagnósticos diferenciales, en los que se tengan en cuenta el interjuego de la modalidad de atender, de percibir, de recordar, de simbolizar y las peculiaridades en el vincularse-desvincularse con la realidad interna y externa.

En el atender-aprender se activan movimientos subjetivantes y objetivantes de la realidad. Estos últimos se expresan a partir de poner en juego la capacidad de seriar, clasificar, agrupar, separar-integrar. Ahora bien, ambos movimientos están entrelazados de tal modo que podemos afirmar, como lo señala Fernández, A. (Op. cit.), que se aprende a clasificar en la medida en que el niño pueda encontrar un lugar en el mundo. Lugar que sólo es posible en una relación intersubjetiva que permita reconocerse como perteneciente o incluido en una clase: “soy hijo de...”, “soy mujer...”, “soy varón...”, “soy mayor”, “soy inteligente...”, “soy capaz...” y conjuntamente singularizarse en su diferencia, como único, seriado de los otros dentro de esa pertenencia. De ese modo podrá clasificar y seriar otros objetos.

Encontrar un lugar en el mundo de inclusión-diferenciación se inscribe en el psiquismo en directa correspondencia con las vivencias de fusión-separación, indiscriminación-discriminación y los movimientos regresivos-progresivos e introyectivos-proyectivos. Estas vivencias aluden al transcurrir vital mismo, se inaugura, en la mente de los padres, antes de la concepción, y ya en la vida intrauterina padres y feto comienzan a modificarse mutuamente con su interacción. El proceso de separación, discriminación yo-no yo, interno-externo, conocido-desconocido, es paulatino y en él se conjugan diferentes momentos de estructuración psíquica, que otorgan la base para pensar el sentido del síntoma.

Para elaborar un diagnóstico diferencial, que nos permita comprender la manera en que el niño se relaciona consigo mismo, con los otros y por ende con el aprender, es necesario tener en cuenta el proceso de separación que en la primera infancia se constituye alrededor de:

- a) el nacimiento y el modo en que se ayudó al bebé a elaborar la pérdida de la vida intrauterina;
- b) el desarrollo de los primeros progresos en los procesos de integración-discriminación;
- c) la capacidad de realizar el primer acto de posesión, de representar, de crear espacios intermedios a través de la posibilidad de ligarse a un objeto transicional;
- d) el proceso de diferenciación entre personas y objetos conocidos-desconocidos;
- e) los pasos hacia la autonomía motriz, la exploración, el conocimiento de los riesgos;
- f) el desarrollo de la capacidad de estar a solas;
- g) la renuncia al autoerotismo por amor al otro, que permite el aprendizaje del control de esfínteres;
- h) el descubrimiento de la diferencia de sexo y sus primeras elecciones constitutivas de la identidad de género;
- i) el develamiento de la privacidad de la mente y el resignar que otros piensen por él y en él;
- j) la modalidad de la constitución de la conflictiva edípica;
- k) el compartir con otros tolerando las diferencias y las transformaciones intersubjetivas en el transcurrir evolutivo. (Taborda y Díaz, en Triolo y Giordano, 2007).

La atención es una actividad psíquica compleja, es la conciencia misma. 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, un hecho, que voluntaria o involuntariamente se detiene en ella. 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, una expresión afectiva, que se configura desde los comienzos del transcurrir evolutivo.

El nacimiento es el primer paso, triunfante y doloroso. Triunfo que conlleva el duelo de la pérdida de la madre que daba todo y era todo cuanto necesitaba, para dar lugar, entre otras vivencias, al esfuerzo muscular para respirar; a la desoladora experiencia de la ausencia, de la discontinuidad, reemplazada por un ritmo de alimentación; al digerir y descomponer por sí mismo ese alimento.

Experiencia que sólo podrá ser tolerada en la medida que otro brinde la oportunidad de vivir la omnipotente ilusión de que el pecho es parte de él y paulatinamente introduzca las frustraciones que pueden ser soportadas por el bebé, sin quedar inundado por ellas. (Winnicott, 1992).

El rescate del bebé es posible cuando existe un grupo interno y externo real que sostiene el desarrollo de la función materna, desempeñada por la madre o un sustituto, se posibilita el “rescate del bebé”. La relación “madre-grupo” y bebé se constituye como el primer objeto de identificación estructurante del yo; se instaura a modo de un paradigma que sienta las bases para los procesos de investimento del self, de los objetos y talla la modalidad de comunicación posterior. El ambiente de amparo se internaliza dentro del yo y es el ingrediente esencial del vínculo de amor, raíz de la confianza, la ternura, la amistad, de la capacidad de atender y de aprender. En un vínculo de confianza “la madre-grupo” comunica al niño su fiabilidad, el sentimiento de permanencia, de constancia, y en este contexto vincular, el niño podrá expresar su vitalidad, crecimiento e ira configurando las Inscripciones inconscientes iniciales que acompañarán el proceso de investir la realidad interna y externa.

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 (1975) y Bion (1970) han puesto el acento en la función materna como objeto pensante capaz de construir un andamiaje de significación para las primitivas experiencias infantiles. La falla de *reverie*, en su estado extremo, es la descrita en los niños autistas: en el vínculo entre un niño muy sensible y una “madre-grupo” 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. Si bien existe una dotación innata para percibir “gestalten”, la atención como función mental, en un comienzo la provee la “madre-grupo”, quien al estar conectada con el bebé “tira”, sostiene su atención. En cambio, la atención “suspendida” se relaciona con el fracaso de dicho sostén a un bebé muy sensible, que no puede “prenderse” a la atención de la “madre-grupo” y afrontar “la complejidad del mundo”, incluidas sus propias emociones y sensaciones.

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.

Desde esta perspectiva, las conductas observables de inhibición (desatención) y la impulsividad (hiperactividad), tienen su génesis y desarrollo en un espacio intersubjetivo.

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 con

su modalidad, contenidos temáticos y la dominancia, concordancia o contradicción entre ellos; 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 (Bleichmar, 1997).

La problemática del atender-aprender en el ámbito educativo trasciende lo individual. Al respecto, no podemos dejar de señalar que en la actualidad circula un discurso alrededor de la integración, aunque resulta evidente que la gran problemática que enfrenta el hombre, gira en torno a la temida exclusión.

La escuela es percibida como la primera institución que señala, o en su defecto, deniega la posibilidad de desarrollar un camino para incluirse en el sistema. Además, por su carácter de obligatoriedad, es una de las pocas instituciones que influye activamente en la vida de todos y cada uno de los habitantes, por lo cual se convierte en un lugar de ineludible recepción de las problemáticas actuales. Si bien las derivaciones que de ellas provienen pueden tener una función preventiva, reconocemos que las instituciones educativas también están atravesadas por las crisis actuales. Los pocos recursos con los que cuenta y la fuerza de los vertiginosos cambios que no se alcanzan a pensar, llenan de tensión, dudas, sentimientos que provocan malestar y toman un cariz particular en cada institución, en cada docente, en cada niño.

MÉTODO

Preguntas de investigación: ¿Es posible comprobar modificaciones en los perfiles sintomáticos? ¿La remisión de síntomas perdura un año después de culminado el abordaje psicoterapéutico de grupo paralelos de hijos y padres? y, específicamente: ¿Los cambios que se suscitan en las dificultades para atender, persisten? Dichos interrogantes surgen de estudios previos de test-retets, realizado luego de siete meses de tratamiento grupal (Taborda y col. - 2006) y test-retest, después de un año del mismo (Taborda y Díaz - 2007).

Sujetos: El grupo estudiado está integrado por cuatro púberes (2 mujeres/M1, M2 y 2 varones/V1, V2) entre 9 y 11 años de edad, derivados por instituciones educativas y con diagnóstico de Déficit Atencional emitido previamente a la consulta psicológica. Tres de ellos (M1, V1, V2), en el momento de la consulta, manifestaron alternancia entre: a) inquietud manifiesta, conductas impulsivas tales como agresiones verbales y físicas, transgresiones de las normas, y b) el retraimiento evidenciado tanto en la conducta como en el pensar. Las inhibiciones en la capacidad de imaginar, verbalizar, mentalizar y de enfrentar la ambivalencia eran más evidentes en M1 y V1. Además, con M1 se combinó el tratamiento grupal con el individual por la severidad de la perturbación que presentaba. M2 consultó por sintomatología fóbica que obstaculizaba las posibilidades de vincularse.

Instrumentos: El estudio de resultados se efectuó mediante la técnica de test-retest de: a) Test de Matrices Progresivas de Raven y b) "El Child Behavior Checklist" (CBCL) de Achenbach y Edelbrock (1983), versión para padres adaptada y estandarizada en Argentina por Samaniego (1999), para estudios epidemiológicos.

El Test de Matrices Progresivas de Raven (1951) es aplicado para evaluar la capacidad de observar y captar relaciones recíprocas en figuras geométricas, a partir del desarrollo de un método de razonamiento lógico por analogías.

El CBCL detecta problemas comportamentales a través de las escalas Internalizante (I), Externalizante (E) y Global (G). La primera está constituida por: "Retraimiento", "Queja somática" y "Ansiedad-depresión". La segunda por: "Conducta antisocial" y "Agresividad". G abarca las dos primeras escalas y la evaluación de: "Problemas sociales", "Problemas de pensamiento", "Problemas de atención", "Problemas sexuales" y "Otros problemas". Para evaluar las puntuaciones del CBCL se tuvo en cuenta las Medias (M) y Desviación estándar (DS) de cada sexo, para poblaciones normales (M_{pnv}; M_{pnm}); (DS_{pnv};

DSpnm) y para poblaciones clínicas (Mpcv; Mpcm); (DSpcv; DSpcm). En este trabajo nos abocaremos al análisis de las escalas G, I, E y particularmente nos detendremos en “Problemas de atención”.

La técnica de test-retest: El test de Raven sólo se administró al comenzar y terminar con el trabajo terapéutico. El CBCL se aplicó al iniciar el grupo psicoterapéutico, a los siete meses, luego al año de psicoterapia y, por último un año seis meses después de haber concluido dicho tratamiento. En la Tabla 1 y 2, consignamos los puntajes obtenidos en el interior de cada escala del CBCL, a los efectos de brindar una información más amplia al lector.

Encuadre terapéutico: El tratamiento se lleva a cabo sin medicación y consta de una instancia individual y posteriormente una grupal. En este trabajo se presenta una descripción global del mismo, con mayor detalle se refiere en Tabora y Díaz en Triolo y Giordano (Op. cit.).

La instancia de atención individual (proceso diagnóstico y psicoterapia) se implementa por considerar que las dificultades de estos niños se centran en carencias vinculares tempranas. Por lo que se procura establecer enlaces entre: descarga motora o inhibición, afectos, estados de tensión, necesidades de fusión y proyecciones, a través de verbalizaciones descriptivas. Se presta especial atención a la comunicación no verbal de las necesidades de narcisización y del ajuste a la norma básica: “no dañarse a sí mismo, ni al terapeuta”, la que se sostiene en la integración de la posibilidad de sustituir, sublimar, transformar la agresión o la inhibición, en intercambios verbales y lúdicos. Las mismas son la expresión de sentimientos intolerables que al no poder ser pensables cercenan omnipotentemente el reconocimiento de la alteridad del otro y/o integridad de sí mismo. Cuando los enlaces se establecen y los circuitos compulsivos comienzan a ceder, se interpretan las representaciones inconscientes. Las nuevas posibilidades de discriminar y pensar, permiten arribar al tratamiento de grupos

paralelos que funcionan simultáneamente, cada uno con sus coordinadores.

Grupos paralelos de hijos y padres. Es condición que al menos uno de los padres asista al mismo, el cual es complementario del tratamiento del hijo y focalizado en el rol paterno/materno. El diseño terapéutico se respalda en los aportes de Torras de Bea (1996), quien centrada en una posición intermedia entre Bion y Foulkes, destaca la importancia de encauzar el potencial evolutivo inherente a la interacción grupal, para lo cual es importante que los terapeutas comuniquen sólo una pequeña parte de lo que van interpretando a sus adentros, respetando la capacidad de elaboración del grupo. Es necesario mantener una atención abierta para captar, resonar, compartir e intervenir facilitando la comunicación. El elemento psicoterapéutico central que ofrece el grupo es la comunicación, dado que en ella y sólo en ella, las experiencias cobran sentido y pueden ser interpretadas correctamente. La tarea interpretativa se refiere siempre al aquí y ahora, teniendo en cuenta los movimientos transferenciales tanto del grupo tomado como objeto, del grupo en relación al terapeuta, como los individuales en relación al grupo y/o terapeuta.

ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO AL ESTUDIO DE LAS VARIACIONES EN LOS PERFILES SINTOMÁTICOS

Como puede observarse en los resultados obtenidos en la primera aplicación del CBCL, los púberes que integraron el grupo psicoterapéutico registraron puntuaciones significativamente más elevadas que las Medias (M) consignadas por Samaniego para poblaciones clínicas, lo que dejó a luz la amplia variedad de síntomas y, concomitantemente, la intensidad del sufrimiento psíquico que padecían. Por lo que podemos señalar que la problemática presentada por los púberes se extiende más allá de las dificultades que se manifiestan en la vida escolar. Las puntuaciones G registradas en el momento

del 1.º Rt denotan, en todos los casos, cambios moderados y en el 2.º Rt la disminución de los puntajes es significativa y equivalente a las Mpm/v. Modificaciones que permanecen un año después de concluido el abordaje psicoterapéutico de grupos paralelos, tal como puede inferirse del perfil sintomático que refirieron los padres de sus hijos en el 3.º Rt (Tabla 1 y 2). El análisis de las puntuaciones individuales obtenidas en Escala Global, permite apreciar con mayor detalle la evolución descripta previamente.

Cuando **M1** comienza el tratamiento grupal la puntuación global que obtuvo excedía ampliamente la Mpcm estimada, hecho que guarda relación con la intensidad de la perturbación diagnosticada en los momentos iniciales de la consulta. En la primera aplicación del CBCL, el perfil por ella logrado se aleja de la Mcm en tres DS. Este puntaje resultó significativamente más bajo en el 1.º Rt, aunque aún guarda una distancia de más de una DS de la Mcm. Mientras que en el 2.º Rt y 3.º Rt la puntuación disminuye considerablemente. Los paulatinos cambios pueden ser interpretados como proceso de estructuración yoica que se consolidan en el transcurso del tratamiento psicoterapéutico y se sostienen un año después de concluido el mismo (Tabla 1).

En **M2**, quien consulta ante una aguda crisis fóbica (fobia escolar), se pudieron observar modificaciones en su sintomatología. El puntaje global obtenido en el test (78) está por encima de la Mcm más una DS. Mientras que, en la instancia de 1.º Rt su performance ya fue modificándose favorablemente y alcanzó una puntuación global de 41, que la ubicó en el rango de la Mnm más una DS Al año de tratamiento y luego en el 3.º Rt se registra un puntaje dentro del rango de la Mnm que denota una significativa consolidación de la remisión sintomática (Tabla 1).

En **V1** se registra en la primera administración del CBCL una puntuación global (86), superior a la Mcv en más de una DS. Ya en la instancia de retest, luego de siete meses de

psicoterapia de grupo, comprobamos una significativa disminución del puntaje global (53), situándose en un rango comprendido por la Mnv más una D.S. el que disminuye sustancialmente en la instancia del 2.º y 3.º Rt reflejando, modificaciones sintomáticas que perduran en el tiempo. (Tabla 2).

En **V2** pudimos comprobar en el 1.º Rt, una gama más acotada de problemas comportamentales que los referidos por sus padres en la primera aplicación del CBCL. En esta primera instancia, mostró un perfil sintomatológico caracterizado por un puntaje global próximo al rango trazado entre la Mcv y una DS, puntuación que en la instancia de 1.º Rt disminuyó considerablemente ubicándose dentro del área señalada por la Mnv más una DS. La remisión de síntomas es aún más palpable en el transcurso del tratamiento (2.º Rt) y se mantiene un año después de haber finalizado, tal como lo señalan el 3.º Rt (Tabla 2).

Las puntuaciones obtenidas en la Escala Internalizante (I) denotan en el 1.º Rt modificaciones sintomáticas en los cuatro púberes estudiados, aunque aún las puntuaciones son levemente inferiores a la Mpcm/v. En cambio en el 2.º Rt, en tres de ellos (M1, V1 y V2), se registraron puntuaciones próximas a la Mpm/v. Consideramos que las modificaciones poco significativas observadas en M2, entre el 1.º Rt y el 2.º Rt, pueden ser atribuidas: a) la sintomatología fóbica, puesta en evidencia en el psicodiagnóstico, y b) el rápido cambio sintomático revelado en el 1.º Rt, que aún necesita ser consolidado, tal como puede inferirse a partir de la puntuación registrada en "Retraimiento" en las tres instancias en que fue administrado el CBCL. Un año después de terminado el tratamiento, el puntaje obtenido por M2 en el 3.º Rt refleja que la remisión de síntomas, en esta área del comportamiento, continúa expandiéndose. En cambio, en V1 se registra, en el 3.º Rt, una puntuación más elevada que en el 2.º Rt. Si bien la misma aún es inferior a las obtenidas en el test y 1.º Rt, no podemos pasar por alto el incremento de la puntuación en "Queja somática", (3.º Rt) dado que evidencia un traslado sintomático en el modo de expresar la angustia (Tabla 1 y 2).

Los puntajes obtenidos en la Escala Externalizante (E) son consistentes con las diferencias individuales y el proceso terapéutico. Así M2, en el transcurso de las diferentes instancias de administración del CBCL, obtiene un puntaje equivalente a la M_{pnm}, más precisamente se ubica en el rango que se delimita entre la M_{pnm} y menos una DS. Lo cual es congruente con las inhibiciones sustanciales que la púber presentaba, tal como se señaló anteriormente. En M1, el puntaje obtenido, en la primera administración se encuentra entre la M_{cm} y dos DS. Si bien ya en el 1.º Rt se observan modificaciones, el mismo continúa siendo más elevado que la M_{cm}; recién al año de tratamiento pueden observarse variaciones sintomáticas que permiten ubicarla entre la M_{nm} y una DS. Resulta significativo que, un año después de concluido el tratamiento, los cambios sintomáticos continúan con un proceso de remisión y consolidación, tal como lo revela el 3.º Rt (Tabla 1). En los varones que integraron el grupo psicoterapéutico se observa una evolución favorable en esta Escala. La performance observada en V1 y V2 nos permite señalar una remisión significativa si comparamos las variaciones en los puntajes obtenidos en la primera y última aplicación del CBCL. Inicialmente las puntuaciones eran próximas a la M_{cv}, ya en el 1.º Rt se registraron cambios comportamentales en esta área, aunque recién al año de comenzado el tratamiento grupal (2.º Rt) las puntuaciones se aproximan a la M_{nv} y se mantienen un año después de concluido el mismo. En V1, tal como se refiere previamente, se observa un leve incremento de la puntuación en el 3.º Rt, mientras que en V2 la remisión sintomática tiende a consolidarse.

Específicamente, en el área referida a "Problemas de atención" se registraron paulatinos cambios saludables, que pudieron ser sostenidos en el tiempo, en los cuatro púberes. En la primera aplicación del CBCL las puntuaciones superaban ampliamente la M_{cm/v}. Las conductas observables, descritas por los padres, denotaron que las perturbaciones en esta área eran acentuadas. Dificultades que si bien iban modificándose, en la instancia del 1.º Rt, la performance aún era equivalente a

la descrita por Samaniego para poblaciones que requieren asistencia. Recién al año del tratamiento grupal las puntuaciones reflejaron una remisión sintomática significativa, que se mantiene un año después de concluido el mismo (Tabla 1 y 2).

En congruencia con la remisión de síntomas, previamente detallado, se pueden observar modificaciones en las puntuaciones obtenidas en el retest del Test Matrices Progresivas de Raven; en primera instancia se registró, en M1 y V1 un puntaje equivalente al percentil “Inferior al Término Medio” y siete meses después sus resultados fueron equiparables a una producción normal, “Término Medio”. Resultados que nos lleva a inferir que el decrecer de sus ansiedades y temores les permitió desarrollar sus posibilidades de atender y pensar sobre diferentes circunstancias que se suscitaban en el mundo externo e interno. Es relevante mencionar que M2 y V2 obtuvieron una puntuación equivalente a una producción normal, ya en la primera instancia de administración (Tabla 1 y 2).

Las dificultades que evidenciaron los púberes en el rendimiento académico son consistentes con los perfiles sintomáticos analizados, como así también en las puntuaciones obtenidas en el Test de Raven. M1 y V1 requirieron un apoyo pedagógico, fuera del espacio terapéutico, que le permitiera incorporar conocimientos básicos para luego acercarse a los que se imparten en el nivel académico acorde a la edad cronológica. En otras palabras, si bien la remisión de síntomas abre nuevas posibilidades, en lo escolar es necesario proveer un espacio de recuperación de los conocimientos previos necesarios.

DISCUSIÓN

El análisis de los puntajes totales obtenidos por los púberes que constituyeron el grupo muestran una disminución de los síntomas que se habían observado en el momento de la consulta, más allá de los problemas escolares y el “déficit

atencional” que la motivaron. Los cambios en los perfiles sintomáticos y su consolidación en el tiempo, a partir del tratamiento psicoterapéutico de grupo, guardan estrecha relación con la severidad de la patología inicial, a partir de una evolución paulatina y consistente.

No podemos dejar de señalar que si bien este trabajo refiere a los movimientos progresivos que se han dado en los integrantes del grupo psicoterapéutico, en todo cambio psíquico dichos movimientos se acompañan de necesarias regresiones. Las modificaciones en la apreciación de sí mismo y de los otros, entre ellos, padres, docentes y pares, así como también, el poder captar como otros lo perciben, instala y amplía la posibilidad de dinamizar la estructuración psíquica y permite crear una modalidad relacional diferente que se traduce en la capacidad de atender.

CONCLUSIONES

Las características del estudio (tamaño de la muestra, limitación al nivel descriptivo de análisis de los datos) recomiendan abstenerse de extraer conclusiones definitivas. Sin embargo, con el objeto de estimular la formulación de nuevas preguntas y posteriores estudios de eficiencia terapéutica, referimos una línea exploratoria de interpretación de resultados, realizada a través de los cambios en los perfiles sintomáticos. El instrumento elegido (CBCL), permite un seguimiento a lo largo del tiempo de la consolidación de la remisión de síntomas.

Las paulatinas y significativas modificaciones que se observan en “Problemas de atención” nos permiten afirmar: a) ante el sufrimiento psíquico la atención es una de las primeras funciones que se alteran. Así como también, que el alivio del mismo inaugura nuevas posibilidades de atender, conectarse y conocerse tanto a sí mismo como a los otros. Por lo tanto, el diagnóstico de TDA/H, realizado por conductas observables,

debería ser reconsiderado y transversalizado por la comprensión de la conflictiva que obtura el atender. b) 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 un nuevo indicador diagnóstico para constatar la presencia de dicho trastorno: la mediación de tratamiento psicoterapéutico.

En otras palabras, apoyados en las evidencias empíricas descritas, proponemos que se implemente entre seis meses y un año de psicoterapia –según la profundidad psicopatológico que padece el niño en el momento de la consulta– antes de recurrir al tratamiento farmacológico. Dado que, en este lapso de tiempo, es factible observar movimientos descapturantes de la atención y con ello desestimar la existencia de un correlato orgánico.

El énfasis en proponer este nuevo indicador diagnóstico parte de considerar que, a las contraindicaciones señaladas por la bibliografía vigente sobre la medicalización de la infancia, se suma que la modalidad de tratamiento genera identificaciones que se traducen en la manera con que se busca apaciguar el sufrimiento y el modo de relacionarse tanto consigo mismo, como con los otros. La terapéutica farmacológica responde a deseos de resoluciones mágicas, ilusoriamente rápidas, que obturan develar la conflictiva que subyace en las dificultades atencionales. Mientras que la psicoterapia permite desandar los caminos que la repetición impone y así proveer la posibilidad de inaugurar nuevas modalidades relacionales.

TABLA 1: RESULTADOS OBTENIDOS POR NIÑAS PÚBERES EN EL CBCL Y EN TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN. M Y D.S. DE LA ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DEL CBCL DE SAMANIEGO (ARGENTINA)

CBCL	M 1			M 2			Población Púberes					
	Test	Retest			Test	Retest			M. N.	D.S.	M. C.	D.S.
		1.º	2.º	3.º		1.º	2.º	3.º				
Puntaje Global	116	80	45	47	78	41	37	30	34.11	19.04	57.67	19.68
Internalizante	27	17	12	8	31	18	17	15	9.83	7.06	18.35	8.86
Retraimiento	7	5	3	1	13	8	9	8	3.22	2.65	5.61	3.76
Q Somáticas	4	1	1	1	1	1	0	0	1.22	2.00	2.75	2.69
Ans - depresión	16	11	8	6	17	9	8	7	5.40	4.28	9.99	5.36
Externalizante	32	29	21	17	10	8	8	7	12.89	8.05	18.02	8.87
Cond. Antisocial	9	6	5	3	2	0	0	1	2.06	2.28	2.98	2.57
Agresividad	23	23	16	14	8	8	8	6	10.83	6.42	15.05	7.02
Probl. Atención	22	12	7	7	11	6	4	3	4.12	3.35	8.25	4.19
Probl. Sociales	11	6	5	4	11	2	3	2	2.33	2.34	4.82	3.10
Probl. Pensam.	3	1	0	0	3	2	2	0	0.18	0.52	1.48	1.92
Probl. Sexuales	2	0	0	0	0	0	0	0	0.38	0.75	0.54	1.21
Otros Probl.	19	15	11	11	12	6	3	3				
Test Raven	Inferior T. M.	Término Medio			T. M.	Término Medio			-	-	-	-

TABLA 2: RESULTADOS OBTENIDOS POR VARONES PÚBERES EN EL CBCL Y EN TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN. M Y D.S. DE LA ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DEL CBCL DE SAMANIEGO (ARGENTINA)

CBCL	V 1						V 2						Población Púberes			
	Test		Retest			Test		Retest			M. N.	D.S.	M. N.	D.S.	D.S.	
	1.º	2.º	3.º	1.º	2.º	3.º	1.º	2.º	3.º							
Puntaje Global	86	53	43	45	65	45	37	36	34.96	18.00	58.28	24.05				
Internalizante	21	14	8	12	13	12	7	7	9.13	6.11	16.42	9.23				
Retraimiento	8	4	2	2	6	5	2	2	3.25	2.68	5.68	3.86				
Q Somáticas	0	2	1	3	1	0	0	0	0.85	1.45	1.91	2.32				
Ans - depresión	13	8	5	7	6	7	5	5	5.03	3.61	8.83	5.17				
Externalizante	28	16	11	14	21	19	18	15	13.75	8.36	21.65	10.84				
Cond. Antisocial	7	3	2	3	2	3	2	3	2.67	2.42	4.54	2.95				
Agresividad	21	13	9	11	19	16	16	12	11.08	6.67	17.11	8.58				
Probl. Atención	11	7	4	4	15	8	6	6	4.75	3.49	8.71	4.05				
Probl. Sociales	7	6	4	3	5	3	3	4	2.58	2.38	4.92	3.06				
Probl. Pensam.	4	1	1	0	1	0	0	0	0.24	0.66	1.35	1.64				
Probl. Sexuales	1	1	1	1	1	0	0	0	0.39	1.00	0.67	1.20				
Otros Probl.	14	8	5	11	9	3	3	4	-	-	-	-				
Test Raven	Inferior T. M.	Término Medio		T. M.		Término Medio		T. M.		-	-	-	-			

BIBLIOGRAFÍA

- BION, W. (1963): *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- BLEICHMAR, H. (1997): *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específica*. Barcelona: Paidós.
- BRAZELTON, T. y CRAMER (1993): *La relación más temprana: Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- DOLTÓ, F. (1988): *La causa de los adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.
- FERNÁNDEZ, A. (1997): *La inteligencia atrapada*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- JANIN, B., FRIZZERA, C., HEUSER, M., ROJAS, M. C., TALLIS, J. y UNTOIGLICH, G. (2004): *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*, Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- SAMANIEGO, V. C. (1999): *El Child Behavior Checklist: su estandarización en la Argentina*. XXVII Congreso Interamericano de Psicología, Caracas, Venezuela.
- TABORDA, A.; DÍAZ, D. (2004): *Tratamiento psicoterapéutico individual y grupal en niños con Déficit Atencional*. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/204-tabordadiaz.htm>
- TABORDA, A y DÍAZ, D. (2005): *Una revisión crítica del diagnóstico de Déficit Atencional*. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores de Psicología del MERCOSUR.
- TABORDA, A. y DÍAZ, D. (2007): Una Revisión del diagnóstico de Déficit Atencional en la Niñez. Estudio descriptivo y propuesta terapéutica: *Cuestiones de la Infancia*. Vol. (11) Buenos Aires: UCES.
- TABORDA, A. y DÍAZ, D. (2007): Revisión crítica del diagnóstico de déficit atencional. Un abordaje psicoterapéutico psicoanalítico en Triolo Moya, F. y Giordano, M. F. (comp.) *La cultura actual. Su impacto en distintos campos disciplinares*. San Luis: L.A.E, 119-201.
- TABORDA, A. y DÍAZ, D. (2007): ¿Estamos frente a un incremento del trastorno de déficit atencional o a criterios que llevan a la patologización y sobremedicación de la infancia? en Triolo Moya, F. y Giordano, M. F. (comp.) *La cultura actual. Su impacto en distintos campos disciplinares*. San Luis: L.A.E, 119-201.
- TORRAS DE BEA, E. (1996): *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Barcelona. Paidós.
- WINNICOTT, D.W. (1965): *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Trad. 1996: J. Piatigorsky, Buenos Aires: Paidós.
- WINNICOTT, D. W. (1979): *El proceso de maduración en el niño. Estudio para una teoría emocional*. Barcelona: Paidós.