

CARACTERIZACION GENERAL DE LAS ALTERACIONES PSICOLOGICAS POPULARMENTE CONOCIDAS COMO HIPERACTIVIDAD: DEFICITS DE LA ATENCION-TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD (ADHD)

Dr. Miguel A. Roca Perara¹, Lic. Luisa del Carmen Alemán Arias²

¹ Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana

² Hospital Psiquiátrico de La Habana

RESUMEN

El trastorno clasificado como Déficit de la Atención/Trastorno de Hiperactividad es una de las problemáticas que con más frecuencia se presenta en la población infantil. Dada su importancia, el artículo se propone su caracterización general, haciendo referencia a sus manifestaciones fundamentales, los criterios de clasificación prevalentes, los factores causales en que resalta la multicausalidad y las formas de intervención psicológicas que conducen a su evolución favorable.

ABSTRACT

The dysfunction classified as Attention Deficit/Hyperactivity Dysfunction (ADHD) is one of the problems that frequently is presented in the child population. Give their importance, the present paper intends a general characterization of the dysfunction, making reference to its fundamental manifestations, the prevalent classification approaches, the causal factors in that it stands out the multicausalidad, its consequences and the psychological intervention forms that lead to its favorable evolution.

Es difícil visitar una escuela primaria, y no escuchar a un maestro que refiera que en su aula tiene al menos un niño que es impulsivo, no se está quieto, con facilidad pierde concentración, no termina ninguna actividad que empieza; de igual manera es difícil que en un día de consulta habitual, los profesionales que atienden niños y adolescentes con problemas emocionales y conductuales -psicólogos y psiquiatras infantiles- no refieran haber atendido un niño con conductas similares...

El párrafo anterior se refiere a los niños popularmente conocidos como "hiperactivos", una de las problemáticas en la población infantil que con más frecuencia es traída a consulta de atención psicóloga infantil. A pesar de tratarse de una de las problemáticas más frecuentes, su comprensión presupone ciertas precisiones, a fin de no enfatizar excesivamente en un enfoque taxonómico, clasificatorio, que lejos de ayudar al bienestar del niño puede conducir a un etiquetado de pronóstico fatalista en un niño realmente hiperactivo, o a la estigmatización de niños que en modo alguno debieron ser etiquetados, tales como aquellos niños con manifestaciones ansiosas expresadas en una elevada motricidad, o aquellos niños sumamente fantasiosos que expresan una aparente distractibilidad en actividades gratificantes.

En función de lo anterior resulta sumamente importante antes de hablar de uno u otro tipo de alteración psicológico infantil, tratar de comprender

algunas especificidades de los trastornos psicológicos que aparecen en los estadios tempranos del desarrollo, iniciales del ciclo vital y que pueden resultar generalizadas tanto a la hiperactividad como a otro tipo de problemática.

A diferencia de los adultos que reconocen su estado de malestar psicológico y tienen al menos alguna idea de hacia dónde dirigirse para buscar alivio, los niños y adolescentes no tienen clara conciencia de su malestar y sus razones, por lo que consecuentemente no buscan la ayuda psicológica que requerirían para ellos mismos.

Sin embargo, también a diferencia de los adultos en que ya una problemática determinada se ha consolidado y la intervención psicológica tiene en lo esencial una **connotación correctiva**, en los estadios iniciales del desarrollo, en la niñez y la adolescencia, es cuando más necesaria y eficiente resulta la intervención psicológica, sobre todo por su **connotación profiláctica**. La significación de este

tipo de intervención preventiva se debe, en lo esencial, a que una alteración psicológica en esta etapa del ciclo vital, al incidir en dos actividades tan importantes como el aprendizaje y el desarrollo de relaciones interpersonales que resultan de vital importancia para el ajuste posterior puede comprometer su bienestar y adaptación en la adultez.

Un niño psicológicamente dañado puede fallar en el dominio de tareas esenciales tales, como el desarrollo de la autoestima, el establecimiento de relaciones con los coetáneos, la solución de conflictos y la adquisición de habilidades académicas. Estas inadecuaciones pueden a su vez conducir a un rechazo y frustración incrementada.

La conducta inadecuada en el niño lo pone en desventaja con los coetáneos y lo hace tributario de la crítica, opinión desfavorable y censura de los adultos (maestros, padres, etc.) lo que a su vez conduce a una agudización de la problemática y a una creciente espiral que sedimenta el comportamiento indeseado y que puede concluir en un adulto inadaptado o con un claro componente disocial.

Esta visión dinámica presupone comprender la Psicopatología -en su sentido más general y no sólo la infantil- contextualizada en toda una serie de CAMBIOS que se presentan como parte inevitable del desarrollo humano. El *homo sapiens* se caracteriza por un conjunto de cambios a lo largo de todo su ciclo vital, que en muchos casos son gratificantes y en otros desgarradores, pero que resultan inevitables para el desarrollo y crecimiento humanos, y de los cuales puede depender el bienestar en estadios posteriores. Estos cambios se producen a distintos niveles -biológicos, cognitivos, sociales, emocionales, etc. -que lejos de excluirse se presuponen los unos a los otros dado el carácter holístico e integral del ser humano, así como a que los mismos tienen lugar en su entorno natural de existencia: el entramado de relaciones sociales e interpersonales, cultural e históricamente determinadas.

Lo anterior está indicando la necesidad, para el profesional de la Psicología Clínica y en particular de la clínica infantil, de partir en su quehacer del conocimiento y la comprensión del proceso del desarrollo psíquico humano, en particular de los estadios iniciales, dados los rápidos y dinámicos **cambios** que se producen en las personas y donde no siempre resulta fácil establecer qué es lo que es **normal** para una determinada edad.

El éxito o el fracaso al hacer frente a determinados problemas en un determinado punto del desarrollo, son vistos como los cimientos de las razones fundamentales sobre las cuales se estructurarán los problemas que tendrán que ser afrontados más tarde en la vida.

Una vez realizadas las anteriores precisiones acerca de la especificidad de las alteraciones psicológicas infantiles, nos referiremos a continuación a la taxonomía de las mismas.

CLASIFICACION DE TRASTORNOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

El sistema más ampliamente utilizado de clasificación para los trastornos psicológicos en niños y adolescentes es el sistema DSM (Diagnostical and Statistical Manual, Manual Diagnóstico y Estadístico). En los originales DSM los niños y adolescentes se clasificaban dentro de las categorías de adultos, y no se referían categorías específicas para los trastornos infantiles. La segunda clasificación de 1968 (DSM-II) introdujo solamente una categoría, la de Trastorno de la Conducta en la Niñez y la Adolescencia con seis diagnósticos específicos.

La clasificación de 1980, el DSM-III incluye un número significativamente mayor de categorías que el anterior y ya tiene su sección específica para los Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-99) que habitualmente son diagnosticados por vez primera en los estadios iniciales del ciclo vital -es decir la infancia, la niñez, la adolescencia y la juventud- es sólo un asunto de conveniencias, que no supone una clara distinción entre los trastornos infantiles y adultos dada la continuidad de este tipo de trastornos a lo largo del ciclo vital. Es válido señalar que constituye un elemento novedoso e interesante que es la inclusión del epígrafe: Síntomas dependientes de la cultura, la edad, y el sexo que resalta una visión de mayor determinación sociohistórica y cultural de las alteraciones psicológicas.

Como dato interesante, existe un enfoque relacionado similar que ha recibido cierta atención y se fundamenta en una taxonomía multivariada, propuesta por T.M. Achenbach, apoyándose en el término Multivariate Statistical Taxometric System (Sistema Taxométrico Estadístico Multivariado). A pesar de que el fundamento de este enfoque puede parecer la imposición de un modelo estadístico a la comprensión de las alteraciones psicológicas infantiles, la idea subyacente puede resultar útil, en tanto presupone la clasificación de los trastornos mediante la utilización de procedimientos estadísticos con vista a la determinación de qué síntomas ocurren asociados con qué otros síntomas: Utilizando las correlaciones entre tasas de pares de síntomas o pares de conductas, el investigador examina entonces estas relaciones para buscar patrones de características concurrentes.

Este método ha conducido a los investigadores a describir los trastornos en la infancia dentro de dos amplias categorías:

TRASTORNOS INTERNALIZADOS (Internalizing Disorders) son dificultades psicológicas que se consideran como dirigidas hacia el interior y sus síntomas fundamentales se asocian con lo que ha

dado en denominarse comportamientos sobrecontrolados (overcontrolled behaviors). En esta macrocategoría se incluyen trastornos tales como la ansiedad, la depresión, el rechazo social y el aislamiento así como los trastornos de la alimentación, teniendo una mayor prevalencia, en apariencia, en el sexo femenino.

TRASTORNOS EXTERNALIZADOS (Externalizing disorders) son patrones de conducta maladaptativa en niños a lo largo de diferentes situaciones y contextos exteriores, siendo lo fundamental el hecho de que crean problemas a los otros. En este caso se asocian con lo que ha dado en denominarse comportamientos subcontrolados (Undercontrolled behaviors) también llamados trastornos de conducta (Disruptive Behaviors), en los cuales los problemas conductuales de niños o adolescentes devienen serios conflictos entre él y su contexto social y son de más frecuente aparición en los varones que en las hembras.

A pesar que desde el punto de vista taxonómico y de comprensión, esta última clasificación puede resultar útil, la clasificación dicotomizada "externalizadora" o "internalizadora" puede resultar poco esclarecedora de la dinámica interna del niño y de sus implicaciones en su relación con el entorno no sólo en el aquí ahora sino a lo largo de su ciclo vital. Por ejemplo:

En una niña esencialmente internalizadora con manifestaciones de marcada timidez, puede parecer que su sufrimiento es sólo interno y que no "no crea problemas"... sin embargo, desde una perspectiva del desarrollo, en estadios posteriores como la adolescencia y juventud su "carga interna" y de resentimiento contra el contexto la pueden conducir a hostiles comportamientos de tipo "pasivo-agresivo" que potencialmente comprometerán significativamente en el futuro sus relaciones con el entorno, así como su bienestar y el de aquellos que le rodean.

Por otra parte:

Un niño esencialmente externalizador como el hiperactivo o el agresivo, puede parecer muy indiferente ante los problemas que crea cotidianamente su comportamiento volcado hacia afuera y los demás y, sin embargo, pueden tener vidas internas muy "atormentadas" debidas por una parte a su propio desorden interior pero también por las consecuencias que sobre su mundo interno, su bienestar y su autoestima generan el castigo, el ridículo y la atención (¡o no atención!) que su conducta indeseada genera.

No obstante, a pesar del valor que puedan tener estas y otras clasificaciones, como las que propone el CIE-10, el criterio prevalente a nivel mundial para la clasificación de las alteraciones psicológicas, continúa siendo el DSM, en la actualidad en su cuarta versión (DSM-IV). Con independencia de las

reservas que desde una cosmovisión humanista se pueda tener para asumir esta clasificación, la misma resulta útil desde el punto de vista práctico. Veamos a continuación, como contempla el DSM-IV el objeto de nuestro estudio: la hiperactividad, o como se le concibe en la actualidad clasificación, para el Trastorno de Déficit de Atención y Trastornos de Hiperactividad.

Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Déficit de Atención y Trastornos de Hiperactividad (ADHD Attentional Deficit/Hyperactivity Disorder)

El presupuesto general del que parte el DSM-IV para clasificar al niño ADHD es:

"Probablemente todo el mundo conoce al menos un niño considerado como hiperactivo, y es altamente probable que este niño esté en edad escolar. Estos niños a menudo se comportan impulsivamente o actúan sin pensar, un patrón que puede conducir tanto a la fricción social como al fracaso escolar. Tienen dificultad para concentrarse o focalizarse en una única actividad y a menudo cambian erráticamente de una tarea a otra sin terminar los proyectos que han empezado. Muchos de estos niños tienden a no mantener las conductas que se esperan de ellos por más de unos minutos - no importa que esto implique la atención sostenida a una tarea o un juego, la espera paciente de un evento deseado, o la modulación de las conductas espontáneas verbales o motoras-. Ellos parecen tener niveles de energía marcadamente elevados, con preferencias por actividades en ocasiones de gran intensidad".

Desde el punto de vista operativo, para diagnosticar el ADHD, la aparición tiene que ser no más tardía que los siete años de edad, los síntomas tienen que estar presentes en dos o más situaciones y con una duración de al menos seis meses, así como producir una clara evidencia de distrés clínicamente relevantes. Los indicadores que propone son:

1. Inatención. Vista en al menos seis de las siguientes manifestaciones.

A menudo:

...fracasa en prestar la atención estrecha a los detalles o comete errores por no ser cuidadoso en la escuela, el trabajo u otras actividades.

... tiene dificultades en sostener la atención en tareas o en actividades de juego.

...no parece escuchar lo que se le está diciendo.

...no puede seguir todo el curso de las instrucciones que se le brindan y fracasa en concluir sus tareas escolares o de otro tipo.

...tiene dificultades en la organización de tareas y actividades.

...evita o le disgustan fuertemente las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.

...es fácilmente distraído por estímulos extraños.
...es olvidadizo en sus actividades diarias o cotidianas.

2. Hiperactividad/Impulsividad. Vista en al menos seis de los siguientes aspectos:

Hiperactividad

A menudo

...molesta agitando sus manos o pies o retorciéndose en el asiento.
...deja su asiento en clases cuando permanecer sentado es lo esperado
...corretea de un lugar a otro o se encarama excesivamente en situaciones en que es inapropiado.
...tiene dificultades en jugar o implicarse en actividades de ocio tranquilamente.
...actúa como si estuviera "manejado por un motor"
...habla excesivamente

Impulsividad

A menudo

...suelta respuestas abruptas a preguntas, antes de que las preguntas hayan sido terminadas.
...tiene dificultades en esperar su turno.
...interrumpe a los otros o invade lo que están haciendo.

Como puede apreciarse, esta clasificación resulta valiosa desde el punto de vista descriptivo, sin embargo, para una adecuada intervención psicológica, resulta necesario no sólo su descripción sino el conocimiento del origen, la **etiología y las causas de la problemática**, para poder estructurar la forma en que se actuará psicoterapéuticamente sobre el niño. Y si el hombre constituye una unidad determinada de manera bio-psico-social, también ocurre así con sus problemas psicológicos:

Por su parte, la clasificación anterior, el DSM-III, aunque no vigente, es específica al referirse a algunos aspectos de interés en la problemática que nos ocupa. De esta manera, considera que los niños *hipercinéticos* tienen una aparición temprana de su sintomatología, por lo regular durante los primeros cinco años de vida, pero que se detecta fundamentalmente en el período escolar dadas las dificultades de estos niños para permanecer sentado y dirigir sus procesos cognoscitivos hacia la actividad didáctica del maestro, dos de los requisitos esenciales de la actividad escolar.

"Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva". (DSM-III, pag. 321)

Desde el punto de vista evolutivo, si estas manifestaciones no son oportunamente atendidas, tienden a persistir no sólo durante el período escolar, sino que se extienden a toda la vida adulta, a pesar de que también resulta frecuente una gradual y relativa mejoría de la hiperactividad y el déficit de la atención.

Causas Biológicas del ADHD

Dada la heterogeneidad sintomática de este cuadro y la diversidad de niños que lo presenta la tarea de buscar factores causales deviene sumamente complicada y es expresión de la vigencia de la polémica entre lo biológico y lo social en la determinación de lo psíquico.

No obstante, según algunos autores (Neale, 1994), es muy probable una cierta predisposición hereditaria al referirse a estudios realizados con gemelos idénticos (monocigóticos) y gemelos fraternales (dicigóticos) encontrando una coincidencia del ADHD de 51 % en los primeros y de 33 % para los segundos¹. A la par se refiere a posibles diferencias en el funcionamiento cerebral durante la ejecución de tareas, más evidente en áreas del cerebro implicadas en la autorregulación de las funciones motoras y los sistemas atencionales como las áreas frontales y frontal límbicas, con una aparente reducción del metabolismo de la glucosa cerebral.

Es ampliamente aceptado que la transmisión genética influye sobre las diferencias individuales en el nivel general de actividad de las personas, pero ¿contribuye en realidad lo genético a la presencia del trastorno? Muchos datos han sugerido que la respuesta es afirmativa, en tanto un individuo puede genéticamente tener una mayor predisposición a desarrollar ADHD en respuesta a eventos ambientales. Empíricamente esto se confirma en el hecho de que el ADHD ocurre más a menudo en parientes con lazos biológicos de un primer grado de niños con el trastorno, que lo que sería esperado en la población general. Aproximadamente el 25 % de los padres naturales de los niños ADHD comparados con un 4 % de padres adoptivos, tienen historias (recogidas retrospectivamente) de ADHD. (Kendal, 1995)

En la búsqueda de más explicaciones a la "causa biológica" del ADHD las investigaciones han estudiado el posible impacto del daño cerebral, la disfunción cerebral y la inmadurez neurológica. Hace más de 20 años la etiqueta Daño Cerebral Mínimo o Disfunción Cerebral Mínima (DCM), a nuestro juicio sumamente imprecisa, devino una categoría utilizada para calificar las conductas observadas en los niños ADHD. Sin embargo, la investigación acerca del papel del daño cerebral en el ADHD tampoco ha ofrecido soporte evidente de esta afirmación pues en un estudio de pacientes ADHD,

¹ A modo de abogado del diablo y sin pretender tomar partido, las propias cifras podrían servir para incitar a la polémica pues ¿por qué el 49 % y el 67 % restantes no desarrollaron la sintomatología ADHD? ¿no es este acaso un indicador de la prevalencia de los factores ambientales?...

sólo en un 5-10 % se encontró la evidencia de daño o disfunción cerebral y, sin embargo, una mayoría de niños con daño cerebral bien documentado no manifestaban ADHD. (Sarason, 1996)

Otras hipótesis sostienen que la hiperactividad se relaciona estrechamente con la dieta, como por ejemplo la ingestión de alimentos con edulcorantes, tintes y preservativos artificiales. De igual manera, y posiblemente en cierta relación, durante algún tiempo se han desarrollado "teorías populares" que se refieren al rol de las toxinas ambientales en el desarrollo de la hiperactividad. Una expresión de lo anterior puede ser la "adicción" del niño a algunas golosinas como los caramelos; estas teorías, sin embargo, no han encontrado un sólido soporte en las investigaciones cuidadosamente controladas,... a pesar del esfuerzo de los padres para regular la dieta de los hijos con el consiguiente malestar de estos al ser privados de alimentos gratificantes.

Otro punto de vista que ha tratado de defender el papel de lo biológico en la aparición y manifestaciones del ADHD es el aparente éxito de cierta medicamentación psicoestimulante (anfetaminas como el metilfenidato) que tiene el efecto de disminuir el nivel de energía a la par que facilita la atención del niño ADHD haciendo pensar que este efecto paradójico (en comparación lo que ocurre en el caso de los adultos) se debe al supuesto disfuncionamiento cerebral del niño ADHD. Esta afirmación, sin embargo, no parece concluyente pues los niños "normales" también tienen una respuesta similar a las anfetaminas - incremento de la atención y disminución de la actividad motriz- lo que parece ser una respuesta normal del cerebro infantil en sentido general y no sólo de aquellos niños portadores de ADHD.

Resulta, en síntesis, difícil asimilar la presencia de un factor biológico etiológico único en la aparición y manifestaciones de ADHD, a pesar de que parece existir cierta predisposición, en el hecho de que existe una mayor probabilidad de que los padres y madres de niños ADHD hayan tenido en su infancia o adolescencia manifestaciones similares, que poblaciones de control en que no estaba presente el ADHD (Sarason & Sarason 1996). Es evidente que estos datos pueden resultar confusos y sólo pueden ser considerados cuando se realizan estudios longitudinales con gemelos y niños adoptados, que resultan sumamente esclarecedores desde el punto de vista metodológico, pero muy difíciles desde un punto de vista práctico.

A pesar de ser una problemática común, el conocimiento con precisión de las causas biológicas del ADHD sigue siendo insuficientemente conocido. Todo parece apuntar a que se trata de la influencia de una compleja serie de factores que incluyen la herencia genética, los factores ambientales, el funcionamiento de diversas funciones cerebrales y el nivel de actividad de los neurotransmisores.

CAUSAS PSICOLOGICAS Y SOCIALES

En el estudio del ADHD prevalecen los estudios

que resaltan su determinación por causas biológicas y han sido menos estudiadas las causales de índole psicológica y social. No por ello estos factores tienen menor importancia y por el contrario su presencia en esta problemática resulta una constante que no se puede obviar a pesar de las dificultades para ser comprendida en su real magnitud.

Posiblemente las **interacciones entre los padres** y en el contexto familiar en general, resulte el componente más estudiado en la aparición de las dificultades emocionales y/o conductuales en niños y adolescentes y en particular en el ADHD. Uno de los elementos más estudiados es el "déficit de habilidades paternas o maternales" que lejos de promover comportamientos adaptativos en el hogar, tienen un efecto opuesto, en particular en aquellos niños con cierta predisposición a la conducta hiperactiva.

Lo característico en estos padres es que son más violentos e hiper-críticos en el uso de la disciplina, son regularmente más permisivos e inconsistentes. Son más propensos a reforzar o no castigar o hacerlo desproporcionalmente, las conductas maladaptativas a la par que, paradójicamente, no refuerzan o ignoran las conductas y manifestaciones positivas.

Se trata en todos los casos de manifestaciones que conducen a la no adquisición del **autocontrol**, una de las más importantes insuficiencias del niño con ADHD y tal vez el aspecto más relevante de esta problemática. Esto se muestra con claridad por Kendal (1995) cuando afirma:

"La falta de un ambiente de aprendizaje estructurado, observar el comportamiento inapropiado de otros, recibir recompensas por hacer las cosas rápidas, no haber sido enseñado en el uso de estrategias cognitivas para modular la atención así como la ruptura y desorganización en el hogar, pueden conducir al fracaso del niño para adquirir suficiente autocontrol".

La cita anterior, que resalta la ruptura y desorganización en el hogar, enfatiza una de las más importantes fuentes de alteraciones psicológicas en el contexto familiar, que puede conducir a la presencia y/o consolidación del ADHD en la infancia.

Las familias deshechas por el divorcio o en las que se experimentan notables trastornos o disfunciones maritales, aquellas con muy alto estrés experimentado por uno o varios miembros, la presencia de alteraciones psicopatológicas en uno o varios de los miembros (entre los cuales se señalan la depresión materna, la violencia doméstica, conductas adictivas particularmente de tipo alcohólicas, etc.) son elementos que están presentes con frecuencia en el contexto del niño ADHD, quien deviene especie de "chivo expiatorio" y es constantemente sometido a críticas, reproches y regaños que le convocan a **controlar** su conducta.

Esta situación tropieza con uno de los rasgos característicos del niño ADHD que incluso en

ocasiones, hace necesario establecer un diagnóstico diferencial con otros comportamientos infantiles de connotación disocial y que es su actitud desafiante, y de quebrantamiento **impulsivo** de normas sociales (aunque no por déficits morales o de valores), su tendencia a ser menos complaciente con los reclamos de los padres y a que las relaciones con estos esté marcada por un "tono negativo". Cuando así ocurre, se resalta algo a que nos referiremos al hablar de consecuencias del ADHD y es el carácter bidireccional de la problemática, que hace difícil establecer si la actitud de los padres es consecuencia o factor causal del comportamiento indeseado.

Al respecto refiere Patterson (1982):

"...Un proceso mediante el cual el niño aprende a escapar o evitar el criticismo personal mediante el escalamiento de las conductas negativas, lo cual a su vez conduce a incrementar las interrelaciones aversivas. Estas respuestas negativas, a su vez, refuerzan directamente las conductas desviadas".

Como puede apreciarse, esto se extiende incluso al contexto escolar y comunitario en que el niño, al no tener las habilidades básicas, no se adapta a estos contextos y sus reglas, y por lo tanto se convierten en elementos que, si bien no son causales de la problemática, sí agudizan sus manifestaciones: el ciclo que se manifiesta es similar a lo sucedido en el hogar y la familia.

En síntesis, al igual que sucede con los factores biológicos, la identificación de cómo influyen o determinan los factores psicológicos y sociales la aparición del ADHD resulta sumamente compleja en el ciclo de interacciones comunidad-escuela-familia-niño ADHD.

Consecuencias del ADHD

Un aspecto esencial en el estudio del ADHD es el referido a sus consecuencias para el niño portador de la problemática, tanto en el aquí ahora como en el futuro...

Entre otras tantas, el curso del ADHD tiene dos importantes consecuencias para el niño o adolescente a lo largo de su desarrollo, referidas a deficiencias y limitaciones en las esferas académicas y de las habilidades sociales.

Los déficits en la atención expresados tanto en una gran distractibilidad como la interrupción anticipada de la ejecución de tareas dejando actividades inconclusas y en la dificultad para estructurar coherente y eficientemente sus actividades académicas tienen un efecto casi directo sobre los procesos de aprendizaje a causa de lo mucho que limitan al niño a captar los conceptos y la información básica en el contexto escolar y, por tanto, a consolidar el proceso del aprendizaje.

Posiblemente una de las manifestaciones que más resaltan en la comprensión del niño ADHD es su **no**

eficiencia pues para desarrollar la más elemental de las actividades -no sólo escolares, sino de toda su vida cotidiana- genera una excesiva actividad motriz, regularmente torpe y desorganizada, que no sólo lo desgasta en exceso, sino que genera un gran malestar e irritación a su alrededor por el desorden y caos que provoca.

No resulta sorprendente entonces, que la inatención y la impulsividad de los niños ADHD estén a menudo asociadas con dificultades académicas. Según Davison & Neale (1994) se ha encontrado que entre un 20 y un 25 % de niños con ADHD tienen algunas dificultades de aprendizaje en matemáticas o lectura, y muchos más niños ADHD son colocados en programas educativos especiales a causa de su dificultad para adaptarse a los contextos escolares típicos.

A su vez, todas estas dificultades tienen un impacto negativo sobre el sistema de relaciones interpersonales del niño ADHD expresadas en una pérdida de habilidades sociales derivadas tanto del déficit que sobre su autoestima puede tener la conciencia de no asimilar y rendir académicamente a la par que sus coetáneos, como por la derivada "impopularidad" entre los mismos (tan nociva para la autoestima), la poca aceptación objetiva que puede tener entre estos dado tanto por su bajo rendimiento escolar como por la caoticidad que genera a su alrededor. En su conjunto esto puede conducir a una pérdida de la motivación hacia la actividad docente lo cual agrava aún más sus ya pobres resultados.

Muchos niños hiperactivos tienen dificultades para permanecer junto con los coetáneos y establecer amistades con ellos probablemente porque su conducta resulta molesta para los demás. Y es que aunque, estos niños son habitualmente amistosos y conversadores, tienen una marcada desinhibición en las relaciones sociales en las que tienen muy poco tacto con los demás, lo que los lleva a cometer inintencionalmente muchos errores en sus vínculos interpersonales, no derivados de negativismo o mala intención, pero que resultan molestos para los coetáneos que se alejarán entonces del niño ADHD. Algunas de estas manifestaciones incluyen la constante intromisión en lo que están realizando otras personas, la imperiosa necesidad (¿compulsión?) de emitir su punto de vista sin esperar a que otros concluyan².

Al respecto, es interesante señalar que los niños ADHD son por lo regular conscientes acerca de cual debe ser el comportamiento social correcto en situaciones hipotéticas pero son incapaces, dadas sus limitadas posibilidades de autocontrol y autorregulación, de traducir este conocimiento en conductas adecuadas en las interrelaciones cotidianas de la vida real. A menudo, esta incapacidad se combina con una agresividad impulsiva y una marcada desestructuración en las

² Observe el lector que nos estamos refiriendo a "rasgos asociados" que no son privativos del niño ADHD,... ¿cuántas personas no hiperactivas, no conoce Ud. con estas características?!

actividades en que participa, que conducen la rechazo de los coetáneos incluso en los grupos de reciente participación.

Como puede apreciarse esto deviene en un círculo vicioso, una espiral consistente de resultados decrecientes que puede alejar definitivamente al niño de su disposición hacia la actividad escolar y hacerlo vulnerable a comportamientos disociales en tanto incrementa una autoimagen negativa y conforma la creencia de que tiene pocas posibilidades de aprender. En su conjunto esto repercute negativamente de hecho sobre el curso y pronóstico de la problemática.

En el contexto escolar resulta pertinente señalar que los maestros tienden a actuar de una manera diferente hacia los niños ADHD que hacia sus coetáneos. Su actitud hacia aquellos tiende a ser más intensa y controladora dado el potencial desorden que saben que pueden provocar en el aula lo que puede conducir a una distorsión de su comportamiento con el resto de los niños lo que (nuevamente, por efecto de circularidad), puede incidir negativamente sobre la conducta del niño ADHD.

Por otra parte, el sistema de relaciones interpersonales de un niño ADHD no se limita al contexto escolar y de los coetáneos sino que tiene curso también -y sobre todo- en el contexto de la vida familiar. De esta manera, es frecuente la presencia de interacciones problemáticas entre los miembros de una familia en que esté presente un niño ADHD. Según Bernie & Siegel (1994, citados por Kendal) en estas familias están presentes altos niveles de estrés, dificultades mentales y conflictos entre sus miembros, a su vez las relaciones de los miembros de la familia con otros familiares los vecinos y amistades y la comunidad en general pueden ser conflictivas o restringidas, lo que conduce a una especie de encapsulamiento hogareño en que las tensiones no compartidas hacen sumamente desfavorable la dinámica familiar, agravando inclusive la problemática del niño ADHD.

Al respecto Sarason & Sarason (1996) afirman:

"Los padres de los niños ADHD experimentan un mayor estrés y una menor gratificación como padres, que lo experimentado por la mayoría de los padres. Aunque una buena parte de este estrés se deriva de las interacciones padres-hijos, otra importante fuente de estrés proviene de las personas de fuera de la familia quienes pueden responder negativamente ante los padres mediante su desaprobación ya sea de sus habilidades como padres o de la conducta del niño".

Por esta misma razón, la familia se inhibe de participar en actividades sociales, dado el miedo y temor a la repulsa y censura de los demás por el comportamiento desordenado e inadecuado del menor ante los requerimientos de cualquier actividad social.

Como habíamos señalado con anterioridad, habitualmente esta disfunción familiar es vista como causa o aspecto etiológico de las dificultades del niño ADHD. Sin embargo, con mucha frecuencia es difícil identificar una clara relación causa-efecto y, por el contrario, lo característico es la circularidad en que el comportamiento del niño ADHD dinamiza negativamente la vida familiar tanto por la constante atención y cuidados que se presuponen, como por la medida en que el niño no ha satisfecho las expectativas que los padres depositaron en él y que conduce a vivencias de frustración y consecuente irritabilidad,... que nuevamente se vuelcan sobre el niño ADHD.

Como puede apreciarse, las consecuencias del ADHD son globales y abarcan tanto el comportamiento, el mundo interno y las potencialidades del niño, como todo el sistema de relaciones interpersonales en que este está inmerso.

Una vez caracterizada la problemática del niño ADHD, las causas y consecuencias de la misma, sólo nos quedaría dar respuesta a la interrogante de ¿cómo abordar el tratamiento del niño ADHD?

Tratamiento del ADHD

En consonancia con lo que hemos descrito, algunos autores, en más de un 50 % de niños ADHD el trastorno tiende a la cronicidad y tendrá una sintomatología evidente en la adolescencia o adultez, lo que coloca en un mayor riesgo de problemas educacionales, conductuales y socioemocionales. Es por ello que resulta tan importante la intervención psicológica temprana que tenga efectos profilácticos sobre la adaptación y el bienestar futuro del niño ADHD.

Al mismo tiempo es importante que cualquier intervención sea cuidadosamente diseñada contextualmente, de modo tal que tenga efecto de generalizabilidad a los diferentes contextos en que se manifiesta la problemática del niño.

Aunque han sido múltiples los tratamientos propuestos, las formas más comunes incluyen la prescripción de medicamentos psicoestimulantes y la instrumentación de intervenciones conductuales encaminadas a la implementación de modificaciones en el contexto habitual (casa, escuela, etc.) del niño ADHD, así como la combinación de los mismos.

Todo parece indicar que los medicamentos que resultan más eficaces en el control del ADHD lo constituyen el Metilfenidato (Ritalin) y algunas anfetaminas (Dexedrine) que contribuyen a incrementar y mejorar la atención y a facilitar el control de impulsos, así como una notable mejoría en las relaciones sociales, el rendimiento académico y el respeto a las órdenes de las figuras de autoridad. A pesar de los efectos beneficiosos de los medicamentos, ellos tienen diferentes limitaciones como los efectos colaterales (insomnio, reducción de apetito, variaciones en el estado anímico, etc.) y su poca duración.

De igual forma, se ha trabajado en la implementación de intervenciones conductuales que

han incluido procedimientos tales como el modelado y la enseñanza de habilidades, el reforzamiento negativo y el time-out (tiempo fuera) de actividades placenteras, así como el reforzamiento positivo y la economía de fichas (token-economy). Estos procedimientos pueden ser diseñados tanto en formas individuales como grupales o su combinación.

En lo esencial, la mayor objeción que se ha hecho a ambos procedimientos va dirigida, no a su eficacia inmediata, sino a sus limitaciones para promover la estabilidad de los efectos a lo largo de la dimensión temporal y la generalizabilidad a los diferentes contextos. Es decir, lo que se logra es un control externo de la problemática y no el necesario autocontrol que presupone la misma. Con este propósito de autocontrol se han diseñado una serie de procedimientos cognitivamente orientados -que no descartan los medicamentos y procedimientos conductuales-, cuyo propósito va dirigido no sólo al logro de cambios conductuales permanentes, sino a la implicación y responsabilidad del propio niño en su logro.

Entre estos procedimientos está el Entrenamiento en Autoinstrucción (Self-Instruction Training, SIT) en que el niño mediante el discurso o diálogo encubierto, aprende a auto controlar el comportamiento disfuncional mediante la internalización gradual del contenido de las "órdenes" y directrices de los adultos. El propósito es enseñar el autodiálogo (self-talk) al niño que una vez interiorizado puede servir de mecanismo de control y autorregulación de sus acciones no verbales.

El entrenamiento en Solución de Problemas Sociales, es otro de los procedimientos en que se enseña al niño la forma de resolver determinados problemas a partir de la implementación de una serie de pasos previos a la toma de decisión antes de responder a una situación problemática. El presupuesto conceptual de este procedimiento, ya referido con anterioridad, es que el niño ADHD no se toma el tiempo suficiente para considerar alternativas de solución, debido a su limitado control de impulsos.

Ambos procedimientos aislados no han demostrado consistentemente su efectividad pues se trata de procedimientos que han sido muy eficaces con el adulto, pero que obvian el hecho de que el niño aún no ha desarrollado todo el potencial autorregulador de aquel,... y es precisamente esta la mayor limitación del niño ADHD, su insuficiente auto control. Precisamente, en esta dirección se han diseñado procedimientos o intervenciones, basados en contingencias concretas que conduzcan a una mejoría del autocontrol mediante los denominados procedimientos de automanejo (self-management) que cambian hacia el propio niño la responsabilidad habitualmente depositada en los padres y adultos: el control de las conductas inadaptadas.

Entre estos procedimientos se señalan: EL AUTOMONITOREO (self-monitoring) que parte del

presupuesto que el niño ADHD tiene un déficit cognitivo y no tiene el suficiente conocimiento de cuál es su conducta inadecuada, y de aquí que la intervención vaya encaminada a su identificación y se autoproponga el registro de la misma cada vez que esta ocurra.

De esta manera, una vez identificado el contenido y la frecuencia de aparición de la conducta indeseada se dan los pasos iniciales necesarios para el desarrollo del autocontrol.

Un procedimiento asociado es el Autorreforzamiento en el cual (partiendo del clásico paradigma conductista de que una conducta se mantiene y sostiene por sus consecuencias) se asume que los reforzamientos pueden ser un importante y necesario componente para complementar un procedimiento de autocontrol. De esta manera, se entrena al niño no sólo a registrar cuidadosamente su comportamiento, sino a que se "autorrecompense" cada vez que evalúe como efectivo y socialmente deseado su comportamiento social, antes inadaptado.

Por último, a pesar de la multiplicidad de procedimientos de intervención psicológica que pudiera señalarse dada la naturaleza multifacética del ADHD a que hacíamos referencia al hablar de sus causas, todo parece apuntar al hecho de que la combinación de procedimientos (medicamentosos, conductuales, cognitivos, etc.) parece ser muy superior a la esperada por una simple modalidad terapéutica específica. Según Ervin y colaboradores (1996) parece ser que, en particular, la combinación de medicamentos psicoestimulantes y las intervenciones cognitivo-conductuales resultan un buen "paquete complementario" a causa de que el medicamento -a partir de sus favorables efectos neurobiológicos- puede optimizar el funcionamiento fisiológico haciendo más efectivas las intervenciones cognitivo conductuales.

De igual manera, la positiva evolución cognitivo conductual que se logra con el progresivo autocontrol alcanzado y generalizabilidad, propenden a disminuir progresivamente la necesidad continuada del medicamento.

A modo de conclusión, resulta imprescindible señalar que ningún método para el tratamiento del ADHD (¡o de cualquier otra problemática psicológica infantil!) tiene un carácter universal *per se* sino que es imprescindible identificar lo que Beck llamo el "paradigma personal" y ser capaz de ajustar la intervención concreta al niño concreto,... en su también concreto contexto.

CONCLUSIONES

El ADHD es una de las problemáticas que con más frecuencia se presenta en los servicios de Atención Psicológica Infantil. Sus manifestaciones son variadas e implican disfunciones referidas tanto al componente motor (con una marcada y excesiva hiperactividad) como al componente atencional (con un marcado déficit del proceso) que conducen al

comportamiento inadaptado del niño, que de no ser atendido a tiempo puede traerle severas consecuencias para su bienestar y adaptación futuras, incluyendo su vida adulta.

Sus causas no han sido concluyentemente establecidas, aunque existe una fuerte tendencia a resaltar los componentes biológicos. No obstante, se le otorga un peso importante a los factores psicológicos y sociales; si no tanto en la etiología, con mucha fuerza en el mantenimiento y agravamiento de sus manifestaciones. Especial atención debe prestarse a las consecuencias del ADHD, dado su potencial para lacerar el bienestar y la adaptación del niño, no sólo en el aquí-ahora, sino en su vida futura.

Por último, los procesos psicoterapéuticos parecen apuntar a la integración por una parte de **procedimientos medicamentosos**, que contribuyen a un mejor funcionamiento neurológico, reductor de la excesiva motricidad y facilitador de los procesos atencionales, y de la otra parte los procedimientos cognitivo-conductuales que promueven el AUTOCONTROL del niño ADHD. Los efectos de ambos procedimientos tienden a facilitarse los unos a los otros y, a la larga, permitir gracias a un mayor desarrollo de las habilidades de autocontrol, potenciar la reducción o eliminación de los medicamentos.

REFERENCIAS

- BECK, A. (1981): **Terapia Cognitiva de la Depresión**, Edit. Desclee de Brower, Bilbao, España.
- Diagnostical and Statistical Manual III (DSM-III)
- Diagnostical and Statistical Manual IV (DSM-IV)
- ERVIN, R.; C. BANKER & G. DUPAUL (1996): "Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder" en **Cognitive Therapy with Children and Adolescents**, Eds. Mark A. Reinecke, Frank M. Dattilio y Arthur Freeman, Guilford Press.
- DAVISON, G. & J. NEALE (1994): **Abnormal Psychology**, Sixth Edition, John Wiley & Sons, Inc.
- KENDALL, P. & C. HAMMEN (1995): **Abnormal Psychology**, Houghton Mifflin.
- NEALE, D. (1994): **Abnormal Psychology**, Sixth Edition, John Wiley & Sons.
- PATTERSON, G. (1982): **Coercive Family Process**, Ed. Eugene, O.R.; Castalia.
- SARASON, I. & B. SARASON (1996): **Abnormal Psychology. The Problem of the Maladaptative Behavior**, Prentice Hall.
- WEBSTER-STRATTON, C. and M. HERBERT (1994): **Troubled Families-Problem Children**. Wiley & Sons, Ltd.