

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD. UNA APROXIMACIÓN AL FENÓMENO
DESDE UN ENFOQUE VINCULAR.**

**Profesor Guía :Susana Aronsohn F.
Profesor Informante :María Elena Concha L.
Alumno :Rodrigo Frías B.**

**Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología.
Tesis para optar al título de Psicólogo.**

**Santiago.
2000**

ÍNDICE

	PÁGINAS
1. - INTRODUCCIÓN.	7
2. - ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	11
3. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	22
4. - OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	23
5. - METODOLOGÍA DE TRABAJO.	24

PARTE 1.

EL SÍNDROME POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (SDAH).

6. - DEFINICIÓN Y ACLARACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA.	27
7. - ESTUDIOS DE PREVALENCIA.	29
8. - DIAGNÓSTICO DEL SDAH.	33
9. - EVALUACIÓN CLÍNICA DEL SDAH.	39
9.1. - ANAMNESIS.	39
9.2. - PSICOMETRÍA.	43
9.3. - EXAMEN NEUROLÓGICO.	48
9.4. - ESTUDIOS DE LABORATORIO.	49

PARTE 2.
ORIGEN DEL SDAH.

10. - EI SDAH DESDE EL MODELO BIOMÉDICO.	58
11. - ASIMETRÍAS MORFOFUNCIONALES.	60
12. - ORIGEN GENÉTICO.	63
13. - ORIGEN NEUROQUÍMICO.	65
14. - TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.	67
15. - ORIGEN PSICOSOCIAL DEL SDAH.	72
16. - ESTUDIOS EVOLUTIVOS DEL SDAH.	78

PARTE 3.
EL SDAH DESDE UN MODELO VINCULAR

17. - VÍNCULO Y PSICOPATOLOGÍA.	82
18. - EL SDAH COMO ESTRATEGIA VINCULAR COERCITIVA.	90
19. - EL SDAH DESDE UNA PERSPECTIVA POSTRACIONALISTA.	98
CONCLUSIONES.	107
BIBLIOGRAFÍA.	111

AGRADECIMIENTOS.

En la preparación de esta tesis participaron numerosas personas a las cuales les debo mi profundo agradecimiento por la importante colaboración que tuvieron.

En primer lugar quisiera agradecer a mi profesora guía PS. Susana Aronsohn por el apoyo y la confianza que me otorgó durante todo el desarrollo de esta tesis. A ella no sólo le debo un inmenso reconocimiento por su labor de tutora guía sino también por el importante papel que tuvo en mi formación académica.

Agradezco también a mi profesora informante Ps. María Elena Concha por su permanente disposición y colaboración en todo este proceso. Al profesor Ps. Juan José Soca (UAHC) por su ayuda en la búsqueda inicial de bibliografía actualizada en el tema de Síndrome por Déficit Atencional. A la Dra Nadia Saavedra (UAHC) y al Dr. Juan Salinas (Hospital Exequiel González Cortez) en la aclaración de temas neurológicos relacionados con el origen del SDAH. Al Dr. Everet Waters y a la Dra. Dominique Treboux ambos catedráticos de la universidad Norteamericana Stony Brook y la Dra. Inge Bretherton de la universidad de Wisconsin por su colaboración en el envío de importantes artículos que ayudaron al desarrollo de esta investigación.

A todos ellos mi profundo agradecimiento.

A Patricio e Inés.

1. INTRODUCCIÓN

El "Síndrome por Déficit de Atención con Hiperactividad" (SDAH) constituye actualmente uno de los problemas más frecuentes que deben enfrentar los servicios de salud mental infantil en nuestro medio (Minsal, 1998). Debido a la complejidad de los síntomas que éste suele presentarle al menor, como son los excesivos niveles de actividad y los problemas de atención que lo aquejan fuertemente tanto en el plano social como académico (DSM-IV, 1995), un sinnúmero de estudios se han llevado a cabo desde diversas áreas de investigación con el fin de establecer su origen e idear estrategias de intervención efectivas.

Una de estas áreas que mayor investigaciones ha desarrollado ha sido la biomédica. En los últimos 15 años se han venido realizando avances significativos en este campo. Las nuevas técnicas de investigación y de exploración cerebral han contribuido a esclarecer las posibles causas neurobiológicas del SDAH. Los estudios electroencefalográficos y de imágenes cerebrales computacionales ha permitido el hallazgo de ciertas alteraciones morfofuncionales en determinadas estructuras cerebrales posiblemente implicadas en la producción de los síntomas propios de este síndrome. A pesar de estos avances, aún no se logra establecer con precisión el tipo de alteraciones o disfunciones específicas que tendrían estos menores.

Según García (en López y Col, 1998, pp 25-42), la mayoría de las evidencias neurológicas recopiladas hasta el momento en el área biomédica derivan de estudios de imágenes cerebrales, tecnología que aún estaría en sus comienzos como herramienta diagnóstica.

La ausencia de signos de laboratorio en los menores con SDAH no permite que se puedan efectuar diagnósticos neurológicos precisos como tampoco estudios epidemiológicos objetivos. En relación a este punto, las cifras de prevalencia generalmente varían dependiendo de los criterios diagnósticos y de los instrumentos de medición utilizados para pesquisar el síndrome (Taylor, 1994).

Con relación al tratamiento farmacológico a los que son habitualmente expuestos los niños con Déficit Atencional, éste ha sido uno de los temas que mayor polémica ha suscitado entre los profesionales de la salud mental (Shaffer, 1992). Los complejos efectos colaterales que suelen provocarle al menor y su efectividad real son hoy temas de importante debate.

Diversas investigaciones se han centrado también en el estudio de los factores psicosociales que podrían estar implicados en el origen de este cuadro. Los hallazgos en esta área son numerosos y en general enfatizan la importancia de los contextos familiares disfuncionales (Vallet, 1981).

más precisa el papel que juegan ciertos contextos familiares en el desarrollo de este cuadro.

Los resultados poco concluyentes de las investigaciones neurológicas junto con las evidencias obtenidas de los estudios psicosociales del SDAH, hacen cada vez más relevante profundizar el estudio de los procesos psicoafectivos que subyacen a determinados contextos interaccionales del menor y que podrían estar a la base de la explicación de este fenómeno. A su vez, el tener una mayor claridad sobre estos aspectos implica un paso importante en la elaboración futura de estrategias de intervención más efectivas. Según muchos especialistas, ningún tratamiento hasta el momento ha logrado tener un impacto definitivo en el comportamiento de los niños con SDAH (Ruiz, en Arón y col, 1985; Goróstegui, en López y col, pp 157-167).

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

En 1845 el médico Alemán Heinrich Hoffman describió por primera vez las características conductuales de algunos menores excesivamente inquietos y distráctiles y dió origen al término "hiperactividad". Desde entonces se han efectuado multiples investigaciones con el fin de establecer las causas de este síndrome.

Los primeros estudios sistemáticos realizados en el ámbito biomédico datan del año 1934 cuando los doctores Kahn y Cohen investigaron las consecuencias neurológicas que dejaron en muchos menores las epidemias de encefalitis que siguieron a la primera guerra mundial (Taylor, 1994). Entre la ola de problemas psiquiátricos que originaron estas epidemias los autores describieron un cuadro caracterizado por un alto grado de hiperactividad e incoordinación motora al que denominaron "Síndrome Orgánico Cerebral", por suponer que una determinada lesión neurológica estaba originando estos desordenes en los niños. A pesar de que las evidencias neurológicas eran escasas estos comportamientos fueron atribuidos a causas orgánicas o constitucionales (Taylor, 1994).

Gran importancia tuvieron los aportes realizados por Bradley quien en 1937 reportó efectos positivos en la conducta de 14 niños inquietos y agresivos

de un total de 30 con la utilización de la Benzedrina (Shaffer, 1992). Esto significó una evidencia respecto de la posible intervención de alteraciones neuroquímicas, las cuales podían empezar a ser reguladas a partir del uso de anfetaminas. Según Small (1973), los estudios de Bradley significaron un apoyo a las denominaciones que hasta el momento eran utilizadas, a pesar de que las exploraciones neurológicas no lograban determinar con certeza el tipo de disfunción que originaba las alteraciones en los menores.

En 1947 Strauss realizó la primera descripción clínica completa de este cuadro y dió origen al término "Disfunción Cerebral Mínima" (DCM). Los trastornos que agrupaba esta definición se referían a dificultades en la coordinación motora, trastornos sensoriales, problemas de aprendizaje, dificultades atencionales, hiperactividad y problemas emocionales en niños de inteligencia normal o promedio y que no presentaban necesariamente evidencias de disfunciones neurológicas serias (Velazco, 1978).

Strauss consideraba que los signos "suaves" o "blandos" como las sincinesias, disdiadococinesias y lateralidad no definida detectados en algunos menores hiperactivos en los exámenes neurológicos, junto con las alteraciones electroencefalográficas e índices de leve retraso en alcanzar ciertos logros en las distintas etapas del desarrollo, eran suficiente evidencia para un diagnóstico de DCM (Taylor, 1994).

Se señalaban como causas probables de estos trastornos algunos factores perinatales como la anoxia neonatorum producida por obstrucción mecánica respiratoria; mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre; distocias debido a la aplicación deficiente de fórceps; expulsión demasiado rápida; parto prolongado y cesárea (Biaggi, 1996).

Para Small (1973), el diagnóstico de DCM era considerado menos nefasto que el de "Daño Orgánico Mínimo", el cual establecía perturbaciones más serias e inmodificables. Al mismo tiempo, permitía una intervención temprana en el niño a través de un adiestramiento especializado que le ayudaba a mejorar su rendimiento y comportamiento. Algunos en cambio, consideraban que este diagnóstico era aceptable únicamente si estaba apoyado por datos más rigurosos. Para otros, este término sólo pretendía ocultar la falta de conocimientos sobre la verdadera extensión del cambio en la estructura cerebral responsable de las disfunciones en estos menores.

El concepto de "Disfunción Cerebral Mínima" se popularizó en los años sesenta y contribuyó a definir en forma más precisa el grupo de respondedores a psicoestimulantes (Forster en López y Col, 1998, pp 193-211). Pero debido a la gran disparidad de criterios neurológicos y a la heterogeneidad de los elementos que configuraban este síndrome se empezó a utilizar a principios de la década de los 70 el término "hiperactividad" para referirse a los niños que presentaban

dificultades de atención y conducta impulsiva. Según Small (1973), se optó en este sentido, por utilizar un término más bien descriptivo y abandonar los términos etiológicos como el de DCM.

En 1980, a partir de un consenso al interior de las comisiones de trabajo de la Sociedad Americana de Psiquiatría, se introdujo en el Diagnostic and Statistical of Mental Disorders en su tercera edición (DSM-III) el término "Síndrome de Déficit Atencional", que definía una alteración del desarrollo caracterizada por falta de concentración, impulsividad e hiperactividad asociado a problemas de aprendizaje y anomalías conductuales (Cortés, en López y Col, 1998, pp 43-51). A partir de entonces las definiciones se centran en déficits atencionales, déficits de control de impulsos, dificultades sociales y problemas de adaptación, haciendo énfasis en lo conductual por sobre lo neurológico y en el déficit de atención por sobre la hiperactividad (Arón y col, 1985).

Estudios realizados por el ministerio de Salud (Minsal, 1998), indican que la cifra de menores en nuestra población aquejados por este síndrome alcanza a más del 5% de los problemas que deben enfrentar los servicios de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental Infantil con población de niños menores de 15 años. Ellos, junto con la enuresis, dan cuenta de los dos tercios de las consultas más frecuentes en los establecimientos de atención primaria. Sin embargo, no existen a la fecha estudios epidemiológicos que puedan establecer cifras objetivas

debido a la dificultad de medir en la población un trastorno definido por la ausencia de patología observable y por características establecidas en forma subjetiva.

En relación al estado actual de las investigaciones en el ámbito biomédico, las nuevas técnicas de investigación y de exploración cerebral han contribuido al esclarecimiento de las posibles causas neurológicas del SDAH.

Los avances tecnológicos en esta área han permitido el estudio de ciertas estructuras y funciones neurológicas consideradas claves en el desarrollo de este cuadro. Estos hallazgos sugieren la participación de múltiples factores estructurales y funcionales que incluyen estructuras del tronco encefálico, subcorticales y de la corteza cerebral, como también ciertos desbalances neuroquímicos (Plizka y col, 1996). Sin embargo, las causas y los mecanismos específicos de cómo surge este síndrome parecen todavía desconocidos.

Según Colombo (en López y Col, 1998), las evidencias neurológicas recopiladas hasta el momento permanecen aún como temas controvertidos y las conclusiones a las que se ha podido llegar en este ámbito parecen más bien generales e incluso muchas de ellas contradictorias.

En orden al tratamiento del SDAH, uno de los enfoques más clásicos que surge a partir de estos hallazgos y sobre todo a partir de los resultados que obtuvo Bradley con el uso de la Benzedrina en 1937, es la utilización de determinados fármacos que tienden a estabilizar químicamente las supuestas alteraciones neurológicas de estos menores.

La medicación, utilizada para el control sintomatológico del Déficit Atencional, está indicada con el objeto de disminuir la hiperactividad y la impulsividad que van creando al niño serias dificultades de adaptación, tanto en la escuela como en el hogar, permitiéndole tener una vida más organizada y dirigida, mejorando los procesos de atención y concentración.

Para Menkes (1980), los psicoestimulantes serían los agentes farmacéuticos más efectivos para el control de esta patología

En la actualidad, el Metilfenidato (Ritalín) sería el más utilizado por su rápido efecto en el organismo (20 minutos después de su administración) en comparación con otros estimulantes, dados sus efectos secundarios menos frecuentes y severos que los de la anfetamina (Minsal, 1998). Especialistas señalan que solo el 1,1% de los tratamientos con Ritalín deben suspenderse por complicaciones.

La medicamentación en los menores con SDAH es actualmente objeto de serios cuestionamientos por parte de algunos profesionales de la salud mental que la consideran inadecuada como forma de abordaje, debido a la sobremedicamentación a la que son habitualmente expuestos los menores y en general por los complicados efectos colaterales que suelen provocar.

Menkes (1980) considera que los efectos adversos se deben únicamente al uso de estos medicamentos en el niño no indicado, o a sobredosis en el niño indicado, pero que al ser administrados con la dosis efectiva los psicoestimulantes ayudarían al niño a volverse más meditativo y no menos alerta al mismo tiempo que actúan disminuyendo los excesivos niveles de actividad. Sin embargo, parece existir acuerdo entre los especialistas de que estos tratamientos comúnmente provocarían efectos secundarios en los menores.

Según Ruiz (en Arón y col 1985), no existen evidencias respecto a la asociación entre la medicamentación y el mejoramiento a largo plazo del rendimiento académico y de las mejoras en las relaciones sociales. En esta misma línea Goróstegui (en López y Col, 1998, pp 157-167) sostiene que "ningún tratamiento ha tenido un impacto definitivo en la conducta y en el rendimiento escolar, lo que sugiere la necesidad de intensificar la investigación y las intervenciones destinadas a responder a estas demandas".

Para Colombo (en López y Col, 1998, pp 53-58) "los conocimientos actuales en relación al Síndrome de Déficit Atencional no permiten establecer una etiología precisa para este cuadro".

A este respecto es importante mencionar que según el DSM-IV (1995) no existen pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticas en la evaluación clínica del Síndrome de Déficit Atencional.

Un importante aporte a la comprensión del origen de este cuadro han sido las investigaciones efectuadas en el área psicosocial. A pesar de que los factores psicosociales no han sido profundizados se ha logrado establecer que el SDAH estaría asociado a relaciones interpersonales adversas dentro del contexto familiar en el cual se encuentran frecuentemente problemas conyugales, alto grado de stress familiar, relaciones padre-hijo defectuosas y por lo general una falta de destreza de los padres en el manejo con estos niños.

Los estudios que han intentado dar respuestas sobre las causas de este fenómeno, fuera del enfoque médico, han aportado también con nuevas formas de tratamiento, lo que hace que a la variedad de teorías y posiciones respecto a la etiología de este síndrome se agregue una multiplicidad de intervenciones. A los tratamientos medicamentosos se suman intervenciones en el ámbito familiar y escolar. Éstas consisten en técnicas psicopedagógicas para afrontar la

discapacidad de aprendizaje que suelen mostrar muchos de estos niños; técnicas de modificación de conducta para el control de la hiperactividad mediante condicionamiento operante que incluyen a la vez ejercicios físicos y de relajación; entrenamientos en auto instrucción, atención, concentración y entrenamiento en reducción de la tensión.

La psicoterapia es también recomendada por los especialistas para trabajar con el menor los sentimientos de ansiedad, rechazo y profunda inseguridad que suelen provocarle las constantes recriminaciones, castigos y amenazas por parte de los padres y maestros quienes se ven por lo general sobrepasados en su capacidad de influir en la conducta del niño. Para Milicic (en López y col, 1998, pp 169-183), la psicoterapia es considerada hoy una importante ayuda para la familia debido a que las manifestaciones afectivas y conductuales del menor con SDAH afectan fuertemente todo este sistema que es el encargado de socializarlo. Según esta autora, "Las demandas financieras que supone la atención médica, psicológica y psicopedagógica de estos menores, los problemas de comunicación entre los padres respecto a su responsabilidad y al papel que pueden desempeñar cada uno para mejorar estos handicaps, y los problemas con los hermanos, son fuente de conflictos que requieren ser tratados en un contexto psicoterapéutico."

Con las evidencias recopiladas hasta el momento, los factores ambientales o familiares se constituyen en elementos decisivos al momento de efectuar el diagnóstico de SDAH y de emprender un tratamiento. A pesar de la importancia atribuida por los especialistas a estos factores, las investigaciones en este ámbito no han logrado determinar cómo inciden específicamente en el comportamiento de los menores.

Los aportes efectuados por importantes teorías vinculares nos permiten hoy observar más de cerca el rol de los factores familiares y psicoafectivos en el origen y desarrollo del SDAH. Los estudios empíricos en esta área han permitido un significativo avance en la comprensión del origen vincular del SDAH.

En este ámbito, las investigaciones efectuadas por Crittenden (1997) han resultado ser un aporte al estudio de ciertos tipos de vinculación materno-infantil que estarían implicados en el desarrollo de los comportamientos hiperactivos y disatencionales en los niños. Los estudios experimentales realizados por esta autora demostrarían que estos comportamientos no corresponden a una expresión conductual de determinados desajustes neurobiológicos en los menores, sino más bien, a estrategias vinculares que estos niños desarrollan a partir de ciertas relaciones materno-infantil tempranas específicas y que tienen como finalidad mantener la proximidad de la figura materna.

Los estudios de laboratorio han sido fundamentales en el desarrollo de la teoría de Crittenden. Sin embargo, las evaluaciones realizadas en este contexto experimental han sido efectuadas en un ámbito exclusivamente descriptivo. Esto implica algunas limitaciones para la evaluación de ciertos procesos psicológicos importantes que podrían aportar una visión más integral del fenómeno del SDAH.

Guidano (1996), identifica estos procesos y nos ofrece una explicación más global sobre el papel de las experiencias de apego tempranas en el origen de este desorden. Este autor recoge los análisis efectuados por Crittenden y los reformula desde su enfoque Post-racionalista. Desde esta perspectiva logra dar cuenta de una serie de fenómenos intersubjetivos que subyacen a estas relaciones materno-infantiles descritas por Crittenden en sus investigaciones y que van a influir decisivamente en el desarrollo de los comportamientos hiperactivos en los menores. Los análisis efectuados por este autor permiten explicar cómo estas experiencias de apego tempranas determinan una particular construcción de la realidad del sujeto y de su sentido de sí mismo a partir del cual se van a desarrollar estas estrategias vinculares. Desde esta perspectiva, Guidano intenta ofrecer una explicación unitaria sobre los fenómenos psicoafectivos que están a la base del SDAH.

3. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.

La dificultad que ha existido en poder determinar el origen neurobiológico del SDAH ha llevado a que se considere cada vez más el papel de los factores familiares en su desarrollo. Los hallazgos efectuados en el ámbito psicosocial han sido numerosos y han resultado ser un aporte tanto para la comprensión como para la identificación de este trastorno. Sin embargo, ¿Cómo intervienen específicamente las relaciones familiares defectuosas en el origen de los comportamientos disatencionales e hiperactivos en los menores? ¿Cuales son los procesos psicológicos que subyacen a estas relaciones y que permiten explicar el desarrollo del SDAH? . Al parecer, las investigaciones no han logrado determinar con precisión estos aspectos.

Los avances efectuados en los últimos años por algunas teorías vinculares nos permiten aclarar estos aspectos. En efecto, los estudios empíricos realizados por esta área de investigación han permitido un importante desarrollo de las elaboraciones teóricas referentes a la comprensión de la psicopatología infantil, contribuyendo también a la comprensión de los procesos psicoafectivos que surgen de ciertas experiencias vinculares específicas a temprana edad y que explicarían el origen del SDAH.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Realizar una búsqueda exhaustiva de antecedentes bibliográficos actualizados sobre las teorías más relevantes existentes hoy entorno al tema del Síndrome de Déficit Atencional.
2. Identificar los principales obstáculos que ha tenido el estudio sistemático de este síndrome. Esto es, poner de manifiesto las dificultades metodológicas que implica el estar hoy en presencia de una categoría diagnóstica exclusivamente descriptiva, tanto para los estudios epidemiológicos como para establecer criterios diagnósticos claros y definidos para su identificación.
3. Efectuar una revisión crítica de los trabajos y aportes más significativos realizados en el área biomédica y psicosocial del SDAH como también de los distintos tipos de tratamiento actualmente utilizados.
4. Realizar una aproximación al tema del Síndrome de Déficit Atencional a la luz de los hallazgos efectuados por algunas teorías vinculares en los últimos años, intentando relacionar ciertos elementos claves de éstas con el origen de este cuadro.

5. METODOLOGÍA DE TRABAJO.

Nuestro trabajo consiste en una investigación monográfica sobre el tema del Déficit Atencional. El análisis de las distintas fuentes bibliográficas existentes hoy en torno a este tema, constituye nuestro principal método de trabajo.

Nuestra metodología parte por una selección de la bibliografía especializada sobre el tema del SDAH. En esta selección enfatizamos los estudios actualizados, privilegiando los autores más significativos en este campo, considerando los datos empíricos aportados por las distintas corrientes, sus perspectivas críticas, así como los enfoques complementarios.

Con este procedimiento buscamos detectar los distintos elementos que nos permitieran obtener una visión amplia del fenómeno del SDAH, de sus causas y de su tratamiento, intentando analizar la validez de las distintas interpretaciones suministradas, para privilegiar finalmente los aportes efectuados en los últimos años desde importantes teorías vinculares.

La búsqueda de material actualizado se efectuó con la asesoría de médicos psiquiatras y psicólogos infantiles expertos en el tema del SDAH.

Debido a la escasez en nuestro medio de bibliografía e investigaciones en este campo y especialmente en el área vincular, parte importante de la literatura con la cual se realizó esta investigación proviene de libros y artículos de revistas de psiquiatría, neurología y psicología infantil Norteamericanos.

PRIMERA PARTE.

EL SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD.

6. DEFINICIÓN Y ACLARACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA.

El término "Síndrome de Déficit Atencional" ha recibido a lo largo de los años diversas denominaciones. A pesar de los cambios en su conceptualización, su descripción no ha variado significativamente hasta hoy, constituyéndose los problemas de atención y la hiperactividad como elementos centrales para su identificación (Biaggi, 1996).

En 1902, cuando el médico inglés G. Still abrió camino al estudio pediátrico del trastorno elaboró el término de "Condición Psíquica Anormal" para referirse a los menores que presentaban problemas de atención, inquietud motora y conducta agresiva (Taylor, 1994).

A pesar de que no existían evidencias neurológicas estos comportamientos fueron desde un comienzo atribuidos a causas orgánicas. Para Small (1973), el razonamiento que sostuvo este argumento consistió en que para la mayoría de los especialistas de la época cualquier conducta debía ser una manifestación de la función cerebral, y que los importantes cambios que ahí ocurrían debían reflejarse, a su vez, en importantes cambios conductuales.

En 1947, Strauss realizó la primera descripción clínica completa de este cuadro y dió origen al término "Disfunción Cerebral Mínima" (Velazco, 1978).

Sin embargo, debido a la gran disparidad de criterios neurológicos y la heterogeneidad de los elementos que configuraban este síndrome se empezó a utilizar a principios de la década de los 70 el término "hiperactividad".

En 1980, se introduce en el Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, (DSM) en su tercera edición, el término "Síndrome de Déficit Atencional". Según Arón (1985), este cambio en la conceptualización se debió a que se empezó a considerar que el nivel excesivo de actividad no parecía ser lo central en estos menores, pese al rasgo llamativo de este síntoma, sino que la calidad del movimiento más que la cantidad era lo que desadaptaría al menor. Para Ovalle (en Arón y col, 1985), "al poner el acento en el nivel o tipo de actividad motora se estaría sobresimplificando un trastorno complejo que iría más allá de los procesos de descarga de energía psicofísica". Ovalle considera que las dificultades en los procesos de atención se constituyen como elementos más importantes y determinantes que los excesivos niveles de actividad.

Actualmente, para los especialistas la hiperactividad es considerada únicamente como un síntoma llamativo por lo perturbador para el niño y su medio, pero inespecífico (Benasayag, 1989). Ésta puede presentarse tanto integrando un síndrome disatencional o bien corresponder a un síntoma reactivo a situaciones ambientales. Chamorro (1994) señala que la hiperactividad sólo destaca un mayor nivel de actividad motora que lo que se encuentra en la

mayoría de los niños de similar edad, sexo, cultura y clase social.

Según Avaria (en López y Col 1998, pp 125-130), en la actualidad parece existir un mayor acuerdo en la definición del SDAH. Sin embargo, sostiene que desde el punto de vista clínico como el de la investigación esta aclaración terminológica no otorgaría mayor utilidad debido a que los criterios diagnósticos propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría en las progresivas ediciones del DSM (1980, 1985, 1995) persisten en ser vagos e imprecisos y difíciles de cuantificar.

Como veremos, el estar en presencia de una categoría diagnóstica definida hoy por la ausencia de patología observable y por características establecidas en forma subjetiva, dificulta la investigación sistemática del SDAH.

7. ESTUDIOS DE PREVALENCIA.

Una de las áreas de estudio donde se observan estas dificultades es en las investigaciones epidemiológicas del síndrome.

Para Taylor (1994), las diferencias en las prácticas diagnósticas de los distintos países, la utilización de distintos instrumentos de medición para

pesquisar este cuadro y las diversas interpretaciones que pueden hacerse sobre la variabilidad de síntomas que este cuadro presenta afectan directamente los resultados de prevalencia.

Los criterios diagnósticos establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM III-R (1985) indican que la prevalencia de este síndrome sería de un 3% a 5% en los niños de edad escolar, cifra que aún se mantiene en la cuarta edición de este manual DSM-IV (1995). A partir de los criterios utilizados por la clasificación internacional de enfermedades CIE 10, esta cifra es menor arrojando una prevalencia de un 1,7% (Minsal, 1998). Estas diferencias se deben a que los criterios establecidos en el DSM-III (1985), aunque similares al CIE-10 en cuanto a las conductas que se consideran de base para el diagnóstico, son más exhaustivos en la descripción de la conducta del niño en distintas situaciones y más precisos en los plazos. Según Taylor (1994), las diferencias más significativas aparecen al considerar el predominio administrativo del síndrome, o sea, la cantidad o proporción de casos o diagnósticos efectuados en la práctica clínica rutinaria en una determinada ciudad o estado de un país. Dos importantes estudios realizados en Estados Unidos establecieron que uno de cada 100 menores recibía el diagnóstico de un médico y el tratamiento farmacológico correspondiente, por contraste, en una ciudad interna de Londres, Inglaterra, el predominio era de sólo un caso en 2000 en niños menores de 10 años, ya que el criterio utilizado en ese país es menos

estricto (Taylor, 1994).

Se ha establecido también que este trastorno suele ser más común en niños que en niñas, con proporciones que oscilan según los distintos estudios entre el 4:1 y 9:1 (Minsal, 1998). Kagan (en Valett, 1981) sostiene que esta diferencia en la prevalencia según sexo se debe a que las niñas son físicamente más maduras que los niños, y que éstas tendrían una mielinización más rápida de las células nerviosas.

Goodman y Stevenson (en Chamorro, 1994), proponen en cambio que la mayor frecuencia de este síndrome en niños por sobre el de las niñas podría ser explicado por la existencia de un "efecto umbral", en el que las niñas requieren de una mayor carga genética para poder expresar este síndrome.

Taylor (1994) atribuye estas diferencias a posibles factores socioculturales relacionados con la mayor tolerancia de los adultos frente a las conductas hiperactivas de las niñas que de los niños en la etapa preescolar y escolar. Sin embargo, aún no existen estudios que permitan explicar estas variaciones significativas entre género.

Otro factor a considerar en las diferencias de los cálculos de prevalencia tiene relación con los diferentes instrumentos utilizados para pesquisar el cuadro.

En la década de los 60 Cantwell estableció que la prevalencia de este síndrome variaba considerablemente cuando se utilizaban las escalas de medición de comportamiento hiperactivo. Según este autor, las escalas tienden generalmente a dar tasas más altas de prevalencia en comparación, por ejemplo, con quienes utilizan métodos de observación directa.

Taylor (1994) sostiene que cuando el diagnóstico es realizado con entrevistas estructuradas dirigidas a los padres y maestros, los resultados de predominio suelen ser mucho más altos llegando algunos estudios a arrojar tasas de prevalencia de hasta un 19% en poblaciones de preescolares y de 17% en escolares.

Como vemos, las diferentes cifras de prevalencia que arrojan los distintos estudios epidemiológicos varían directamente en función de las prácticas diagnósticas de los distintos países, pero sobre todo, en función del tipo de instrumento de medición utilizado para pesquisar el trastorno los cuales tienden a evaluar los comportamientos de estos menores de acuerdo a criterios subjetivos. En este contexto, una descripción más rigurosa de las manifestaciones conductuales y una apreciación más adecuada de los componentes individuales y sociales del SDAH permitiría uniformar criterios diagnósticos y obtener así cifras de prevalencia más objetivas que logren aportar a la investigación de este síndrome.

8. DIAGNÓSTICO DEL SDAH.

A pesar de los intentos por definir el SDAH en forma cada vez más delimitada y por establecer criterios objetivos para su identificación aún parecen persistir dificultades en el ámbito diagnóstico.

Cuando este cuadro era asociado antiguamente a la llamada "Disfunción Cerebral Mínima", las dificultades diagnósticas consistían principalmente en la disparidad de criterios neurológicos y la heterogeneidad de los elementos que configuraban el cuadro. Según Small (1973), se consideraban como elementos diagnósticos diversas disfunciones neurológicas y cognitivas leves sin relación entre sí y los puntos a tener en cuenta para elaborarlo eran tan numerosos que se requería de clínicos experimentados e incluso de clínicas multidisciplinarias experimentadas o de secciones especiales dentro de los departamentos de pediatría de los hospitales.

Actualmente, las dificultades que presenta el diagnóstico del SDAH no parecen ser muy distintas. Esto queda de manifiesto al observar los cambios que el concepto de SDAH ha sufrido en las sucesivas ediciones del DSM (1980, 1986, 1995).

Desde que en 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría empezó a delinear los criterios diagnósticos para el Síndrome de Déficit Atencional, su delimitación clínica seguía siendo objeto de discusión por parte de numerosos especialistas.

La primera denominación aparecida en el DSM-III en el año 1980 consideraba que el déficit básico era de carácter atencional, donde la hiperactividad, aunque frecuentemente presente en este cuadro, podía o no estar presente.

Se hablaba entonces del "Trastorno por Déficit de Atención", en su modalidad "con hiperactividad", ya que podía existir el Trastorno por Déficit Atencional "sin hiperactividad" (DSM-III, 1980) que describía a niños con dificultades atencionales que se mostraban más lentos en tareas motoras y en su desempeño académico en general y que no presentaban como síntomas cardinales la impulsividad y la hiperactividad.

Posteriormente, la versión revisada del DSM-III publicada en 1985, consideró arbitraria esta distinción e introdujo algunas modificaciones al diagnóstico cuyo nombre fue reemplazado por el de "Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad", estableciendo así la presencia en todos estos niños de comportamientos disatencionales e hiperkinéticos.

Atencional con Hiperactividad", estableciendo así la presencia en todos estos niños de comportamientos disatencionales e hiperkinéticos.

Esta distinción se reintroduce en el DSM-IV (1995) el que establece ahora la categoría de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad en subtipos, de presentación mixta, predominantemente inatentiva o predominantemente hiperactiva. Esta categoría diagnóstica, que hace énfasis en los distintos subtipos, permite según los especialistas identificar a grupos cada vez más precisos de pacientes a diferencia de los criterios anteriores que definían grupos más homogéneos.

Las diferentes manifestaciones clínicas que suelen presentar los niños con SDAH son consideradas actualmente relevantes para el pronóstico del cuadro.

Estudios longitudinales demuestran que los niños con diagnóstico de SDAH tienen diferentes cursos evolutivos los que corresponderían a subtipos diferenciables desde la niñez. Estos estudios han demostrado, por ejemplo, que los niños con SDAH que presentan desde muy temprano conducta impulsiva tienden con mayor probabilidad a desarrollar en el futuro conducta antisocial y una mayor predisposición al consumo de drogas.

Para Bierdman (1986), los distintos cursos evolutivos del SDAH pueden explicarse a partir de factores ambientales. En sus estudios familiares, este autor constató una mayor frecuencia de trastornos afectivos, relaciones padre- hijos defectuosas y problemas conyugales en los familiares de niños con SDAH que presentaban a futuro trastornos de tipo antisocial.

Barkley (1991), en otro estudio constató diferencias significativas al comparar los padres de niños con SDAH con padres de niños normales. Entre las diferencias que más destacaban figuraban un mayor nivel de abuso de alcohol, más conductas antisociales, inestabilidad laboral y mayor frecuencia de personalidad antisocial en los padres de menores hiperactivos. También encontró que los adolescentes con SDAH asociado a impulsividad se encontraban con mayor frecuencia en hogares donde existía mayor cantidad de problemas de inestabilidad emocional por parte de la madre.

Carrasco (en López y Col, 1998, pp 213-221) plantea que los factores ambientales tendrían una importancia decisiva en el pronóstico por lo que no es posible atribuir la evolución del cuadro únicamente a propiedades biológicas. Sin embargo, la pregunta a cerca de si los distintos cursos evolutivos del SDAH corresponden o no a subtipos diferenciables desde la niñez no se ha establecido con precisión.

Otro punto a destacar relacionado con las dificultades que presenta para el diagnóstico la actual definición del síndrome es el del diagnóstico diferencial.

Según Menkes (1980), debido a la variabilidad de síntomas que éste trastorno sigue presentando en la actualidad, el diagnóstico diferencial debe realizarse en forma cuidadosa ya que existen muchas entidades nosológicas que comparten muchos de los síntomas del SDAH. Por ello, se considera de gran importancia una vez que se plantea el diagnóstico de SDAH el que se realicen exámenes clínicos completos con el fin de descartar enfermedades que presentan como síntomas tanto en su inicio como evolución dificultades de concentración y trastornos conductuales.

Es el caso de los tumores del Sistema Nervioso Central y la hidrocefalia que presentan síntomas similares al Déficit Atencional y en los cuales el diagnóstico precoz se vuelve de suma importancia. También enfermedades de tipo neuromuscular, asma crónicas, cuadros epilépticos y anemias suelen tener una sintomatología de inicio similar a la del SDAH y favorecer el fracaso escolar debido al uso de medicamentos que interfieren con la capacidad de alerta (Avaria, en López y col, 1998, pp 125-130).

Sin duda, una de las primeras dificultades que presenta el diagnóstico de SDAH consiste en la dificultad de distinguir los síntomas de este síndrome con

los comportamientos propios de la edad en los niños activos (DSM-IV). Para los especialistas, en las primeras etapas de la vida preescolar y escolar, los niños son por naturaleza inquietos, distráctiles o impulsivos.

Según afirma Menkes (1980), "a pesar de las llamativas apariencias clínicas de este desorden es difícil cuantificar el movimiento excesivo en estos menores. En la infancia los movimientos corporales son tan frecuentes en niños normales como en los hiperactivos". En situaciones no estructuradas, los niños son, por lo general, muy activos y los hiperactivos se destacan sólo en situaciones estructuradas donde aparecen diferencias tanto en la cantidad como en la relevancia de la actividad.

Chamorro (1994) plantea que la sintomatología va a tener mayor o menor relevancia dependiendo de los niveles de flexibilidad y rigidez que tengan los padres y maestros de estos niños y señala que las conductas hiperactivas serán rotuladas de disfuncional en la medida en que se den con mayor frecuencia y afecten la vida social, familiar y escolar del menor.

A pesar de la evolución que ha sufrido el concepto de SDAH a través de los años al interior de los manuales psiquiátricos de enfermedades su delimitación clínica parece seguir presentando dificultades. Por ello, hoy se le otorga gran importancia a todos aquellos procedimientos que puedan conducir a

un diagnóstico integral del SDAH.

9. EVALUACIÓN CLÍNICA DE SDAH.

Entre los métodos utilizados para establecer el diagnóstico del SDAH observamos cuatro procedimientos esenciales para pesquisar adecuadamente este síndrome y que desde la década de los 60 han venido siendo los procedimientos utilizados para una correcta evaluación del síndrome.

Estos son: la anamnesis clínica, los estudios psicométricos, la exploración neurológica y los estudios de laboratorio.

En conjunto estos procedimientos otorgarían no solo una mayor precisión en el diagnóstico, también ayudarían a elaborar estrategias de intervención multidisciplinarias consideradas más efectivas para el tratamiento de este síndrome.

9.1. ANAMNESIS

Según Pinto (en López y col, 1998, pp 95-106), debido a que los exámenes físico-clínicos son habitualmente normales en estos niños el

diagnóstico se realiza principalmente a través de una anamnesis.

La anamnesis debe recopilar información sobre la forma cómo se expresan en diversos ámbitos como la escuela y el hogar las tres dimensiones que según los criterios actuales del DSM-IV definen el cuadro; la inatención, la impulsividad y la hiperactividad.

La inatención puede manifestarse en distintos ámbitos como la escuela, el hogar, los estudios y las actividades de juego. El menor realiza comunmente las actividades en forma poco reflexiva y presenta dificultad para seguir instrucciones y finalizar las tareas.

La hiperactividad es un síntoma llamativo en estos menores. Están constantemente inquietos y no pueden permanecer en sus puestos por mucho tiempo. Ésta no es sólo motora sino también verbal, hablan excesivamente e interrumpen constantemente, lo que dificulta el diálogo con ellos.

La impulsividad se manifiesta por las respuestas precipitadas y la impaciencia que suelen mostrar. No respetan turnos ni normas y muestran dificultad para adecuarse a los contextos de trabajo y de juego.

Además de una descripción exhaustiva del comportamiento del niño en estas tres áreas, se aconseja que en la anamnesis se recopilen cuidadosamente los antecedentes del desarrollo del menor, determinar la existencia de familiares consanguíneos con problemas similares a los que presenta el menor en la actualidad y establecer las características del establecimiento educacional al que asiste el niño.

También debe hacer especial énfasis en los problemas psicosociales, en especial los que se refieren a las condiciones de crianza y a los conflictos entre las expectativas de los adultos y el rendimiento escolar y social del niño y/o sistemas educativos excesivamente rígidos o desestructurados. Sin embargo, en estos niños, la anamnesis parece estar más orientada en descubrir en su experiencia vital indicios de retraso madurativo, trastornos de conducta y de aprendizaje y cualquier episodio de probable significación etiológica durante el embarazo, el parto y las primeras etapas del desarrollo.

Con respecto al valor de la anamnesis en el diagnóstico del SDAH existen diversas posiciones.

Menkes (1980) sostiene que solo un número pequeño de niños con lesiones neurológicas comprobadas a través de exámenes neurológicos presentan generalmente evidencia de trastorno en la anamnesis, por lo que este

procedimiento con fines diagnóstico no es efectivo.

Según Wender (en Small, 1973) la anamnesis se constituye como el instrumento de diagnóstico más importante en la evaluación de los niños hiperactivos. Según plantea este autor, cualquier información que no provenga de la anamnesis, como por ejemplo los resultados de los test psicométricos y exámenes neurológicos son de valor limitado. Para Di Leo (en Small, 1973), la anamnesis no se constituye en sí como el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezcan antecedentes de complicaciones en el embarazo, hemorragia uterina, trabajo de parto prolongado y sufrimiento fetal. La anamnesis sugiere al profesional experimentado sólo una impresión diagnóstica que luego podrá o no desarrollar.

Hoy, el valor de este procedimiento clínico es considerado de gran importancia para el diagnóstico. La evolución que ha sufrido la comprensión de este cuadro a través de los años hace fundamental el obtener una visión del menor sobre la forma como se ha expresado, a través del tiempo, la desatención, la hiperactividad y la impulsividad en los distintos ámbitos sociales del niño.

9.2. PSICOMETRÍA.

La utilización de test psicológicos es otro de los procedimientos empleados en el diagnóstico del SDAH. Estos permiten evaluar cuantitativa y cualitativamente determinadas disfunciones cerebrales superiores imposibles de medir con los métodos físico-clínicos tradicionales y al mismo tiempo dan cuenta de alteraciones emocionales que ayudan a precisar el diagnóstico estableciendo las áreas fuertes y débiles que presenta el paciente orientando el tratamiento.

Los criterios para seleccionar una batería de test deben considerar la sintomatología del niño, su edad cronológica, su nivel de lenguaje y escolaridad, como también la calidad de las pruebas en lo que se refiere a su validez, confiabilidad y la experiencia del evaluador en la aplicación de éstas.

Las áreas que se evalúan en estos menores son la conductual, la intelectual, la visomotora y la emocional. Las evidencias clínicas demuestran que un gran porcentaje de niños con SDAH presenta dificultades en más de una de estas áreas.

Diversas técnicas han sido elaboradas con el fin de pesquisar información relevante acerca de la conducta de estos menores tanto en el hogar como en la escuela. En este punto, la información que otorgan los padres y maestros es

considerada una ayuda importante para la identificación del síndrome y muchas veces se vuelve decisiva a la hora del diagnóstico (Martinez, 1988).

Con respecto al papel de los establecimientos educacionales en la evaluación de estos niños, Chadwick (1985) plantea que el personal escolar ha ido interviniendo cada vez más en el diagnóstico del Déficit Atencional y señala los serios riesgos que implica las presiones escolares que obligan a los padres a someter a estos niños a tratamiento farmacológicos.

Para Martinez (1988), una de las técnicas más utilizada en la evaluación del SDAH son las escalas de medición, debido a que proporcionan una visión relativamente global del comportamiento del niño en distintas situaciones y desde la óptica de personas que son fundamentales dentro de su ambiente, los padres y maestros. Los datos proporcionados por los profesores son considerados de mayor utilidad debido al menor compromiso emocional que tienen con el menor y a que sus observaciones son más actuales y pueden ser comparadas con el resto de los niños de su mismo nivel. Martinez considera que "el obtener datos numéricos sobre la variedad de conductas del niño resulta muy útil a la hora de determinar si estadísticamente se apartan de las puntuaciones que establece la normalidad, lo cual representa una ventaja sobre los criterios diagnósticos utilizados en el DSM-III". Para este autor, una importante ayuda tanto para el diagnóstico como para el seguimiento del cuadro, lo constituye la

"Escala de Medición de Conducta de Conners" dirigido a padres y maestros.

Esta escala consiste en un listado de conductas que los profesores deben puntuar, tanto al momento de iniciar algún tipo de tratamiento como para evaluar la respuesta del menor a éste. Consta de 39 ítems agrupados en tres sub escalas destinadas a evaluar conducta en la sala de clases, participación en grupo y actitud hacia la autoridad.

En nuestro medio se utilizaba una versión abreviada de este test, el que consta de 10 de los 39 ítems originales. Se ha determinado que este test mostraría sensibilidad para cualificar y cuantificar la hiperactividad y las fallas en los procesos de atención, además tendría la ventaja de que puede ser aplicado repetidas veces a lo largo del tratamiento permitiendo evaluar la efectividad de los medicamentos como los progresos en general del menor.

Otro método similar en el cual los padres y profesores deben considerar comportamientos específicos de los menores en las distintas etapas del tratamiento lo constituye la " Escala Valorativa de Conductas Hiperactivas para Padres y Maestros" (Valett, 1981). Las comparaciones posteriores de los resultados obtenidos por cada una de estas partes permiten una visión más amplia y objetiva de los distintos comportamientos que presenta el menor en diversos ámbitos y una planificación de programas de tratamiento más efectivos.

Según Chadwick (1985), las escalas utilizadas con fines diagnósticos han puesto de manifiesto sensibilidad al medir el comportamiento hiperactivo al mismo tiempo que son de fácil aplicación y de naturaleza directa.

También se le ha otorgado una importante utilidad a los test psicométricos para la evaluación del área intelectual. Entre las pruebas más utilizadas se encuentra La Escala de Inteligencia Infantil de Wechsler (WISC). Small (1973) sostiene que la aplicación de esta prueba permite obtener datos relevantes sobre la forma cómo el niño procesa la información, su estado de alerta y las características generales de su estilo cognitivo. Esto permite la elaboración de estrategias de intervención específicas orientadas a recuperar al menor en las áreas que presenta más deficitarias.

Para la evaluación del área visomotora se considera de gran utilidad el test de Bender. Este test, que evalúa la capacidad del menor de copiar fielmente ciertas imágenes geométricas con determinada orientación espacial, ha sido la prueba más utilizada para medir la capacidad visomotora en los niños con SDAH y fué de mucha ayuda en las investigaciones sobre DCM (Small, 1973).

Se ha observado que los niños con diagnóstico de SDAH presentan dificultades en la ejecución de este test. Generalmente cometen errores de omisión, rotación y traslación de imágenes, lo que para algunos especialistas

indicaría la presencia de trastornos específicos del aprendizaje y otras alteraciones de carácter neuromadurativas. Según Schlager (en Arón y col, 1985), se debe proceder con cautela en la administración de esta prueba debido a que las implicaciones de posible daño orgánico pueden ser exageradas y siempre deben ser cotejadas con el estudio completo del paciente.

Con respecto a la evaluación del área emocional del menor, los autores coinciden en la utilidad que tiene para el tratamiento conocer el mundo afectivo del paciente.

Según las evidencias clínicas, los menores con Déficit Atencional tienden a mostrar un bajo nivel de autoestima, una baja tolerancia a la frustración y en general dificultades en las relaciones sociales tanto con sus pares como con los miembros de su familia. Algunos test proyectivos como el test de Apercepción Temática y el test del Dibujo de la Familia permiten conocer en profundidad los problemas y obstáculos emocionales que enfrenta el menor con SDAH. De esta forma, conociendo mejor el estilo afectivo del niño se puede emprender un trabajo más orientado e integral.

9.3. EXAMEN NEUROLÓGICO.

Desde que el SDAH fuera asimilado antiguamente a la llamada "Disfunción Cerebral Mínima", la exploración neurológica ha sido considerada de gran relevancia. Sin embargo, desde sus inicios ésta presentó ciertas dificultades en lo que se refería a establecer relaciones precisas entre conductas hiperactivas, disatencionales y disfunciones neurológicas (Martinez, 1988).

Para Schlager (en Arón y col, 1985), el examen neurológico clásico, que consiste en una revisión de la historia familiar y social del menor hiperactivo y en un completo examen físico para identificar lesiones cerebrales y en general anomalías en el desarrollo neuromadurativo, presenta pocas anomalías en los portadores de este síndrome. Según Benasayag (1989), se han detectado algunos signos llamados "suaves" o "blandos" en los menores con SDAH en mayor proporción que en la población general. Estos signos menores consisten en dificultades que presentan estos niños en la coordinación motora fina y gruesa y en la coordinación visoperceptiva. También se han detectado problemas en la expresión musical y del ritmo del habla.

Los especialistas consideran que estos signos blandos del área neuromadurativa son responsables, en parte, de una serie de dificultades académicas y sociales. La torpeza motora fina predispone a estos menores a

tener una mala caligrafía y a realizar con dificultad tareas manuales, y las dificultades en el ritmo al mal desempeño en el área musical y educación física. Sin embargo, existe cierto consenso en que ni estos signos físicos ni los exámenes complementarios constituyen elementos diagnósticos precisos (Mesa, en López y col, 1998, pp 67-71).

9.4. ESTUDIOS DE LABORATORIO.

Aunque no existen exámenes o mediciones objetivas que permitan asegurar la presencia o no de este síndrome, es común que los profesores y padres presionen a los médicos solicitándoles exámenes adicionales con el fin de obtener la mayor información respecto a las posibles causas de este cuadro.

Entre los más solicitados por los especialistas se encuentran el electroencefalograma, los estudios de neuroimagen, potenciales evocados y los estudios de flujo cerebral.

A pesar de que el diagnóstico del SDAH es preponderantemente clínico y que el uso de estos recursos no determina su origen, se consideran de gran utilidad debido a que permiten conocer mejor el funcionamiento del paciente y diseñar tratamientos específicos para cada caso.

9.4.1. ELECTROENCEFALOGRAMA.

Desde una aproximación neurológica el estudio de los ritmos de las ondas cerebrales medidos a través de Electroencefalograma (EEG) fué una de las primeras técnicas utilizadas en el estudios del SDAH (Martinez, 1988). Desde la década del 30 los electroencefalografistas han mostrado gran interés en el estudio de los niños con alteraciones conductuales.

En un inicio los resultados obtenidos con esta técnica en menores hiperactivos no fueron muy alentadores, debido a que revelaban alteraciones inespecíficas en menos de la mitad de los casos.

Para Mesa (en López y col, 1998, pp 67-71), pese a la multiplicidad de trabajos realizados, especialmente en la década de los sesenta, los estudios electroencefalográficos parecen no han aportado al estudio del síndrome. En este punto es importante señalar que se ha logrado establecer que las anomalías electroencefalográficas y daños neurológicos menores presentes en grupos de niños con Déficit Atencional son frecuentemente encontrados en niños con desorden emocionales. Según este autor, en los últimos años los adelantos tecnológicos en esta área han aportado mayor precisión al análisis de la maduración bioeléctrica. Estudios recientes revelarían que niños con SDAH poseen menos ondas deltas (propias de los estado de sueño) y más ondas

betas (ondas más pronunciadas en el área motora) que los grupos controles.

Actualmente se considera que el aporte del electroencefalograma al estudio del SDAH es modesto aunque no poco importante debido a que permite descartar tendencias en estos menores a cuadros epileptiformes.

En este punto, Mesa admite que los datos recopilados hasta el momento solo tienen un valor relativo y aún de investigación por lo que existe acuerdo en la necesidad de recopilar más experiencias e investigaciones en este campo para poder establecer su uso clínico. Al respecto, la Academia Americana de Electroencefalografía, preocupada por el mal uso clínico de las técnicas electroencefalográficas cuantitativas, estableció en 1987 que para su uso e interpretación se requiere de mucha experiencia electrofisiológica y computacional y que su utilización actualmente es más bien de investigación que clínico.

9.4.2. NEUROIMAGEN.

Los estudios volumétricos del cerebro realizados a través de tomografías computacionales y resonancia magnética, al igual que en el caso de los electroencefalogramas, no han brindado para algunos especialistas ningún aporte significativo al diagnóstico del SDAH.

En los últimos años, a partir de la utilización de esta tecnología capaz de realizar mediciones de alta complejidad a nivel cerebral, se han efectuado importantes estudios orientados a investigar las asimetrías morfológicas que pudieran estar a la base de este trastorno (Chamorro, 1994).

El hallazgo de ciertas alteraciones morfofuncionales en determinadas estructuras cerebrales en niños portadores de este síndrome podría significar un avance en la investigación.

A partir del estudio de imágenes cerebrales computacionales se ha evidenciado la presencia en menores con SDAH de ciertos trastornos en la configuración del cuerpo caloso y de asimetrías interhemisféricas importantes que pueden estar a la base de los síntomas propios de este cuadro (Biaggi, 1996). Sin embargo, existe un reconocimiento por parte de la comunidad médica de que estas técnicas de exploración cerebral aún están en sus comienzos como herramienta diagnóstica.

9.4.3. POTENCIALES EVOCADOS.

El estudio de potenciales evocados (PE) permite obtener un registro, actualmente computacional, de la actividad cortical del paciente frente a la presentación de determinados estímulos sensoriales y reflejan determinados procesos neurofisiológicos que acompañan la codificación de éstos.

En el año 1973, Buchsbaum estableció diferencias significativas en potenciales sensoriales visuales entre controles normales y niños hiperactivos (Martinez, 1988).

Según Camposano (en López y col, 1998, pp 59-65), actualmente se han dejado de lado los componentes sensoriales visuales y auditivos en el estudio con menores SDAH y se utiliza con mayor frecuencia los potenciales evocados "ligados a eventos" llamados también potenciales evocados "cognitivos" o "endógenos".

Esta técnica consiste en la presentación al menor de estímulos como imágenes, textos, números, operaciones, sonidos e ideas que en general consideran diferentes componentes atencionales y que permiten obtener datos más relevantes de la interacción sujeto-estímulo en lo que respecta a atención controlada y automática, tiempos de latencia y recursos atencionales.

Camposano sostiene que los potenciales evocados ligados a eventos permiten visualizar el desarrollo anormal de los mecanismos atencionales.

Actualmente, se considera que estos estudios no permiten describir la fisiopatología de los fenómenos disatencionales y que no existen datos que permitan afirmar la utilidad clínica diagnóstica de este procedimiento. Sin embargo, el estudio de la actividad cerebral con PE sigue siendo utilizada por los especialistas para comprobar la efectividad de determinados fármacos como la amfetamina y el Ritalín en el tratamiento del Déficit Atencional (Chamorro, 1994).

Los hallazgos en esta línea de estudio evidencian que existen cambios notorios en la atención-concentración como respuesta a los tratamientos farmacológicos. En este sentido, los estudios con PE parecen tener una mayor utilidad en la evaluación de las respuestas a los tratamientos farmacológicos en niños con SDAH que en el diagnóstico mismo de este síndrome.

9.4.4. - FLUJO CEREBRAL.

Esta técnica radiográfica, que permite visualizar el flujo sanguíneo como el paso de otras sustancias como la glucosa por determinadas estructuras cerebrales ha sido también utilizada con fines diagnósticos (Taylor, 1994).

Estudios realizados a través de SPECT (Tomografía por Emisión de Positrones) han logrado demostrar que existiría en los niños con Déficit Atencional una disminución del flujo sanguíneo en las áreas premotoras y prefrontales superiores encargadas de regular ciertas funciones motoras. También se ha detectado una disminución del metabolismo de la glucosa en estas áreas del cerebro. El uso de psicoestimulantes estabilizaría estos desajustes incrementando el flujo sanguíneo en estas regiones encefálicas.

Según Pinto (en López y col 1998, pp 95-106), los estudios de flujo cerebral no constituyen en la actualidad un procedimiento diagnóstico efectivo para identificar la presencia de un Déficit Atencional.

Como podemos observar, aún no existen análisis de laboratorio con características de marcador biológico ni estudios psicométricos que permitan confirmar el diagnóstico clínico del SDAH. Muchos especialistas consideran que los hallazgos realizados por cada una de estas áreas de estudio no permiten efectuar generalizaciones válidas y que por lo general todos los resultados se circunscriben específicamente al grupo de caso estudiado. En este contexto, el diagnóstico de SDAH se sigue basando exclusivamente en la evaluación subjetiva de las características conductuales que presenta este desorden, siendo la información que otorgan los padres y profesores de estos menores vital para su identificación.

Para los especialistas, las investigaciones orientadas a esclarecer el origen biológico de este desorden constituyen un tema de vital importancia para ayudar a precisar el diagnóstico y elaborar estrategias de intervención efectivas. A pesar de que no existen exámenes de laboratorio que permitan asegurar el diagnóstico, parece existir confianza en que estos instrumentos a futuro aportarán significativamente a este objetivo. Hoy, la dificultad que presenta la investigación neurobiológica del SDAH se refleja en la variedad de posiciones encontradas con respecto a su posible origen y en los resultados poco concluyentes de las investigaciones que no permiten establecer una etiología precisa para este síndrome.

SEGUNDA PARTE.
ORIGEN DEL SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL CON
HIPERACTIVIDAD

10. EL SDAH DESDE EL MODELO BIOMÉDICO.

A principios de la década del 80, con a la incorporación de un criterio diagnóstico más explícito del SDAH en los manuales de clasificación de las enfermedades psiquiátricas, tanto la investigación experimental como psicofarmacológica experimentó un rápido crecimiento.

Los avances tecnológicos en el área de la exploración cerebral y de la genética han permitido el estudio de algunas estructuras y funciones neurológicas consideradas claves en el desarrollo de este trastorno. Sin embargo, como veremos, las causas y los mecanismos específicos de cómo surge este síndrome parecen todavía desconocidos.

Dentro de las investigaciones efectuadas en el ámbito biomédico podemos identificar tres importantes áreas las que en estos últimos 20 años se han visto apoyadas gracias a los avances en la exploración cerebral y de la genética.

Desde una aproximación neuroanatómica, el estudio de las asimetrías morfofuncionales ha sido el que más investigaciones ha recibido. En este ámbito se han propuesto diversas hipótesis sobre posibles disfunciones en determinadas estructuras cerebrales implicadas en el origen del SDAH.

Desde un punto de vista genético existen diversos estudios que postulan el origen neurobiológico del SDAH. Los primeros antecedentes en esta área provienen de las investigaciones realizadas por Cantwell en la década de los 70 con familias de gemelos y adoptados. Actualmente, una serie de estudios tienden a demostrar que los factores genéticos jugarían un papel clave en el origen del cuadro.

Por último, existen diversos intentos por explicar este desorden desde un punto de vista neuroquímico. Las primeras evidencias que permitieron asociar factores neuroquímicos a la base de este trastorno surgieron a partir del estudio de niños que presentaron encefalitis de Von Economo. La similitud sintomatológica del SDAH con las alteraciones que presentaban los cuadros de post-encefalitis, causadas por un déficit de dopamina debido a la destrucción de las neuronas dopaminérgicas, sugirió la hipótesis de que este desorden podría asociarse a una alteración de la dopamina (Benasayag y col, 1989).

Otro sinnúmero de factores neuroquímicos han sido relacionados con el origen de este cuadro, como por ejemplo, la disminución del metabolismo de la glucosa en el cerebro y el importante efecto de determinados nutrientes en el organismo.

A continuación expondremos los hallazgos más importantes efectuados en cada una de estas áreas de investigación.

11. ASIMETRÍAS MORFO FUNCIONALES.

Una parte considerable de los estudios realizados en el ámbito biomédico se han orientado en los últimos 15 años a estudiar las asimetrías morfofuncionales que podrían estar a la base de los comportamientos disfuncionales en los menores con SDAH.

Estudios recientes realizados por Heilman (1995) han sugerido que una disfunción del hemisferio derecho podría originar el SDAH ya que éste jugaría un papel importante en el control de la atención.

Heilman, al estudiar a niños que eran sometidos a ejercicios de cancelación de letras -tarea que consistía en que los sujetos debían atender a un objetivo y luego descartarlo para focalizar la atención a un nuevo estímulo- comprobó que los menores con SDAH tendían a comportarse en forma similar a sujetos adultos que presentaban una disfunción en el hemisferio derecho, lo que les impedía mantener la atención sostenida en su hemicampo izquierdo.

La importancia de este estudio radicó en que los niños con un trastorno en el hemisferio izquierdo podían mantener la actividad exploratoria en ambos hemicampos debido a que el hemisferio derecho los controla simultáneamente. De esta forma estos autores proponen que el SDAH podría originarse en un daño temprano en el hemisferio derecho o en estructuras diencefálicas o del tronco cerebral relacionadas con el control de la atención.

En esta misma línea de investigación, García (en López y col, 1998, pp 25-42) propone que una disfunción morfo-funcional en el cuerpo caloso podría estar implicada en el origen del SDAH. Esta estructura, cuya función es la de facilitar la comunicación entre los dos hemisferios del cerebro, en un estudio realizado por Giedd fué dividida en 7 secciones en 18 niños portadores del síndrome y 18 sujetos pareados. Los resultados evidenciaron que los sujetos con SDAH presentaban una reducción en el área rostral (cuerpo rostral) en comparación con sujetos normales. Esta región anatómica del cuerpo caloso se relaciona con las áreas premotoras y motoras y la alteración de esta misma podría desempeñar un papel fundamental en la génesis del SDAH.

Otros estudios han asociado la falta de atención y la impulsividad a la existencia de trastornos en las regiones estriatofrontales, estructuras del cerebro que se asocian con la regulación del control motor y de la atención.

Actualmente, la existencia de trastornos en los circuitos estriatofrontales constituye uno de los temas más interesantes en esta área de investigación. De allí que haya despertado un gran interés en los investigadores el estudio de las modificaciones morfológicas en estas áreas del cerebro.

Hynd (1993), mediante el uso de resonancia magnética nuclear realizó un estudio con 10 niños con diagnóstico de SDAH realizándoles mediciones a nivel de la cabeza del núcleo caudado encontrando una mayor inversión en el patrón de asimetría interhemisférica en los niños portadores del síndrome en relación a los del grupo de control. Estos últimos presentaban un núcleo caudado de mayor tamaño en el hemisferio izquierdo a diferencia de los niños con SDAH quienes mostraban un patrón morfológico significativamente inverso.

Para Hynd, esta alteración en el patrón de asimetría interhemisférica normal podría relacionarse con un balance anormal de sistemas de neurotransmisores implicados en el control de la actividad motora. Para esta conclusión, el autor se basó en estudios experimentales con animales, los que han revelado mayores niveles de dopamina en el hemisferio izquierdo. Un nivel de secreción normal de este neurotransmisor dependería del predominio del hemisferio izquierdo, el cual en los niños con SDAH es significativamente menor.

Para muchos autores el conjunto de estos hallazgos ofrece un marco funcional y estructural que permite explicar la fisiopatogénia del SDAH. Sin embargo, muchos especialistas reconocen que las evidencia clínicas que apoyan estas investigaciones son escasas y que existen datos contradictorios que no permiten generalizar estos hallazgos a todo el grupo de sujetos con SDAH.

12. ORIGEN GENÉTICO DEL SDAH.

Los primeros estudios en esta área fueron realizados por Cantwell en la década de los 70 (Taylor, 1994). A partir de estudios familiares con gemelos y adoptados Cantwell concluyó que el posible mecanismo de transmisión de la hiperactividad consideraría una anomalía cromosómica, de transmisión recesiva y ligada al sexo.

Esta hipótesis se vió apoyada más tarde con los trabajos de Werner (en Chadwick, 1985), quien al estudiar 89 hermanos de hiperactivos observó que el síndrome era más común en un 17% entre los hermanos de hiperactivos que entre los hermanos de los niños de grupo de control. Asimismo, Wender observó que los hermanos de hiperactivos tendían a mostrar mayor número de síntomas asociados a depresión y angustia.

Para Cortés (en López y col, 1998, pp 43-51), existen a la fecha numerosos antecedentes que permiten corroborar esta idea, los que van desde estudios epidemiológicos que muestran una mayor incidencia de este trastorno en algunas familias y entre hermanos de afectados hasta experimentos con animales. Según esta autora, las pruebas que con mayor intensidad apoyan esta teoría se refieren: a la mayor frecuencia de hermanos con el mismo diagnóstico y con problemas de aprendizaje; al retraso del desarrollo del lenguaje fuertemente correlacionado con el SDAH; a antecedentes de retraso intrauterino significativamente común en estos niños y a estudios de gemelos que han demostrado que los puntajes de hiperactividad son sustancialmente heredables.

Asimismo, los estudios sobre del Síndrome de Gilles de la Tourette han sido un importante aporte para la comprensión del SDAH. Este síndrome, que posee un patrón claro de herencia familiar, tendría muchas similitudes con el Déficit Atencional (DSM-IV, 1995). Los afectados por esta afección neuropsiquiátrica presentan habitualmente anomalías conductuales incluyendo episodios de depresión mayor, la que se observa según los especialistas no solo durante la historia de vida de los sujetos con SDAH, sino que también en sus familiares de primer y segundo grado. Esto ha llevado a especular en torno al papel de los genes GTS causantes de esta patología en el desarrollo del SDAH y a proponer un eventual origen genético común de estas patologías (Taylor, 1994). Sin embargo, las investigaciones en este campo aún no permiten

confirmar esta hipótesis y la explicación del mecanismo de herencia de ambas afecciones hasta ahora sigue siendo desconocida.

13. ORIGEN NEUROQUÍMICO.

Un tercer ámbito de estudio que ha intentado explicar el origen de este desorden es el de las investigaciones en el área neuroquímicas.

Las primeras investigaciones en esta área datan del año 1971, cuando Wender desarrolló a partir del estudio con menores que presentaban cuadros de encefalitis, la hipótesis de que el SDAH podría originarse a partir de un déficit de dopamina (Benasayag y col, 1989). Para Wender, ésta sustancia jugaría un rol importante en la regulación de las respuestas emocionales y en el control de los movimientos complejos. A partir de estas investigaciones se empezó a considerar la posibilidad de que este síndrome pudiera tener bases neuroquímicas. Sin embargo, la primera evidencia que sugirió tales bases para el SDAH fueron los resultados que Bradley obtuvo en 1937 con el uso de la Bensedrina en menores inquietos, impulsivos, irritables y con escasa capacidad de atención (Vallett, 1981). El efecto terapéutico de esta droga estimulante consiste en aumentar los niveles de monoaminas y demorar su recaptación por las células nerviosas haciéndolas actuar por mayor tiempo en las sinapsis lo que

mejoraría considerablemente los síntomas propios de este cuadro.

Hoy, las investigaciones en este campo sugieren la participación de un conjunto de monoaminas como la norepinefrina, la dopamina y la serotonina en la producción de los síntomas de este síndrome (Zametkin y Liotta, 1998). Sin embargo, las dificultades técnicas en la medición de estas sustancias no han permitido estudios confiables que puedan especificar la acción de estos metabolitos en los menores con SDAH.

Según Colombo (en López y Col, 1998, pp 53-58), las investigaciones orientadas a la medición de esta sustancia en la orina, sangre y líquido cefalorraquídeo han fallado en demostrar consistentemente diferencias significativas entre niños con SDAH y niños normales.

Otras investigaciones han planteado que el uso de los aditivos en los alimentos tendrían importantes efectos en la conducta de los niños. Durante la década de los 70 se llevaron a cabo numerosos estudios con el fin de establecer el efecto de determinados colorantes y saborizantes en el comportamiento de estos menores (Menkes, 1980).

Shlager (en Arón y col, 1985) afirma que pese a la fuerza que estas hipótesis cobraron durante esa época y las numerosas investigaciones que

recibieron, hasta la fecha sus resultados han sido negativos ya que no han podido concluir en una clara explicación del mecanismo fisiopatológico.

Como podemos observar, aún no existen antecedentes objetivos que permitan establecer bases neuroquímicas claras para el SDAH. Sin embargo, el estudio del papel de los mecanismos monoaminérgicos en el SDAH, aunque permanecen en la actualidad sin ser descritos con exactitud, ha permitido el desarrollo de importantes investigaciones en el área farmacológica.

Desde que Bradley, en 1937, reportara efectos positivos con el uso de anfetamina en menores hiperkinéticos (Valett, 1981) el uso de los psicoestimulantes en el tratamiento de esta patología se fue ampliando cada vez más. En la actualidad la medicamentación ha llegado a constituirse en la primera alternativa de tratamiento en los niños con SDAH (DSM-IV, 1994; Minsal, 1998).

14. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Desde un comienzo la utilización de los psicoestimulantes en el tratamiento con los menores hiperactivos presentó ciertas dificultades debido a que los estudios iniciales no categorizaban bien al grupo de niños que posiblemente iba a responder positivamente a éstos. Solo a partir del uso del metilfenidato,

sintetizado en 1954 por Laufer y Denhoff, se estableció que el efecto terapéutico más positivo ocurriría en menores que presentaban hiperactividad, dificultades de la atención e impulsividad (Forster, en López y col, 1998, pp 193-211).

Hoy, la medicación que es utilizada para el control sintomatológico del SDAH, está indicada con el objeto de disminuir la hiperactividad y la impulsividad que van creando al niño serias dificultades de adaptación tanto en la escuela como en el hogar. En la actualidad, los psicoestimulantes más utilizados son la Anfetamina (Benzedrina, Ritalín), el metilfenidato (Ritalín) y la Pemolina (Cilert) (Minsal, 1998). Sus efectos según los especialistas son esencialmente equivalentes. Éstos ejercen un efecto sedante lo que le permite a estos niños tener una vida más organizada y dirigida. También mejorarían la atención y concentración posibilitándoles una mejor ejecución de tareas cognitivas.

Según sostiene Shaffer (1992), el mecanismo de acción de estos fármacos, aunque no ha sido totalmente aclarado, consistiría en aumentar los niveles de monoaminas como la dopamina y la norepinefrina en los espacios sinápticos lo que trae consigo una mejoría en los niveles de atención y una disminución de la actividad en los menores con SDAH.

Según los especialistas, existen evidencias clínicas que permiten afirmar que los psicoestimulantes serían los agentes más efectivos para modificar el

funcionamiento de estos niños (Menkes, 1980; Shaffer, 1992). Dentro de este grupo el Metilfenidato (Ritalín) es considerado el más efectivo debido a su rápido efecto en el organismo y a sus efectos secundarios menos frecuentes y severos que los de la anfetamina. Esta última es cada vez menos recomendada por los especialistas debido a que presenta riesgos de dependencia (Minsal, 1998).

Con respecto a los efectos secundarios, se presentarían síntomas leves en el 20% de los niños lo que obliga en algunos casos a una disminución de la dosis como en otros a la suspensión total del tratamiento. Estos efectos son más frecuentes con la anfetamina, droga que se utiliza generalmente cuando la Pemolina y el Metilfenidato no han tenido efectos positivos (Shaffer, 1992).

Como efectos colaterales se mencionan insomnio, anorexia, náuseas, dolor abdominal, cefalea, cambios de humor, irritabilidad, sed, tristeza, taquicardia, sudoración y cambios en la presión arterial. Estos síntomas tienden a disminuir o a desaparecer en algunas semanas, no así los cardiovasculares (Minsal, 1998).

Debido a los complicados efectos secundarios que pueden afectar seriamente al menor, una serie de factores deben ser considerados antes de iniciar un tratamiento con psicoestimulantes. La medicación varía en función del cuadro, en lo que se refiere a tipo de droga, dosis y duración. Se debe

considerar la edad del niño, la severidad de los síntomas, la comorbilidad, las actitudes parentales, los recursos de apoyo del sistema escolar y la duración de la jornada escolar.

La administración debe ser discontinua. Se **recomienda** administrarla los días en que el niño asiste a clases, y eventualmente, los días en que el niño debe estudiar para pruebas y exámenes. El tratamiento continuo está únicamente indicado en cuadros muy severos o en caso de niños que viven en ambientes muy inadecuados y no susceptibles de modificar y este no debe prolongarse por más de un año (Minsal, 1998).

En nuestro medio las experiencias clínicas demostrarían que alrededor del 60% de los niños hiperactivos se benefician efectivamente con el uso de los psicoestimulantes (Minsal, 1998).

Forster (en López y col, 1998, pp 193-211) **sostiene** que el efecto neuroquímico de los psicoestimulantes en el SDAH es sumamente complejo y el mecanismo preciso de cómo ocurre aún no está clarado. Para este autor, el papel específico que juega la dopamina y la norepinefrina en el SDAH permanece sin ser descrito con exactitud.

A pesar que la medicación se constituye como la alternativa de tratamiento más utilizada, ésta sigue siendo objeto de cuestionamientos por parte de algunos profesionales que la consideran inadecuada como forma de abordaje debido a los complicados efectos colaterales que suelen provocar (Martinez, 1988).

Para Goróstegui (en López y col, 1998, pp 157-167), estos tratamientos no han tenido un impacto definitivo en la conducta y en el rendimiento escolar, lo que sugiere la necesidad de intensificar la investigación y las intervenciones destinadas a responder a estas demandas. Aunque existen evidencias clínicas que apoyan la utilización de estos procedimientos, ellos no constituyen como una solución definitiva al problema. Por otro lado, sugiere que las intervenciones combinadas muestran resultados consistentemente superiores a los tratamientos unimodales o puramente farmacológicos.

En los últimos diez años, gracias al reconocimiento de la influencia de los contextos ambientales en el desarrollo de este desorden se han incrementado progresivamente programas centrados en el niño, en su contexto familiar y escolar, con el fin de ampliar el foco de intervención en estos menores. Actualmente, las terapias familiares, el entrenamiento de padres y profesores en habilidades de manejo y programas de refuerzo parecen constituirse como técnicas complementarias a los tratamientos farmacológicos.

15. INFLUENCIAS PSICOSOCIALES EN EL SDAH.

Las investigaciones efectuadas en el área médica se han centrado principalmente en descubrir los factores neurobiológicos que pudieran estar a la base del SDAH. Sin embargo, la mayoría de las evidencias recopiladas hasta el momento no permiten validar plenamente este origen.

Debido al interés que por décadas ha impulsado a los investigadores a descubrir las causas biológicas del síndrome, sólo una parte pequeña de las investigaciones se han centrado en el estudio de los factores psicosociales.

Según García (en López y col, 1998, pp 25-42) "de las publicaciones sobre Déficit Atencional, menos del 10% se refieren a los aspectos psicosociales, a pesar de tener una presencia relevante en el diagnóstico".

Estos estudios señalan en general la importancia de factores familiares, psicopedagógicos y cognitivos en el desarrollo de este cuadro.

Diversas investigaciones han permitido establecer que este síndrome se presenta con mayor frecuencia en contextos familiares en los que existen problemas conyugales y dificultades de los padres en manejar situaciones conflictivas con estos niños, lo que tiende a crear una atmósfera tensa y

frustrante para el menor (Valett, 1981).

Existiría también una mayor incidencia de psicopatología parental en estos hogares. Según un estudio realizado por Barkley (1991), la tasa de padres con problemas de abuso de alcohol, conductas antisociales y depresión maternal suele ser bastante más alta que la de los padres de niños normales.

A partir de estos hallazgos, se le ha otorgado gran importancia a las intervenciones familiares dirigidas a mejorar el funcionamiento global del sistema y a los programas para involucrar a los padres como agentes educativos.

Milicic (en López y col, 1998, pp 169-183) plantea que los padres de niños con Déficit Atencional necesitan involucrarse en una tarea educativa. La capacitación de éstos en diversas áreas como el manejo del estrés, desarrollo de habilidades sociales, imagen personal y autoestima resultan una importante ayuda para el niño, ya que logra experimentar a sus padres como una fuente de apoyo lo que favorece la relación y fortalece el subsistema paterno que es el encargado de socializarlo.

Se ha logrado establecer que ciertas condiciones físicas inapropiadas dentro del hogar pueden también favorecer la irritabilidad en los menores y las conductas hiperactivas. Según Valett (1981), los hogares con excesivo número de personas, ubicadas cerca de calles muy transitadas y con ruidos molestos pueden conducir a la desatención del menor debido a la exposición sensorial constante. Este autor también señala la importancia de algunos factores psicopedagógicos que deben considerarse.

Otro factor que este autor considera determinante en el desarrollo de las conductas hiperactivas y disatencionales en los menores dentro de la sala de clase lo constituye las expectativas curriculares sobreexijidas que los colegios imponen frecuentemente a los alumnos. Estos deben enfrentarse muchas veces a clase monótonas con materiales que muchas veces van más allá de su nivel de experiencia y comprensión inmediata. Los niños se vuelven más hiperactivos y ansiosos debido a lo inadecuado del tipo de tarea. Asimismo, es común observar en ambientes académicos poco estimulantes, problemas de atención en niños de elevada inteligencia (DSM-IV, 1995). En este punto, los profesionales plantean la importancia de la capacitación y asesoría de los profesores en el manejo con estos niños. Las técnicas de condicionamiento operante, la evaluación diferencial que privilegia en estos niños el rendimiento oral junto con las actividades que aumenten su acceso a refuerzo social, son consideradas como tareas necesarias que el docente debe poner en práctica.

Las condiciones físicas de los colegios constituye también otro importante punto a considerar. Los cursos con excesivo número de alumnos con escasa iluminación y situados cerca de grandes avenidas o industrias pueden provocar dificultades de atención e irritabilidad en los menores (Valett, 1981).

Small (1973) propone que la modificación o reestructuración del medio dentro del aula puede ayudar a mejorar la capacidad de atención y a reducir la impulsividad en el menor, limitando el número de objetos en su interior y situándolo en los primeros asientos de forma que pueda atender a un solo estímulo o tarea.

Otros estudios que intentan dar luces sobre este desorden, fuera del ámbito biomédico, proponen la existencia de factores cognitivos a la base de este cuadro.

Según Milicic (1985), existe evidencia que los niños con SDAH tendrían un lenguaje interno insuficiente que no les permite una autoinstrucción efectiva. Basándose en los fundamentos de la terapia racional emotiva, la que otorga al pensamiento y al lenguaje un valor mediador de importancia entre la emoción y la conducta, esta autora plantea que en estos niños los problemas de autocontrol se originan debido a una deficiente regulación mental que les impide autoinstruirse en forma efectiva. Para Milicic existen determinadas etapas en el

desarrollo de la interiorización de la conducta. Primeramente los niños son controlados a través de instrucciones dadas por los padres, posteriormente, en una segunda etapa el niño se instruye a sí mismo en voz alta y en una tercera etapa el niño regula sus acciones en forma mental. Según esta autora, los menores con SDAH no habrían logrado la etapa de regulación mental de la conducta.

Milicic considera que las técnicas de autocontrol desarrolladas a partir de las formulaciones de la psicoterapia racional emotiva tienden a aumentar el lenguaje interno en estos niños. Las técnicas de autoinstrucción son frecuentemente utilizadas con estos menores. Éstas consisten en el entrenamiento del menor en la verbalización de los pasos a seguir en la ejecución de determinadas tareas, mediante lo cual el niño sería capaz de desarrollar una mayor capacidad reflexiva.

El modelaje también constituye una de las técnicas utilizadas para mejorar la impulsividad en estos niños. Se aconseja que los padres verbalicen ante el niño sus estrategias reflexivas y actúen de este modo como modelos. Según Milicic (1985), la utilización de esta técnica proviene de la evidencia que proporcionaron algunas investigaciones de que la mayor parte de los niños con problemas de impulsividad provienen de hogares en que uno o los dos padres son impulsivos y poco reflexivos y los niños habrían aprendido en un proceso no

consciente a ser irreflexivos por modelo.

A pesar de las evidencias que le otorgan a los factores psicosociales un papel decisivo en el desarrollo de este cuadro, para los especialistas éstos no se constituyen como causas directas, sino más bien como condiciones que pueden favorecer una mayor o menor expresión sintomatológica del síndrome. Sin embargo, existen una serie de investigaciones efectuadas en las dos últimas décadas que nos llaman fuertemente la atención respecto del rol jugado por las variables psicosociales en el origen de este cuadro. Nos referimos a los estudios evolutivos del SDAH cuyo interés fundamental se centra en determinar qué aspectos de la realidad actual de un menor con SDAH tienen incidencia en su futuro con el fin de prevenir interviniendo en aquellos factores presentes susceptibles de ser modificados terapéuticamente.

En esta área de investigación surgen una serie de preguntas relacionadas con la interacción de variables genéticas y ambientales en la evolución del SDAH, como por ejemplo, si los correlatos biológicos tienen un curso independiente o no de la experiencia.

16. ESTUDIOS EVOLUTIVOS DEL SDAH.

El interés por conocer la evolución a largo plazo del SDAH no es reciente. Las primeras investigaciones sobre pronóstico datan de la década de los 60 cuando este síndrome era asociado a la llamada "Disfunción Cerebral Mínima" (Small, 1973). Debemos tomar en cuenta que el conocimiento sobre la evolución de SDAH ha variado con el pasar de los años debido principalmente a que las diversas nociones que este síndrome ha recibido han influido considerablemente en las muestras estudiadas así como en la forma de evaluarlas.

Las primeras investigaciones utilizaron muestras bastantes heterogéneas y se basaron en su mayoría en estudios retrospectivos. Las principales conclusiones a las que llegaban los especialistas eran que estos niños generalmente tendían a desarrollar psicopatología en la vida adulta. Menkes (1980), en un importante estudio de seguimiento llevado a cabo durante 25 años en 14 niños hiperactivos concluyó que un CI bajo y signos de leve daño neurológico eran señal de un diagnóstico futuro desfavorable. También se establecía que la presencia de padres comprensivos y de un ambiente tranquilo en el hogar y en la escuela mejoraban considerablemente el pronóstico en estos menores.

Entre 1975 y 1985, debido a la existencia de un criterio diagnóstico más preciso y delimitado, las investigaciones sobre la evolución a largo plazo de este síndrome, utilizaron muestras más definidas y grupos de control que permitían mayor exactitud en los resultados. Estas investigaciones demostraron que la mayoría de los sujetos hiperactivos presentaban a futuro "residuos" propios de este síndrome y que en general el pronóstico no era preocupante.

De 1985 en adelante estos estudios se centraron al rededor de una definición diagnóstica más exhaustiva la cual puso énfasis en los distintos subtipos que presentaba este síndrome. A partir de estudios longitudinales y/o familiares se constató que no todos los niños con SDAH tenían el mismo pronóstico. En efecto, diversas investigaciones han demostrado que los menores que fueron diagnosticados con SDAH con predominio de hiperactividad-impulsividad, tienden a desarrollar a futuro, con mayor probabilidad, conducta antisocial y tendencia al abuso de drogas, a diferencia de los niños con SDAH con predominio de la inatención, quienes a futuro presentan únicamente problemas menores de atención, dificultades académicas y laborales (Taylor, 1994).

Carrasco (en López y col, 1998, pp 193-211) afirma que con los datos conocidos hasta el momento es posible sostener que las distintas evoluciones del SDAH corresponden en parte a factores contextuales. Para este autor los

estudios familiares demuestran que la combinación de SDAH con impulsividad se asocia con psicopatología parental, alto grado de estrés familiar en las primeras etapas del desarrollo y con relaciones defectuosas padre-hijo. Con respecto a la psicopatología parental, los estudios de Bierdman (1986) constataron una mayor frecuencia de trastornos afectivos, problemas de alcoholismo, inestabilidad laboral y diagnóstico de personalidad antisocial en padres de niños con SDAH asociado a impulsividad que en padres de niños normales. Por otra parte, estudios han determinado que las madres de menores con SDAH asociado a trastornos de conducta tienen más depresión y conflictos conyugales que las madres de niños con SDAH puro.

Como podemos observar, la influencia de los contextos ambientales parece ser significativa no tan solo como factores que pueden favorecer una mayor o menor expresión sintomática de este síndrome, sino también, como importantes determinantes de sus distintos cursos evolutivos.

TERCERA PARTE
EL SDAH DESDE UN MODELO VINCULAR

17. VÍNCULO Y PSICOPATOLOGÍA.

Con las evidencias recopiladas hasta el momento las variables familiares parecen constituirse como fundamentales en el desarrollo y comprensión de este síndrome. Sin embargo, a pesar de tener hoy en día una mayor importancia en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del SDAH las investigaciones no han logrado determinar con precisión la forma como éstas inciden específicamente en el comportamiento de los menores.

Quisiéramos revisar en este punto los aportes efectuados por algunas teorías vinculares que nos ofrecen una visión más precisa sobre el papel de estos factores en la génesis del SDAH. Los importantes avances efectuados en los últimos años en esta área de investigación han contribuido de manera significativa a la comprensión del origen vincular de la hiperactividad.

Es importante señalar que la importancia otorgada al vínculo materno-filial en el desarrollo de alteraciones emocionales y conductuales en los menores no es un tema reciente. Las primeras observaciones en este ámbito fueron realizadas por Dorothy Burlingham y Anna Freud en 1942. En un estudio realizado en las guarderías de Hampstead (Inglaterra), estas autoras dieron cuenta de las dificultades que se encontraban en la crianza de los menores separados de sus madres (Garelli, 1996).

En 1946 Ribble y Babkwin (en Bowlby, 1954) investigaron los efectos que tenía en la salud física de los menores la carencia absoluta de los cuidados proporcionados por la madre. Entre los signos físicos que más destacaron figuraban el enflaquecimiento, palidez, falta de expresividad ante estímulos como la sonrisa, falta de atención, relativa inmovilidad e inapetencia. En la misma época Durfee y Wolf estudiaron el cociente de desarrollo en menores abandonados y acogidos en instituciones. Este cociente de desarrollo, que evalúa el nivel de desempeño tanto intelectual como físico, demostró ser significativamente bajo en este grupo de sujetos (Bowlby, 1954).

En un estudio posterior Spitz y Wolf corroboraron estos hallazgos y establecieron efectivamente que uno de los efectos más nocivos que se producen durante el primer año de vida en los niños institucionalizados es el grave retraso intelectual y físico que éstos sufren en comparación con sujetos normales.

A partir de estas evidencias comenzaron a establecerse acuerdos sobre la significación de los cuidados maternos en el desarrollo mental, físico y emocional de los niños.

Bowlby, en la década de los 50 empezó a investigar sistemáticamente los efectos de la privación de los cuidados maternos en los menores. Estos estudios dieron origen a las observaciones que culminaron posteriormente en el desarrollo de una importante teoría vincular, la Teoría del Apego, la cual explica la tendencia del ser humano a establecer intensos lazos afectivos con las demás personas, así como a sufrir intensos trastornos producto de la alteración de éstas mismas. Las investigaciones efectuadas por Bowlby han permitido reunir importantes evidencias empíricas sobre el rol del maternaje en el desarrollo de ciertos desajustes emocionales en los niños.

Uno de los puntos centrales que sustenta la Teoría del Apego consiste en la importancia que tiene para el adecuado desarrollo psicológico del bebé la cercanía de la madre y los cuidados proporcionados por ésta. Según Bowlby, para mantener este vínculo el menor se encuentra premunido instintivamente de una serie de comportamientos tendientes a asegurar la proximidad de la figura de apego.

Montoro (1999) plantea que existe una diferencia importante entre esta teoría y las teorías vinculares de origen psicoanalítico, que le otorgaron una importancia fundamental al papel que desempeña la alimentación en el desarrollo del apego materno-infantil. Desde la perspectiva de Bowlby la necesidad de alimentación jugaría sólo un papel secundario en la formación del

vinculo materno-filial, siendo más importante la necesidad de protección. Según este autor, el sujeto nace provisto de sesgos perceptuales que van a privilegiar la información del medio específicamente relacionada con el peligro, por lo que la conducta de apego se activa principalmente frente a estas situaciones, más que por la necesidad de satisfacer necesidades fisiológicas. Para Duhalde (1999), la posición de Bowlby coincide más bien con la teoría del desarrollo propuesta por Erikson, la cual establece la importancia que tiene para el óptimo desarrollo psicosocial del menor el que éste logre, desde los primeros meses de vida, una actitud de confianza hacia el mundo.

Para Bowlby (1969), en la medida en que los padres se constituyen en una base segura para el menor, promoviendo el contacto, el acercamiento físico y la protección, éste puede desplegar en forma más efectiva su conducta exploratoria innata y de esta forma desarrollar un aprendizaje activo del mundo como la comunicación con los demás. Esta pauta de comportamiento tendría un importante valor para la supervivencia por lo que habría sido seleccionada durante la evolución de la especie.

La tendencia del menor a mantenerse en estrecho contacto con sus figuras de apego, como a alejarse de éstas para desarrollar actividades exploratorias que fortalecen su individualidad, ha sido descrita también por otros autores como Mahler, Stern, Winnicott, Threvarthen y Blatt (en Duhalde, 1999).

Este último, ha denominado a la primera de estas tendencias "relación con el otro" y a la segunda, "autodefinición". En este contexto, un vínculo temprano defectuoso, que interfiera con el logro de un adecuado equilibrio entre estas tendencias -sea a través del rechazo, la negligencia o el abandono de la madre- tendría inevitablemente repercusiones severas en el desarrollo de la personalidad del menor.

Los estudios de Bowlby (1969, 1980, 1988) sobre los procesos cognitivos que subyacen a estas experiencias tempranas de apego, han sido fundamentales en la comprensión del origen de los desajustes emocionales y conductuales en los menores.

Según sostiene el autor, a partir de la información obtenida de las experiencias vinculares tempranas, el menor elabora en forma paulatina una imagen o modelo de sus padres, en términos de una mayor o menor responsividad y accesibilidad. Estos "modelos representacionales" o "modelos de trabajo" contienen importantes generalizaciones -codificadas en la memoria a largo plazo- sobre el funcionamiento de estas figuras y jugarían un papel decisivo en la organización de pautas específicas de comportamiento en el menor (Bowlby, 1980). Para Bretherton (1985), estos modelos de trabajo funcionan como una guía que le permite al menor interpretar los eventos del medio y construir planes de acción efectivos sobre la base de condiciones

futuras predecibles de cuidado materno. Sin embargo, los padres pueden fallar en proporcionarle al menor pautas de apego consistentes, que le permitan a éste codificar información sobre la naturaleza de las relaciones afectivas, lo que dificulta que el menor pueda construir o elaborar modelos de trabajo ajustados. En este contexto, la discontinuidad o intermitencia de los cuidados maternos puede generar en el menor una profunda ansiedad y demandas excesivas de atención como respuesta al temor al abandono. En el caso de las madres rechazantes, los menores aprenden a que, en la medida en que inhiben la conducta afectiva y evitan el contacto físico con la figura de apego, reducen la probabilidad de ser rechazados y aseguran así la cercanía de la madre.

Mary Ainsworth colaboró de manera importante en el desarrollo de la Teoría del Apego al investigar experimentalmente las diferencias en los cuidados maternos y sus efectos en el comportamiento de los niños (Bretherton y Ainsworth, 1974). Sus trabajos empíricos contribuyeron a profundizar la comprensión sobre el papel de las experiencias afectivas tempranas en el origen de la psicopatología infantil.

En 1971, Ainsworth y sus colegas estudiaron estas diferencias mediante un experimento de laboratorio conocido como la "situación extraña". Este experimento fué diseñado para evaluar la calidad del vínculo en menores de un año, observando sus comportamientos ante situaciones de separaciones y

reencuentros breves con sus madres. Estas investigaciones permitieron establecer que las diferencias individuales en la calidad del vínculo afectaban de manera importante el comportamiento afectivo de los menores hacia sus figuras significativas.

A partir de estos estudios, Ainsworth identificó tres patrones de apego, patrones A, B y C, que se diferenciaban cualitativamente por la forma en que los menores eran capaces de explorar el entorno y de utilizar a sus madres como una base segura de apego. Nos interesa en particular abordar en este punto los hallazgos efectuados por esta autora en relación al patrón "C", ya que aportan a la comprensión del origen vincular de ciertos desajustes emocionales, que estarían relacionados con el desarrollo del SDAH.

Al respecto, Ainsworth observó que los bebés del grupo "C" tendían a mostrarse más ansiosos y preocupados en el episodio de preseparación de la situación extraña que los bebés de los otros dos grupos. Ante los episodios de separación se mostraban ansiosos y disgustados y en la fase de reencuentro ambivalentes. Es decir, buscaban el contacto con la madre, pero a la vez lo resistían.

Al observar posteriormente estas interacciones en el hogar constató que las madres de estos bebés, si bien se mostraban claras en sus respuestas, eran

menos expresivas afectivamente y menos consistentes que las madres de los otros dos grupos. Sus respuestas ante las señales de los lactantes eran más intermitentes, por lo tanto, impredecibles para estos menores.

La intermitencia en los cuidados maternos y su importante papel en el origen de vínculos afectivos ansiosos en los menores, ha sido también estudiado por Bowlby (1980). Según este autor, las experiencias de discontinuidad en el maternaje provocaría en los menores un profundo temor al abandono, por lo que éstos tienden a intensificar sus demandas de afecto y de atención, como también a reaccionar con resistencia y enojo cuando se los dejan solos.

Recientemente Crittenden (1997) ha intentado relacionar el papel de estas variables vinculares con el origen de las conductas hiperactivas en los menores.

Crittenden plantea que existen condiciones vinculares específicas que van a determinar en los menores el desarrollo de este tipo de comportamientos y que se relacionan directamente con el patrón vincular intermitente descrito por Ainsworth en sus observaciones experimentales (Patrón C). Según esta autora, los comportamientos hiperactivos corresponden a estrategias vinculares que desarrollan estos menores, a partir de experiencias tempranas específicas relacionadas con las situaciones de peligro y con la accesibilidad de sus figuras

significativas como una base segura de apego.

El aporte de Crittenden al estudio del SDAH constituye un avance importante en la comprensión detallada de ciertos fenómenos psicoafectivos que están a la base de la explicación de este desorden y que subyacen a determinados estilos específicos de interacción materno-infantil. De allí la importancia de profundizar en el análisis de los principales elementos que conforman su visión.

18. EL SDAH COMO UNA ESTRATEGIA VINCULAR COERCITIVA.

Una de las características que define el patrón vincular "C" consiste en la intermitencia de las respuestas de la madre hacia las señales de los lactantes, es decir, son madres que a veces responden a estas señales y a veces no responden.

Según Crittenden, a diferencia del patrón vincular tipo "B", donde la responsividad de la madre le va a permitir al menor construir un "modelo de trabajo" o una representación interna de una madre siempre accesible, respondiente y predecible, con la cual regular y coordinar sus respuestas a los eventos internos y del medio ambiente, los niños tipo "C" no pueden identificar

las contingencias que determinan la aproximación de la figura de apego. Su razón estriba en que dicha aproximación es intermitente, es decir, a veces ocurre y a veces no, quedando por lo tanto desde muy temprano imposibilitados de organizar y coordinar su comportamiento en base a predicciones sobre condiciones futuras de cuidado materno.

Sin embargo, Crittenden plantea que los procesos de maduración cognitiva y afectiva, producto del desarrollo neuromadurativo de la corteza cerebral, les permitirá a estos menores construir posteriormente algunas estrategias para controlar el comportamiento de los padres inconsistentes y de esta forma mantener el vínculo con éstos.

El establecimiento al final del segundo año de vida de lo que Crittenden ha llamado la conducta de "vulnerabilidad fingida" es un ejemplo de estos cambios maduracionales que permiten a los menores un mayor reconocimiento de las relaciones causales entre sus propias emociones y el comportamiento de los demás, así como del valor comunicativo y predictivo de sus señales afectivas en la conducta de sus cuidadores. El significado de la "conducta de vulnerabilidad fingida" deriva de los estudios etológicos de los conflictos intraespecies. Las observaciones realizadas en esta área de estudio han permitido identificar una serie de señales mamíferas desplegadas por el animal cuando se encuentra ante una situación clara de dominación por el otro. El

objetivo de esta conducta, la cual se manifiesta en una actitud explícita de vulnerabilidad del animal dominado hacia el animal dominante, consiste en poner término al conflicto para no ser aniquilado, evocando al mismo tiempo el cuidado del animal dominante restableciendo así la relación social con éste.

Para Crittenden, la conducta "tímida" que se organiza en todos los menores al final del segundo año tendría el mismo objetivo. Éste es, reducir las consecuencias negativas que puede traer la agresión que comunmente despliegan hacia sus padres en esta etapa del desarrollo, producto de la inconsistencia que todos éstos muestran en mayor o menor medida.

Esta conducta se convierte para los menores tipo "C" en una estrategia vincular efectiva para evocar y asegurar la atención y proximidad de los padres. Como estos niños han aprendido que su conducta de apego no tiene por lo general un efecto predecible en sus cuidadores, aprenden que únicamente a través del despliegue intenso y exagerado de malestar y rabia pueden mantener la proximidad de éstos. De esta forma, el menor ha aprendido una estrategia vincular coercitiva para regular la interacción con sus cuidadores, la que consiste en el despliegue rápido y alternado de rabia y temor. Sin embargo, Crittenden sostiene que condiciones extremas pueden hacer que se pierda el equilibrio en la alternancia entre las conductas agresivas o amenazantes y las conductas tímidas o de "vulnerabilidad fingida" que evocan el cuidado de los padres,

haciendo que uno de estos dos patrones llegue a convertirse en dominante. En este primer caso se observa a un menor extremadamente impulsivo y ansioso, un niño que ha aprendido el valor predictivo de estas conductas en el comportamiento de sus figuras de apego, un niño que aumenta con facilidad la intensidad de sus emociones hasta que es atendido por ellos.

Para Crittenden, lo que observamos en los niños con SDAH son precisamente conductas que reflejan la dominancia del patrón amenazante. Éstos son niños que vinculan permanentemente a sus padres manteniendo constantemente su atención corriendo de un lado hacia el otro, mostrándose ruidosos, disruptivos y presentando generalmente problemas conductuales. Niños que tienden a involucrarse constantemente en conductas de riesgo que no fallan en elicitar los cuidados y la proximidad de sus padres. Por otra parte, cualquier amenaza que provenga del medio, con la finalidad de que reduzcan estos comportamientos, son prácticamente inútiles debido a que han aprendido que cualquier contenido que pretenda ofrecer información a cerca de las relaciones interpersonales carece de consistencia y de valor predictivo y son por lo general equivocadas, y sólo los comportamientos desplegados en alta intensidad tienen un efecto real sobre la conducta de los padres.

Según Crittenden, el menor coercitivo una vez llegado a la adolescencia suele manifestar estos problemas conductuales a través de conductas delictivas

o criminales, como también a través de la adherencia a grupos juveniles violentos, en los cuales encuentra un lugar de pertenencia siempre presente, disponible y respondiente. Con relación a este punto numerosos estudios evolutivos sobre SDAH han relacionado fuertemente el subtipo con predominio de la hiperactividad-impulsividad, con conductas antisociales a futuro (Taylor, 1994). Sin embargo, estos estudios no han logrado dar una explicación satisfactoria sobre este hecho, siendo aún tema de discusión en qué medida los factores hereditarios pueden estar determinando este particular curso evolutivo del SDAH.

Como podemos observar, esta serie de conductas coercitivas tendientes a focalizar y maximizar la atención de la madre, como son los excesivos niveles de actividad, la impulsividad y las conductas de riesgo aparecen y se explican desde este enfoque no como la expresión conductual de un desajuste neurobiológico, sino más bien como estrategias vinculares aprendidas por estos menores a partir de experiencias afectivas tempranas con sus figuras de apego.

Los estudios experimentales tendientes a evaluar el impacto de las experiencias tempranas en el desarrollo de los desórdenes conductuales en los menores han contribuido de manera significativa a la comprensión del origen vincular del SDAH. Sin embargo, nos parece interesante revisar algunos hallazgos efectuados en el ámbito de la Teoría del Apego que estarían

cuestionando los efectos trascendentales que tendrían los eventos tempranos de la niñez en el origen de los desajustes conductuales en los menores.

Waters (1993) sostiene que a pesar de que los estudios sobre las diferencias individuales efectuados a partir de la situación extraña han sido revisados recientemente por diversos investigadores, quienes han replicado los resultados obtenidos en un inicio por Ainsworth, otros estudios han arrojado importantes evidencias empíricas que comprobarían que la conducta de apego del menor no queda determinada exclusivamente a partir de las experiencias tempranas y que ésta, a su vez, podría estar sujeta a cambios importantes durante el transcurso de la vida.

Para Waters (1993), las primeras evidencias empíricas que sugirieron el poder de la experiencias tempranas en el desarrollo de la psicopatología infantil provenían de los trabajos sobre cuidado y privación materna. Según este autor, en 1981 Rutter efectuó una importante revisión de esta literatura lo que lo llevó a concluir que los efectos comúnmente atribuidos a la separación materna en los menores se deben en mayor medida a los efectos familiares negativos que esta separación provoca a través del tiempo, por lo que no podían quedar limitados a un momento y a una situación específica. Para Waters, los estudios efectuados por Block y Block en 1986, sobre divorcio y personalidad infantil, apuntaron hacia las mismas conclusiones de Rutter, las cuales obligaban en

cierta forma a considerar las influencias recurrentes del apego antes de explicar los problemas del comportamiento infantil sólo en términos de las experiencias tempranas. En este contexto, en 1978 Waters comprobó a partir de investigaciones longitudinales, que la conducta de apego del menor podía cambiar en la medida en que eventos estresores de la vida influían en el comportamiento de la madre. Según el autor, este elemento es considerado de vital importancia para los investigadores quienes actualmente se preocupan por evaluar tanto las relaciones pasadas como las actuales para comprender en forma más amplia el desarrollo de los comportamientos disruptivos en los menores.

Por otra parte, Waters señala que un sinnúmero de otras variables deben considerarse para comprender el origen de los trastornos infantiles, tales como las biológicas, las temperamentales, las de aprendizaje, familiares y cognitivas del menor. Según este autor el desafío hoy en día está en poder integrar estas variables en un modelo de desarrollo que pueda ser probado en un contexto tanto de prevención como de intervención.

Según este autor, importantes avances efectuados en el área de la psicología cognitiva han introducido cambios significativos en la forma actual de comprender el desarrollo de la conducta afectiva del menor. Descubrimientos recientes han llevado a otorgarle una mayor relevancia al papel que juegan los

sistema de creencias individuales o "modelos de trabajo" en la regulación afectiva de los menores con sus figuras significativas, más que a la conducta de base segura proporcionada por los padres. En relación a este punto, ya en 1985, Main efectuó un importante estudio que aportó con interesantes hallazgos sobre el rol de estos constructos mentales en el comportamiento afectivo de las madres hacia sus niños (en Duahlde, 1999). Main comprobó que los modelos internos de apego que éstas poseían, es decir, el conjunto de representaciones acerca de sus propias experiencias vinculares en la niñez temprana, influían decisivamente en la manera en que se vinculaban con el menor. Los modelos internos que investigó concordaron con los tres patrones vinculares descritos por Ainsworth y sus colaboradores. En el caso de las madres de los bebés clasificados con el patrón vincular "C", los recuerdos que éstas tenían acerca de sus experiencias afectivas tempranas eran por lo general confusos, poco objetivos y mostraban una preocupación excesiva por sus relaciones afectivas presentes o pasadas.

En relación con estos puntos, nos parece que las investigaciones efectuadas por Crittenden corresponden a un intento por tomar en cuenta muchas de estas variables señaladas y ofrecer una visión amplia sobre el origen vincular del SDAH. Sin embargo, es importante señalar que estas investigaciones han dado cuenta de los fenómenos vinculares en términos exclusivamente descriptivos. La situación de laboratorio diseñada por Ainsworth

para evaluar las relaciones materno-infantil ha sido el principal método de observación utilizado por esta autora en sus investigaciones (Crittenden, 1988). Esto implica algunas limitaciones para la evaluación de ciertos procesos psicológicos que podrían estar a la base de los comportamientos hiperactivos, los cuales son difícilmente accesibles y evaluables a partir de la observación experimental y del análisis descriptivo.

Guidano (1996) identifica estos procesos y nos aporta una visión más integral sobre el origen vincular del SDAH. Este autor recoge los hallazgos efectuados por Crittenden y los incorpora a su teoría Post-racionalista. Desde esta perspectiva analiza los fenómenos intersubjetivos que subyacen a estas experiencias de apego específicas ofreciéndonos una explicación más unitaria sobre el desarrollo de los comportamientos hiperactivos en los menores.

19. EL SDAH DESDE UNA PERSPECTIVA POST-RACIONALISTA.

Guidano plantea que el papel del apego no estaría únicamente al servicio de la protección física y del peligro, tal como lo señala Crittenden en sus investigaciones, sino que es funcional a la organización de la identidad del sujeto. Según este autor, a través de la relación con las figuras significativas, el menor va construyendo un modelo de mundo y un sentido de sí-mismo

específico a partir del cual actúa, comprende la realidad, anticipa el futuro y establece su relación con el ambiente y los demás (Ruiz 1996; Quiñones, 1999). En este contexto, los componentes emocionales que subyacen a las experiencias de apego tempranas jugarían un papel determinante.

Durante el transcurso de las interacciones tempranas, las figuras vinculares van a ejercer un papel relevante en la activación de tonalidades emocionales específicas en el menor (Guidano, 1993; Ruiz, 1996). Según las características emocionales de estas figuras, ciertas tonalidades van a ser más activadas que otras. Mediante las regularidades obtenidas de la conducta de los padres el menor comenzará paulatinamente a conectar estas emociones que más sobresalen en su contexto familiar a percepciones, acciones y recuerdos específicos convirtiéndolos en "esquemas emocionales prototípicos". A partir de estos esquemas el menor comienza a adquirir una consciencia de sí mismo y una visión particular de la realidad. Posteriormente, con la adquisición del lenguaje, éste será capaz de otorgarle sentido y continuidad a sus experiencias, pero siempre sobre la base de estas estructuras de significado ya existentes.

Según Guidano, las características vinculares del patrón "C" descritas por Crittenden en sus investigaciones, van a influir decisivamente en la construcción del menor de una visión específica del mundo, de los demás y de sí mismo a partir de la cual se van a desarrollar las estrategias vinculares coercitivas.

Para este autor, el vínculo que experimentan los menores coercitivos no les permite efectuar predicciones sobre la conducta protectora de los padres. En un contexto en el cual los cuidados y la protección son recibidos en forma intermitente, el peligro es percibido como una condición inminente de la realidad (Guidano, 1995; Bowlby, 1980). En estos niños, el miedo se constituye en una de las tonalidades emocionales que más sobresalen dentro de su contexto familiar a partir del cual van a estructurar una visión particular del mundo y de las relaciones: esto es, la percepción de un ambiente peligroso, cuya única posibilidad de vivir seguro en él es mediante el contacto estrecho con la figura de apego, lo que genera en el menor un apego angustioso.

Según sostiene Guidano, la necesidad de protección se constituye en un tema básico para los niños coercitivos. Sin embargo, desde temprano estos niños experimentan que sus demandas explícitas de cuidado y atención no influyen en el comportamiento de apego de sus padres inconsistentes. Únicamente, al intensificar las emociones y los contenidos de malestar éstos son capaces de atender al menor y volverse afectivos o protectores. En este contexto, los padres requieren de estrategias efectivas para poder manejar a estos hijos ansiosos y demandantes. Los engaños, las falsas promesas, se convierten para ellos en los recursos más frecuentemente utilizados. Como consecuencia de esto, el niño experimenta desde muy temprano que tanto las explicaciones de los padres como las propias no tienen ningún valor predecible y

aprende a desconfiar de ellas y a centrarse exclusivamente en los aspectos emocionales de las relaciones. De esta forma, los niños coercitivos desarrollan estrategias afectivas para vincular a estos padres inconsistentes.

Para Guidano, la hiperactividad constituye una estrategia efectiva que les permite a estos menores mantener la preocupación y cercanía de las figuras significativas. Mediante el despliegue constante de afecto intenso y las conductas de riesgo en las que suelen involucrarse, logran vincular permanentemente la atención y protección de sus padres. Sin embargo, para Guidano, estos comportamientos desadaptativos corresponden a estrategias vinculares particulares que reflejan el desarrollo de un patrón coercitivo desorganizado. En este punto es importante aclarar la interpretación que efectúa Guidano acerca del patrón vincular "desorganizado" propuesto por Main y Solomon en 1985.

Estos autores, a partir de sus investigaciones, identificaron un cuarto patrón vincular, el patrón "D" (desorganizado-desorientado), que describió a ciertos niños que se mostraban extremadamente ansiosos durante el experimento de la situación extraña y que no encajaron en los clásicos patrones A-B-C propuestos por Ainsworth.

Este patrón, que correspondió a la primera clasificación adicional en

aceptarse, identificaba a menores que mostraban en la situación extraña, conductas evitativas y ambivalentes, así como también actitudes controladoras y sobreprotectoras hacia sus padres. Según Main y Solomon, estos niños respondían a la necesidad de apego que no fueron satisfechas por sus cuidadores. Para los autores existían evidencias de que los padres de estos niños habrían tenido historia familiar de maltrato físico, abuso sexual y muerte de figuras cercanas, experiencias que les impedirían proporcionarle a los menores un vínculo afectivo seguro y estable.

Guidano sostiene sin embargo, que el patrón vincular "D" propuesto por Main y Solomon correspondería más bien a un artefacto de la observación más que a una categoría en sí. Según este autor, cada patrón vincular se da en un continuo entre formas organizadas y desorganizadas. En este contexto, un patrón vincular organizado es aquel que refleja ciertas capacidades del menor de poder hacer evaluaciones más abstractas o tomar puntos de vistas más amplios sobre sus experiencias afectivas, lo que le permite desarrollar una mayor habilidad comunicativa y generar estrategias vinculares más adaptativas y flexibles.

Para Guidano, los menores hiperactivos, producto de interacciones tempranas más defectuosas con sus figuras de apego inconsistentes, habrían desarrollado un patrón coercitivo "desorganizado". Estos menores poseen una

organización más rígida y tienden a ser más concretos en la evaluación de sus experiencias afectivas, por lo que no pueden sino recurrir a estas estrategias vinculares coercitivas como la única posibilidad de poder establecer una relación con el mundo y con los demás. En este sentido, para Guidano las estrategias coercitivas que despliegan los menores hiperactivos para vincular a sus figuras significativas, no se explican como comportamientos aprendidos, a partir de contingencias específicas relacionadas con las situaciones de peligro y la accesibilidad de la madre como figura protectora. Se conciben más bien como un estilo vincular, que surge de una visión particular de la realidad, de los otros y de sí mismo, visión que se construye a partir de estas experiencias vinculares tempranas con sus figuras de apego, y que estructura una particular forma de sentir y de explicarse la realidad.

Creemos que los análisis efectuados por Guidano constituyen un significativo aporte para la comprensión del origen vincular del SDAH. Desde una perspectiva post-racionalista el autor nos ofrece una visión más unitaria de los fenómenos psico-afectivos que subyacen al ámbito experiencial del menor y que estarían a la base de la explicación de este desorden.

Nos parece importante además, las implicaciones que tiene este enfoque para el tratamiento del SDAH. Hoy en día, la medicación constituye la principal alternativa de tratamiento utilizada con estos menores. Esta modalidad de

intervención se enmarca desde luego en una visión biologista del trastorno y está validada por el modelo psiquiátrico que domina actualmente el campo de la salud mental. Para Guidano, esta visión reduccionista determina únicamente intervenciones orientadas a disminuir o atenuar la sintomatología que presentan estos menores producto de las supuestas disfunciones neurológicas que tendrían, pero no constituyen desde su punto de vista una solución efectiva al problema ya que este es de carácter netamente vincular y no neurobiológico. En este sentido, las intervenciones terapéuticas que derivan del modelo biomédico suelen prescindir del ámbito experiencial del menor y se limitan exclusivamente a tratar los aspectos sintomáticos del SDAH. Sin embargo, existen en la actualidad algunos modelos de intervención que se orientan a un trabajo más experiencial con estos menores. Desde un enfoque constructivista, autores como Nylun y Corsiglia (1994) han propuesto un modelo alternativo de terapia con estos niños, la Terapia Narrativa.

Para estos especialistas, los menores aquejados con este síndrome manejan generalmente un discurso negativo y pesimista y una actitud pasiva frente al problema que los aqueja. Este discurso se ve reforzado por el diagnóstico psiquiátrico dominante y por la familia del niño que reconoce sin mayor dificultad el problema como una enfermedad neurobiológica tratable principalmente a partir del uso de psicoestimulantes (agentes externos).

Nylund y Corsiglia sostienen que independientemente de las causas que estén originando los comportamientos disruptivos en estos menores, el discurso psiquiátrico tradicional sobre SDAH traspasa el ámbito de la consulta y se inserta negativamente en el ámbito conversacional de la familia. Según estos autores, la terapia narrativa debe orientarse a ayudar al niño a que reemplace las ideas médicas sobre el SDAH con ideas alternativas que construya él mismo.

El proceso terapéutico deber ir encaminado a deconstruir el discurso actual del menor que confirma su situación de víctima pasiva y conectarlo con la experiencia inmediata que éste tiene acerca de cómo experimenta, desde su propio mundo interno, sus dificultades. De este modo, según los autores, se articularían en el menor habilidades especiales y conocimientos sobre el SDAH más acordes a su realidad. Esto le permitiría construir una explicación más actualizada y menos limitante de su problema lo que le ayuda a asumir una actitud más activa y generativa.

Si bién este enfoque terapéutico constituye un interesante aporte al trabajo con estos menores, desde una aproximación post-racionalista la sola desconstrucción del discurso no lograría modificar de manera significativa la visión que el sujeto ha construido del mundo, de sí mismo y de las relaciones. Desde la perspectiva de Guidano, el estilo vincular del menor con SDAH no cambiaría al modificar únicamente las explicaciones que maneja sobre sus

Nylund y Corsiglia sostienen que independientemente de las causas que estén originando los comportamientos disruptivos en estos menores, el discurso psiquiátrico tradicional sobre SDAH traspasa el ámbito de la consulta y se inserta negativamente en el ámbito conversacional de la familia. Según estos autores, la terapia narrativa debe orientarse a ayudar al niño a que reemplace las ideas médicas sobre el SDAH con ideas alternativas que construya él mismo.

El proceso terapéutico deber ir encaminado a deconstruir el discurso actual del menor que confirma su situación de víctima pasiva y conectarlo con la experiencia inmediata que éste tiene acerca de cómo experimenta, desde su propio mundo interno, sus dificultades. De este modo, según los autores, se articularían en el menor habilidades especiales y conocimientos sobre el SDAH más acordes a su realidad. Esto le permitiría construir una explicación más actualizada y menos limitante de su problema lo que le ayuda a asumir una actitud más activa y generativa.

Si bien este enfoque terapéutico constituye un interesante aporte al trabajo con estos menores, desde una aproximación post-racionalista la sola deconstrucción del discurso no lograría modificar de manera significativa la visión que el sujeto ha construido del mundo, de sí mismo y de las relaciones. Desde la perspectiva de Guidano, el estilo vincular del menor con SDAH no cambiaría al modificar únicamente las explicaciones que maneja sobre sus

experiencias ya que los procesos psicoafectivos que intervienen en su desarrollo son más complejos y profundos. Creemos que es necesario profundizar los estudios en esta área para que en un futuro próximo puedan ampliar su aporte al ámbito de la prevención y la intervención en este campo.

CONCLUSIONES.

A pesar de las numerosas investigaciones y de los avances tecnológicos efectuados en los últimos años en el ámbito biomédico, aún no se logra establecer con precisión el supuesto origen neurobiológico del SDAH.

Hasta hoy, los estudios de laboratorio han tenido poco éxito en demostrar alteraciones o disfunciones específicas a nivel de sistema nervioso en estos niños. La mayoría de las evidencias que apoyan este origen han sido obtenidas a partir de técnicas de exploración cerebral, tecnología que aún está en sus comienzos como herramienta diagnóstica.

Por otra parte, los tratamientos farmacológicos a los que son habitualmente expuestos los menores con Déficit Atencional ha sido un tema de constante debate entre los profesionales dedicados a este tema debido a los complejos efectos colaterales que suelen provocar. Aún no existe un consenso definitivo sobre la efectividad real de los psicoestimulante en el tratamiento del síndrome, como tampoco mediciones que permitan valorar objetivamente la respuesta de los menores a éstos.

A pesar de la diversidad de posiciones existentes en torno al origen neurobiológico del SDAH y la efectividad de los tratamientos medicamentosos.

se admite la necesidad de profundizar estos estudios, pero sobre todo, de empezar a concebir este trastorno como un fenómeno multicausado, tanto por variables biológicas como ambientales. Las investigaciones en el área psicosocial han contribuido a otorgarle a los contextos ambientales un importante lugar en la comprensión de este desorden, aunque para muchos especialistas éstos se constituyen únicamente como factores que podrían incidir en una mayor o menor expresión sintomática del desorden.

Diversos hallazgos efectuados en esta área permiten cuestionar hoy la importancia relativa que se le ha otorgado a los factores ambientales en la comprensión del SDAH. Las evidencias recopiladas a partir de los estudios evolutivos del síndrome permiten asociar cada vez más este cuadro a relaciones padre-hijo defectuosas y a ambientes familiares con altos niveles de stress. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones no han logrado precisar cómo estos fenómenos inciden específicamente en su desarrollo.

Gracias a los avances efectuados por importantes teorías vinculares, hoy podemos observar más de cerca el papel de estos factores en el origen de este síndrome.

Las investigaciones empíricas realizadas en esta área han permitido un desarrollo y enriquecimiento importante de las elaboraciones teóricas referentes

a la comprensión de la psicopatología infantil. En este ámbito, Crittenden efectúa un interesante aporte al estudio del SDAH al dar cuenta en forma detallada de los efectos que tendrían ciertos estilos de interacción materno-infantil en el desarrollo de este desorden. Estas investigaciones permiten empezar a comprender el desarrollo de los comportamientos hiperactivos no como la expresión conductual de ciertos desajustes neurobiológicos, sino como estrategias vinculares coercitivas que despliegan los menores a partir de experiencias afectivas tempranas específicas con sus figuras de apego.

Guidano, sin embargo, ofrece una explicación más unitaria sobre el origen del SDAH. Desde su teoría post-racionalista reformula los hallazgos efectuados por Crittenden y desde aquí analiza los complejos fenómenos intersubjetivos que subyacen a estas experiencias de apego específicas aportando así con una visión más amplia sobre la influencia que tienen los vínculos afectivos tempranos en el desarrollo del SDAH. Los análisis efectuados por Guidano no solo constituyen un importante avance en la comprensión del origen vincular de este desorden sino también, un importante desafío para futuras investigaciones empíricas que puedan aportar aún más a su estudio y especialmente al tratamiento de este desorden ya que hasta el momento las técnicas de intervención utilizadas comunmente con estos menores no han logrado ser efectivas.

Creemos que las implicancias que este enfoque tiene para el tratamiento del SDAH son significativas. Debemos reconocer sin embargo, que aún falta desarrollar mayores investigaciones en este ámbito. Sí bien en la actualidad existen estrategias terapéuticas que enfatizan el contexto experiencial del menor, desde una visión post-racionalista éstas no se constituyen como una solución definitiva al problema. En este sentido, conscientes de que la base epistemológica que sustenta el enfoque de Guidano difiere sustancialmente de la que asumen los métodos experimentales en psicología, nos parece importante poder contar con instrumentos o métodos de evaluación que permitan corroborar sus hallazgos y validarlos científicamente. De allí la relevancia que asume el poder profundizar y sistematizar estos estudios para que puedan significar un aporte concreto tanto a la comprensión del origen y desarrollo del SDAH como a su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA.

ARON, A. et al. Foro Nacional "Hiperactividad". Revista de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Stgo, 1985, N° 5, pp. 77-90.

BARCLAY, M. "Angustia y trastornos neuróticos". Editorial Hereder, Barcelona, 1978.

BARKLEY, R. "The adolescent outcome of hiperactive children diagnosed by research criteria". in American journal Child Psychology, 1996, N° 32, pp 233-255.

BIAGGI, H. "Trastorno por Déficit Atencional. Un resumen actualizado" Revista Argentina de Neuropsiquiatría, 1996, Volumen 5, N° 3. Artículo Internet. Ver en www.alcmeon.com.ar/

BIERDMAN, J. "A family study of patients with attention deficit disorder and normal controls". In American Journal Psychiatry, s/c, 1986, N° 20, pp 263-274.

BOWLBY, J. "Los cuidados maternos y la salud mental", Publicaciones científicas N° 14, Oficina Sanitaria Panamericana (O.M.S.), Washington D.C., 1954.

BOWLBY, J. "El vínculo afectivo", Paidós Ibérica, Psicología Profunda, Barcelona, 1969.

BOWLBY, J. "La pérdida afectiva. Tristeza y depresión". Editorial Paidos, Buenos Aires, 1980.

BOWLBY, J. "A secure base", Tavistock Professional Book. Londres, 1988.

BRETHERTON, I. & AINSWORTH, M. "Responses of One-years-olds to a Strange Situation", in M, Lewis and L.A. Roseblum (Eds), The origins of fear, New York, 1974, pp 131-164.

BRETHERTON, I. "New Perspectives on Attachment Relations: Security, Communication, and Internal Working Models". In Thompson (Eds), Nebraska Symposium on Motivation, Socioemotional development, Nebraska; University of Nebraska press, 1985, vol 36; Chapter 22, pp 1061-1099.

CRITTENDEN, P. Curso "Psicopatología y Vínculo", Instituto de Terapia Cognitiva, Stgo, 1998.

CRITTENDEN, P. "Relationships at Risk" In Belsky and T. Nezworski (Eds), Clinical Implications of Attachment, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. sc, 1988, pp 136-174.

CHAMORRO, R. "El Síndrome de Déficit Atencional" en Delivat, M y Col "Manual de Neurología Pediátrica", Editorial Mediterráneo, Stgo, 1994, pp 8-64.

DSM-III. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". 3ra edición, Washington D.C., 1980.

DSM-IV. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". 4ta edición, Washington D.C., 1995.

DUAHLDE, C. "Una Base Segura. El rol materno durante el segundo semestre". IX Congreso Metropolitano de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 1997, Artículo Internet. En www.psinet.com.ar/

BENASAYAG, L. & ETCHEPAREBORDA, M. "Neuropediatría. Temas Relevantes, Parte A : Abordaje Neuropsicológico, Editorial Celcius, Buenos Aires, 1989, pp 213-234.

GARRELI, A. "Consideraciones sobre el enfoque de la teoría del Attachment acerca del vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia". En Apunti di Psicología, Psychology Notes-Cultural Association for Psychology Research, 1998, Artículo Internet. Ver en www.caen.it/psicologia/home.htm

GARELLI, A. "Breve reseña en español del Brief Outline of the Theory of Attachment". En Apunti di Psicología, Psychology Notes-Cultural Association for Psychology Research, 1997, Artículo Internet. Ver en www.caen.it /psicologia /home.htm

GUIDANO, V. "La terapia Cognitiva desde un perspectiva Evolutivo-Constructivista", en Revista de Psicoterapia, Stgo, 1993 - N°14/15, pp 89-112.

GUIDANO, V. "Desarrollo de la terapia Cognitiva Postracionalista. Editor Alfredo Ruiz, Stgo, 1995.

HEILMAN, K. "Attentional Asymmetries", in J. Davidson and Kenneth Hugdahl (Eds), Brain Asymmetry, The MIT Press, U. of Cambridge, London, 1995.

HYND, K.M. et al. "Attention deficit-hyperactive disorder and asymetry of the caudate nucleus". American J. Neurology, N°8, pp 339-347, 1973.

JABOUR, J.T., DUENAS, D. Y. et Al. "Manual de Neurología infantil." Fondo Educativo Interamericano, S.A. Bogotá, 1996, Parte 3, Exámen neurológico del lactante y del niño, pp 33-40.

LOPEZ, I., TRONCOSO, L. et al. "Síndrome de déficit atencional, Neurobiología, Diagnóstico y Tratamiento", Editorial Universitaria, Stgo, 1998.

MAIN, M & SOLOMON, J. "Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implication for the classification of behavior", in Vogman T & Bretherton, I (Eds), Affective development in infancy, N.W, 1986, pp 95-124.

MARTINEZ, J. "Aportación metodológica a la evaluación y tratamiento de la hiperactividad", Universidad de Salamanca, Salamanca, España, 1988.

MENKES, J. "Textbook of child neurology", Lea & Febiger. Philadelphia, 1980.

MICHANIE, C. "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad". En Revista Argentina de Neuropsiquiatría, Volumen 5, 1996: Artículo internet. Ver en www.alcmeon.com.ar/

MINISTERIO DE SALUD. "Normas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hiperkinéticos en la atención primaria". Serie Minsal 01: Normas Técnicas y Administrativas S.M. N°1. Stgo, 1998.

MILICIC, N. "La conducta impulsiva. Su relación con el rendimiento escolar y algunas alternativas de tratamiento", en Revista de Psicología Educativa N°7, sc, Colombia, 1984, pp 257-262.

MONTORO, C. "La conducta de apego". Foro nacional Universidad de Tenerife, Abril 1998.

NYLUND, D & CORSIGLIA, V. "From Deficits to Special Abilities. Working Narratively with Children Labeled "ADHA". In *Constructive Therapies* (edit) Michael F. Hoyt. The Guilford press New York, 1994, volumen 2, pp 163-183.

PLIZCA, M.D., STEVEN, R. et al. "Catecholamines in Attention-Deficit Hiperactivity Disorder: Current Perspectives". in *American Journal Psychiatry*, sc, 1996, N° 35, pp 264-272.

QUIÑONES, A. "Significado social y viabilidad emocional narrativa". Artículo internet Instituto de Terapia Cognitiva, INTECO, Stgo, 1999.

RUIZ, A. "El modelo Posracionalista en Psicología", Artículo Diario "La Epoca", Domingo 27/8/95, Stgo, 1995, pp 19-21.

RUIZ, A. "La narrativa en la terapia Cognitiva Post- Racionalista", Instituto de Terapia Cognitiva INTECO, Stgo, 1999.

SHAFFER, D. "The Psychiatric clinics of North America. Pediatric Psychopharmacology", Saunders Company, Philadelphia, 1992 pp 1-27.

SMALL, L. "Psicoterapia y Neurología, problemas de diagnóstico diferencial." Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1973.

TAYLOR, E. "Syndromes of attention deficit and Overactivity", in Chud and Adolescent Psychiatry. Modern Aproxes, Blackwekk Scientific Publications. Oxford, 1994, Chapter 17, pp 264-272.

VALETT, R. "Niños Hiperkinéticos. Una guía para la familia y la escuela." Editorial Cincel S.A., Buenos aires, 1981.

VELAZCO, R. "El niño hiperactivo. Los síndromes de disfunción cerebral mínima". Mexico, Trillas, 1878.

WATERS, E. et al. "Is attachment theory ready to contribute to our understanding of disruptive behavior problems? Developmental and Psychopathology, Cambridge University Press, 1993, N°5, pp 215-224.

ZAMETKIN, A.J & LIOTTA. "Neurobiology of ADHD. Barkley's new conceptualization". American Journal Psychiatry, sc, 1998, N° 59, pp 1-22.