



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología**

**Niños con TDAH, cambios en la interacción
familiar a partir del diagnóstico**

Nº 106

Clara Barnathan

Tutora: Selma Azar de Sporn

**Departamento de Investigación
Abril 2004**

Índice

Resumen	5
Introducción	5
Cap. 1. El trastorno por déficit de atención. Aspectos fundamentales	
1.1. Antecedentes	8
1.2. Características	9
1.3. Hipótesis etiológicas	12
1.4. Diagnóstico	14
1.5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad	16
Cap. 2. Marco teórico	
2.1. Vector estructural	18
2.2. Vector de la interacción	22
2.3. Vector constructivista /construccionista	24
2.4. Vector de la autoestima o de la identidad complementaria	25
2.5. Vector del ciclo vital o evolución hacia la individuación	27
2.6. El modelo de la enfermedad como crisis	30
Cap. 3. La familia del niño con TDAH	
3.1. Estructura familiar del niño con TDAH.....	31
3.2. Interacción de la familia con TDAH, antes y después del diagnóstico	35
3.3. Construcción de la realidad, o epistemología específica de la familia con TDAH	37
3.4. El problema de la Autoestima del niño con TDAH	38
3.5. Evolución hacia la Individuación en el ciclo de la vida familiar	39
3.6. Reacciones parentales ante el diagnóstico.....	40
Cap. 4. Hacia un tratamiento interdisciplinario	
4.1. Intervención biológica: los psicofármacos	43
4.2. Nivel psicológico	44
4.3. Nivel social: familia y escuela	45
Cap. 5 Conclusiones	48
Bibliografía	51

Resumen

El presente trabajo de final de carrera aborda como tema central el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños. Se considera al trastorno un cuadro neurobiológico en el que está comprometido el funcionamiento del lóbulo frontal, estructura cerebral que desempeña un rol central en la atención. (Barkley, 1999, Gratch, 2000, Joselevich, 2000) Tiene como objetivo específico describir las características que asume la familia, a partir de la presencia de un niño con este trastorno. Se pregunta por los cambios producidos en el grupo familiar a partir del diagnóstico. Se responde a través de la bibliografía específica (Barkley, 1999, Gratch, 2000, Joselevich, 2000, 2003)

La familia se analiza a partir del Modelo Sistémico Familiar de los cinco vectores formulado por Díaz Usandivaras en el que se agrupan hipótesis provenientes de 5 líneas dentro de la teoría familiar sistémica: 1) línea estructural, 2) de la interacción, 3) línea constructivista, 4) desarrollos con relación a la autoestima y 5) el punto de vista de la individuación y evolución familiar.

El trabajo presenta como forma de abordaje de la problemática un tratamiento interdisciplinario que tenga en cuenta la constitución biopsicosocial del niño. Se considera la farmacología, entrenamiento a padres, psicopedagogía e intervenciones individuales, entre otras.

Se arriban a conclusiones relativas a los cambios que se producen en la familia, a partir del diagnóstico y tratamiento, en dimensiones como: la estructura, construcción de la realidad, interacción, evolución familiar y autoestima del niño.

Introducción

El Trastorno por Déficit de la Atención es una de las condiciones psiquiátricas más comunes de la niñez. El mismo se presenta bajo dos modalidades clínicas: con Hiperactividad (TDAH) y sin ella (DDA). En el presente trabajo nos ocuparemos de la primera.

Se trata de un trastorno muy importante, ya que representa hasta un 50% de los niños vistos en clínicas de psiquiatría pediátrica en los Estados Unidos (Barkley, 1999).

Interfiere en muchas áreas de la vida de los pacientes. Si no se trata, predispone al niño a desarrollar en el futuro otras condiciones de índole psiquiátrica y social.

El poder definir adecuadamente el TDAH ha sido una ardua tarea para médicos y terapeutas. Los síntomas de este "síndrome" se centran alrededor de tres elementos como: el Déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad. Como se verá en este trabajo estos son los síntomas más mencionados en la bibliografía especializada.

Existen además síntomas asociados como los problemas de aprendizaje, de conducta, las alteraciones del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad. La prevalencia en la población es de un 3 a 5%, del cual un 80 a 90% son varones.

Como se verá en este trabajo los síntomas se explican a partir de alteraciones en los neurotransmisores. Se trata de un cuadro neurobiológico en el que está comprometido el funcionamiento del lóbulo frontal, estructura cerebral que desempeña un rol central en la atención.

Dada esta condición los estimulantes o anfetaminas es la modalidad de tratamiento más común en el TDAH. Su uso en los Estados Unidos es amplio y de todas las anfetaminas, el metilfenidato (Ritalina) es recetado en un 90% de los casos. En nuestro país se la utiliza así también como la pemolina magnésica (Tamilán). Por otra parte, el TDAH afecta la adaptación familiar, académica, social y emocional del niño, por lo que implica un tratamiento multidisciplinario que suele incluir: terapéutica farmacológica, tratamiento psicopedagógico, psicoterapia individual, terapia familiar, orientación a padres y orientación a docentes.

En este trabajo se aborda el estudio de un factor ambiental como la familia. La familia no es estudiada como causa de la conducta del niño con TDHA, sino como factor de contexto. Existen factores familiares que inciden en el manejo del trastorno, pudiendo incentivar la aparición de algunas conductas disfuncionales o mediante la orientación adecuada, contribuir a su modificación. Por otro lado se considera en este trabajo que cada dimensión de la familia será afectada por la presencia de un niño con TDHA. Desde este lugar es como será estudiada la familia.

Barkley(1999), quien se adelantó en el estudio de esta problemática, ya establecía la importancia del estudio de la familia y su inclusión en el tratamiento. *Dice el autor: "Nadie puede apreciar completamente el trastorno, sus causas, su deterioro, su curso y sus consecuencias sin recurrir al entorno social y a la interacción del niño con él. El mismo diagnóstico del TDAH depende a nuestro entender de este punto. Son los informes de otro, dentro de esta red social, los que determinan qué niños se envían a consulta, se diagnostican y se tratan".*

A pesar de la importancia atribuida, el lugar que ocupa la familia, como variable determinante o de contexto, es muy discutido. Algunos escritores (Patterson, 1982) han afirmado que la conducta hiperactiva se relacionaría con la falta de control de los padres en la educación de sus hijos, ya que son demasiado permisivos y no proporcionan suficiente formación, estructura o disciplina.

Otros estudios (Barkley, 1995) demostraron que los niños con TDAH cumplen peor las órdenes de sus madres, son más testarudos y negativos y menos capaces que los niños sin este trastorno de cumplir las órdenes de sus padres.

En este trabajo se sostendrá que la presencia de un niño con TDAH tiene un impacto en las interacciones familiares, las que se tornan disfuncionales, lo que trae aparejado una crisis a resolver. La descripción de este impacto es el objetivo del presente trabajo.

Lo anterior quedó demostrado en las investigaciones de Barkley (1995) en las que se observó que al cambiar con medicación los síntomas del TDAH en los niños, la conducta de las madres cambiaba de manera significativa.

Para profundizar en el análisis de la familia se tiene en cuenta, como marco teórico referencial, el Modelo Sistémico Estructural de los cinco vectores. (Díaz Usandivaras, 1985)

Este modelo integra diferentes aportes de la terapia sistémica familiar para conformar un "modelo" de comprensión y abordaje clínico. En este caso será utilizado como el particular "cristal" a través del cual se verá a la problemática del niño con TDHA y su familia.

Este modelo postula 5 ejes o niveles de análisis y de intervención para un problema, estos se dan todos juntos, entretrejiendo una trama. Ellos son: la Interacción familiar, la estructura familiar, la construcción de la realidad, o epistemología de la familia, la evolución - Individuación en el ciclo de la vida familiar, y el eje de la Autoestima

El primero de los vectores hace referencia a las pautas comunicacionales de mantenimiento que perpetúan el síntoma y los mecanismos homeostáticos de una familia. Este es el modelo orientado en el proceso por el cual se forman y se mantienen las conductas disfuncionales. Es una concepción original del grupo de Palo Alto (Watzlawick, Jackson), entienden que la conducta problemática induce a respuestas del medio, que mantienen los aspectos disfuncionales, aunque la intención haya sido la ayuda. (Watzlawick, 1971).

El segundo eje, es tomado a partir de los desarrollados de Salvador Minuchín quien utiliza el concepto del holón para entender como se configuran las interacciones familiares, cada unidad de interacción será un holón. Refiriéndose a Minuchin y Fischman (1984) Umbarger (1999) expresa: "el término holón lo introdujeron para describir entidades que son en sí mismas un todo y simultáneamente son una parte del todo supraordinado"¹

En este modelo, los aspectos individuales son vistos a la luz de las interacciones familiares, existe una determinación mutua entre ambos elementos. Los cambios que son posibles de introducción en el sistema familiar se traducirán en cambios internos en los miembros.

La construcción de la realidad - tercer vector - hace referencia a las concepciones actuales e históricas de la familia y su grupo social, sobre los aspectos de la realidad, los *mitos familiares*, las creencias, etc, tomando como eje de referencia los desarrollos de Watzlawick (1981). En " *La realidad inventada*" expresa: "La realidad supuestamente hallada es una realidad inventada y su inventor no tiene conciencia del acto de su invención, sino que cree que esa realidad es algo independiente de él y que puede ser descubierta; por lo tanto, a partir de esa invención percibe el mundo y actúa en él."² Las familias también serían constructoras de realidades.

El cuarto vector, la evolución - individuación, está relacionado con el proceso de discriminación evolutiva que gradualmente todo individuo va logrando como *figura* a partir del *fondo* indiferenciado de su familia de origen.

Expresa Usandivaras "El ciclo de la vida familiar está marcado por etapas o estaciones y por cambios, más lentos o más rápidos, que generan crisis y a veces se detienen cuando el sistema está atrapado en pautas disfuncionales".

Desde este punto de vista se analizará la individuación y evolución del niño con TDHA en la familia

El último vector, la autoestima con relación con la confirmación de los otros, está relacionado con el grado en que la identidad propia y el mantenimiento de la autoestima dependen de la relación complementaria con los otros y de la confirmación que ellos proveen. Satir (1980) demostró que el valor que los niños se asignan a sí mismos depende en gran medida del valor que le otorgan los miembros cercanos de la familia. En consecuencia la autoestima está regulada por mecanismos de apreciación y depreciación mutuas que se originan en los primeros años. Los modelos para medir el valor propio serían creados en la familia de origen y posteriormente se transfieren a otros contextos relacionales.

1. Umbarger, C (1999) *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires Amorrortu Pág. 39

2. Watzlawick, P (1981) *La realidad inventada*. Gedisa Buenos Aires. Pág.17

Por su parte, afirma que el niño que nace no tiene pasado ni experiencia previa de comportamiento, y carece de una escala de comparación para valorarse a sí mismo, por lo que tiene que depender de las experiencias que adquiere con las personas que lo rodean y de los mensajes que le comunican respecto de su valor como persona. Sin embargo, 'virginia Satir transmite un mensaje esperanzado con relación a la autoestima, esta puede elevarse sin importar edad y condición, "en cualquier momento de la vida de un individuo, éste tiene la capacidad de iniciar el aprendizaje de una autoestima elevada "(pág.41)

Estos conceptos son el eje para comprender la construcción de realidad que realiza la familia del niño con TDHA, se profundiza en el cambio que introduce el diagnóstico en la realidad establecida.

Ahora bien, ¿cómo se justifica el análisis de la familia? ¿cómo se justifica el estudio de este tema elegido para el trabajo final de carrera? . Podríamos considerar que existen dos tipos de justificaciones, las que atañen a intereses personales y las que refieren a cambios que puede aportar el estudio de un aspecto del tema, en una parte de la realidad. Con relación a este segundo punto creo que profundizar en el estudio de la familia permitirá operar con más conocimiento a la hora de intervenir como profesionales. La importancia de la familia en las patologías infantiles, como variable de contexto, ha sido demostrada (Barkley, 1995 Joselevich,2000) Gran cantidad de niños con TDAH se convierten en adultos con dificultad de atención y rasgos impulsivos y/o con problemas residuales originados por su problemática familiar, siendo éstos causantes de grandes gastos en tratamientos, como así también de dificultades familiares.

Si los padres comprenden esta disfunción, acaban entendiendo que el niño no puede reaccionar como es deseable esperar, porque está sujeto a sus impulsos y a respuestas incontrolables ante estímulos que proceden del exterior.

Considerar el papel de la familia en el diagnóstico y tratamiento del TDAH, contribuiría a evitar mejor la angustia propia y la culpa generadora de una hostilidad dirigida al niño, así como a combatir las dos manifestaciones obstaculizantes del tratamiento más comunes: la hostilidad hacia el paciente y el sentimiento de culpabilidad. Debido a la sintomatología, la vida del niño/adolescente gira alrededor de la falta, la angustia, el castigo y la culpa.

Por otro lado, el estudio y abordaje de la familia se justifica a partir de otro dato que arrojan las estadísticas (Joselevich,2000). Entre un 20 y 30% de niños en edad escolar y un mayor porcentaje de población preescolar no muestran respuestas favorables frente a la medicación. Asimismo, algunos padres consideran que el tratamiento farmacológico no es una opción terapéutica viable para utilizar con sus hijos por lo que se hacen necesarias intervenciones alternativas.

Todos los puntos hasta aquí mencionados se presentan a continuación en 5 capítulos.

En el Cap. 1. "El trastorno por déficit de atención. Aspectos fundamentales", se presentan los antecedentes del trastorno y sus Características. También se presenta una breve reseña de las Hipótesis etiológicas que ha producido la ciencia, para dar respuesta al problema del TDHA. En el mismo capítulo se presentan las consideraciones diagnósticas, teniendo en cuenta algunas gnosologías como la propuesta en el Manual de Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV) También se describen otros trastornos frecuentemente asociados al TDHA

En el **Cap. 2.** se presenta el Marco teórico que guiará el análisis de la familia del niño con TDAH. Tal como se describió antes se presentan los 5 ejes que forman parte del marco conceptual: el Vector estructural, el Vector de la interacción, el Vector constructivista /construccionista, el Vector de la autoestima y el vector de la Evolución familiar. También se tiene en cuenta otro concepto que aporta Kornbilt (1996) El modelo de la enfermedad como crisis, que permite entender las transformaciones en la estructura familiar a partir de la enfermedad.

En el **Cap. 3.** Se aplican los conceptos desarrollados en el capítulo anterior a un caso particular, la familia del niño con TDHA.

En el **Cap. 4** "Hacia un tratamiento interdisciplinario" se presenta un modelo interdisciplinario de abordaje del TDHA que tiene en cuenta intervenciones sobre tres niveles: biológico, psicológico y social. La intervención biológica privilegiada es el uso de psicofármacos. Se presentan consideraciones con relación a su uso, resistencias y temores de padres e hijos, así como sus ventajas para el tratamiento. En la dimensión social se analizan las intervenciones que tienen a la escuela y a los padres como foco.

Por último en las conclusiones se retomará la pregunta formulada con relación a los cambios en la estructura familiar a partir del diagnóstico, respondiendo desde los ejes que aportó el modelo Sistémico de los 5 Vectores.

Cap. 1. El trastorno por déficit de atención. Aspectos fundamentales

1.1. Antecedentes

Las investigaciones en torno al TDAH llevan ya mucho tiempo. Tal vez el conocimiento del trastorno sólo ha alcanzado el estado de la opinión pública, en las últimas décadas. Este es un motivo por el que es frecuente encontrarse con la opinión de que el diagnóstico del trastorno, corresponde a una moda.

Dice Bernaldo de Quirós: “*Si como dicen algunos, la hiperactividad (o déficit de atención/ hiperactividad, como hoy se llama) es una “moda”, es una moda que ya lleva casi un siglo*”³

Precisamente, se ha situado la primera descripción clínica del cuadro en 1902, correspondiendo ella a George Still y Alfred Tredgold⁴. En ese momento se describe como principal característica del trastorno la presencia de “defectos en el control moral”. Estos “defectos” se manifestarían en la vida cotidiana de los niños mediante problemas en el aprendizaje, conducta hiperactiva y dificultades para mantener la atención en todo tipo de tareas.

La etiología de los “defectos en el control de la moral”, en esa época era buscada en la moral familiar, habiéndose registrado casos de alcoholismo, delincuencia, suicidio y depresión en el entorno familiar de estos niños. Por otro lado se establecía una correspondencia entre el trastorno y malformaciones congénitas que se manifestaban en diferencias en el diámetro del cráneo. La moral de la época y la hegemonía del pensamiento médico, limitaban la comprensión del trastorno.

Posteriormente, la presencia de una epidemia de encefalitis en los Estados Unidos (1917-1918) puso en evidencia la presencia de conductas de hiperactividad, inatención, e impulsividad, similares a las descriptas para los niños con TDAH, en los niños afectados por las secuelas posencefalíticas.

Este episodio tuvo como consecuencia el establecimiento de una relación entre lesiones cerebrales y la presencia de conductas impulsivas. Entonces, a partir de este hallazgo se postuló como hipótesis explicativa del TDAH la presencia de lesiones cerebrales mínimas, no detectables por los métodos habituales de diagnóstico.

Estas lesiones podrían ser las consecuencias de una encefalitis o de un trauma perinatal. Nunca se dio cuenta fehacientemente de la presencia de tales lesiones.

Un hito importante, en la historia de la psiquiatría infantil en general, y del tratamiento del trastorno de TDAH en particular, lo constituyó el descubrimiento de los efectos paradójicos tranquilizantes de los psicoestimulantes, en estos niños. Fue Bradley, quien en 1937 utilizó la benzedrina en el tratamiento de niños. Pero fue recién en la década del 70 en la que se popularizó la utilización de las anfetaminas en el tratamiento del TDAH.

Otro paso importante en la descripción y precisión del cuadro, fue dado por Virginia Douglas (1972) quien pone en el centro de la escena la dificultad para mantener por un largo período la atención y para controlar los impulsos. Serán precisamente estas características los elementos patognomónicos del cuadro.

El DSM III (1980) da como características esenciales del Trastorno por déficit de atención la mala atención y la baja de atención inapropiadas para la etapa del desarrollo⁵. Describe tres trastornos diferenciados: 1) el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad, 2) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y 3) el trastorno por déficit de atención, tipo residual.

En ese momento se sugerían una serie de hipótesis etiológicas, que resultan de cierta vaguedad. Por ejemplo se estimaba que existía una base biológica, en la que se incluían aspectos genéticos, hipersensibilidad a los alimentos, toxicidad ambiental.

Por otro lado, se consideraba la presencia de factores no orgánicos, como algún suceso psíquico, una alteración del equilibrio familiar o un factor inductor de ansiedad, como factores emocionales que pueden contribuir al inicio o a la perpetuación del síndrome.

El DSM IV- (1995) considera la categoría *Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador* en la que se incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante, y otras dos entidades residuales: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

Define al trastorno por déficit de atención con hiperactividad como una entidad nosológica cuya principal característica es la presencia de “*un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar*”⁶

3. Bernal de Quirós, G (2000) *El síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*, en Joselevich E. comp. El síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad, en niños adolescentes y adultos. Buenos Aires Paidós. pág. 19

4. Gratch, L (2001) *El trastorno por déficit de atención*. Buenos Aires. Panamericana

5. Kaplan, H Sadock, B (1987) *Compendio de Psiquiatría*. segunda edición

6. DSM-IV (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* Barcelona. Masson

Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Los problemas relacionados con los síntomas, se consideran que se han expresado en áreas como la escuela, la vida cotidiana en el ámbito familiar o en el caso de adultos en el trabajo. El efecto negativo que ha tenido la aparición de síntomas en las diferentes áreas debe ser claro, por ejemplo una disminución del rendimiento académico como consecuencia del déficit en la atención.

Se consideran como manifestaciones válidas del déficit de atención el descuido en las tareas escolares por no poner suficiente atención en los detalles, dificultades en la persistencia en una tarea hasta completarla. En cuanto a las manifestaciones de la hiperactividad incluyen un gran número de conductas como: inquietud, a tal punto de no poder estar sentado, exceso de saltar o correr en situaciones inadecuadas, habla excesiva e imposibilidad para disfrutar de la actividad lúdica. En cuanto a las manifestaciones de la impulsividad se consideran: la imposibilidad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, dificultad para esperar un turno, interrumpir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales.

Reconoce tres subtipos:

- a) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado
- b) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención
- c) Trastorno con déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

En cuanto a los hallazgos encontrados en el laboratorio, el DSM-IV afirma la inexistencia de pruebas que hayan sido establecidas como diagnóstico en la evaluación clínica del trastorno. Reconoce en algunos grupos de sujetos afectados por el trastorno, que se ha observado rendimientos anómalos en pruebas de procesamiento mental, comparados con un grupo control. Pero todavía no estaría definido qué déficit cognoscitivo fundamental es el responsable de este fenómeno.

1.2. Características

Si bien, existen características que pueden considerarse recurrentes para todos los casos de TDAH, Gratch considera la posibilidad de diferenciar entre las características propias de los niños predominantemente desatentos (ADD) y los predominantemente impulsivos (ADHD)

Entre las características atribuibles al primer grupo se destacan:

- Dificultades para seguir consignas
- Pérdidas de objetos personales y olvido de consignas
- Parecen no escuchar
- Tienen dificultades en mantener la atención durante la realización de tareas escolares y actividades lúdicas.
- Presentan dificultades en la realización de tareas que demanda un esfuerzo mental sostenido.
- Son distraídos
- Pueden ser tímidos e introvertidos

Se torna imprescindible definir la atención, no como una conducta en sí misma, sino como el resultado de la relación entre la conducta del individuo y los estímulos internos y externos, es decir, que la atención expresa la manera en que una persona está procesando la información. Los niños con AD/HD tienen dificultades para prestar atención a estímulos que le exigen esfuerzo mental y que no producen gratificación. Esto explicaría el por qué de la variabilidad en la atención, según se trate de actividades más o menos atractivas para el niño.

La capacidad para realizar un esfuerzo mental sostenido es el resultado de la interacción de distintos procesos que se engloban bajo el concepto de "funciones ejecutivas", que comprenden la capacidad para mantener la atención durante el tiempo que lleve la tarea, tener presente los conocimientos necesarios para realizarla, formular planes y estrategias, inhibir las conductas más automáticas, organizar una secuencia de acción, ensayar soluciones y tener flexibilidad para considerar distintas alternativas, ensayarlas mentalmente, y luego poder ponerlas en práctica. En los niños con AD/DH estos procesos cognitivos son deficitarios y por eso producen variabilidad en su rendimiento y en su conducta.

Con relación a los predominantemente impulsivos se observa:

- Inquietud
- Imposibilidad para permanecer sentados
- Dificultad para parar de hablar
- Dificultad para focalizar la atención
- Estado de inquietud, no están en silencio mientras juegan
- Respuestas automáticas, no reflexivas
- Tienden a responsabilizar a otros de sus dificultades
- Tendencia a la actuación, en detrimento del pensamiento

Además de establecer una diferenciación entre las características propias del tipo impulsivo, y con predominio en la desatención, es posible establecer diferencias en cuanto a las formas en que se manifiestan las características del trastorno, en diferentes etapas evolutivas.

Las manifestaciones comportamentales de las personas diagnosticadas con TDAH no son constantes a lo largo de las diferentes etapas evolutivas del desarrollo. Esto supone para los padres estar en un estado de expectativa e incertidumbre acerca de la evolución del cuadro. Barkley, menciona que: *"Más del 80% de los niños en edad escolar que han sido diagnosticados continuarán presentando el trastorno en la adolescencia, y entre el 30 y el 65% los presentarán también en la edad adulta"*⁷.

A pesar de las variaciones que presenta la evolución del caso, y de las diferentes formas que adopta, si se compara a diferentes casos, en un mismo periodo evolutivo, pueden establecerse algunas características recurrentes, que conformarían un patrón de conductas esperables para cada momento evolutivo. A continuación se describen algunos aspectos del comportamiento identificados para cada etapa evolutiva.

1. Antes de los dos años:

Las manifestaciones del TDAH pueden comenzar durante el embarazo, es frecuente que las madres registren un incremento de la actividad del niño, si lo comparan con otros embarazos. Bernaldo de Quirós, cita estudios que indican que suelen nacer fuera de término⁸.

A partir del nacimiento, una de las características que describen la mayoría de las madres con niños diagnosticados con TDAH, es la irregularidad en el sueño..

Gratch, lo describe de esta manera:

"Los niños se disponen a ir a dormir a altas horas de la noche. En la casa todos están agotados y ellos podrían seguir en actividad por horas. Cuando finalmente se duermen, dan la impresión de caer exhaustos."

Aún después de haber conciliado el sueño, los niños continúan en un estado de agitación permanente, que Gratch, compara con "descargas eléctricas". También aparecen manifestaciones del comportamiento agitado en el amamantamiento, las madres describen que los intervalos entre las ingesta son breves.

Muchas veces, sólo con posterioridad a la crianza y en ocasión del cuidado de un segundo niño, es como aparece en la madre, claramente, el registro de la situación de agotamiento a la que estaba habituada.

2. Etapa de la marcha

Durante esta etapa se pone de manifiesto un comportamiento autónomo, en el que el niño no obedece las órdenes de los padres. El desplazamiento por toda la casa y la dificultad para registrar el peligro, tiene como consecuencia que el niño protagonice accidentes domésticos de manera reiterada.

Este tipo de comportamiento va acompañado de una actitud atenta de quienes están a cargo del cuidado, ya que las situaciones de peligro a las que se exponen son mayores que en otros niños.

Con relación a la actitud de las madres, Gratch aclara:

"...no se trata de madres ansiosas, sobreprotectoras, o sencillamente de la inexperiencia de una primipara. Se trata de niños que por su hiperactividad requieren un nivel de atención superior a lo habitual".⁹ Este punto será retomado, más adelante cuando se analice la interacción dentro del sistema familiar.

3. Pre-escolaridad:

El ingreso en el pre-escolar supone el primer contacto con tareas de aprendizaje, con cierto grado de formalidad, esta es ocasión en que comiencen a manifestarse problemas de atención. En el ámbito grupal, es donde la diferencia con la conducta de otros niños se pone en evidencia, ya que los niños con TDAH son descriptos con poca capacidad de integrarse a tareas grupales.

Por otro lado, las frustraciones en el juego suelen resultar intolerable, por lo que aparecen conductas agresivas hacia otros niños. Barkley, relata el caso de Brad, un niño que al momento de ser entrevistado, tenía 11 años. En su historia preescolar se describe:

"Los padres de Brad notaron, cuando tenía entre tres y cuatro años, que su nivel de actividad y atención eran diferentes de lo de los otros niños. Siempre iba corriendo hacia todo aquello que le despertaba curiosidad y pasaba de una actividad a otra. Sus travesuras incluyeron poner detergente de lavaplatos en la rejilla de ventilación del nuevo amplificador de su padre..." "también era conocido por desmontar cualquier cosa con el único propósito de ver como funcionaba, relojes, pequeños electrodomésticos y muchos juguetes. Perdía piezas en el proceso, de modo que la gran mayoría de cosas nunca podían volver a funcionar"..."

7. Barkley, R (1999) Niños hiperactivos, Barcelona Paidós. Pág.101

8. Bernaldo de Quiros G. Ob. Cit. Pág.24

9. Gratch (2000) Ob. Cit. Pág.89

A la edad de cinco años, Brad empezó a discutir con sus padres cuando se le pedía que ordenase sus juguetes...”

La conducta de desobediencia se pone de manifiesto prontamente con las madres, e iría acompañada de una actitud oposicionista y desafiante. Estos aspectos de la conducta tienen efectos estresantes en las madres encargadas de su cuidado y educación.

4. La edad escolar:

La incorporación a un ámbito como el escolar, que implica un aumento de las exigencias disciplinarias, incrementa el estrés del niño con TDAH. Pronto tendrá que hacer uso de habilidades para atender, escuchar y obedecer. Tareas que le resultarán sumamente difíciles.

En ocasiones, la puesta en evidencia de estas dificultades, tiene como consecuencia alertar a los padres, quienes recién en este momento pueden preguntarse sobre la conducta hiperactiva del niño. El aprendizaje de la lectura, también es una ocasión, en la que se detectan los primeros problemas.

Las tareas de la vida cotidiana como vestirse y bañarse requieren la ayuda de los padres, a diferencia de otros niños.

En sus relaciones sociales pueden hacer intentos de ponerse en contacto con otros niños, pero pronto es rechazado por su intolerancia y agresividad. Gratch hace referencia a la dificultad para mantener relaciones de amistad dada su tendencia a tratar a otros niños con agresividad, ser “tiránicos y mandones”. Las situaciones de rechazo a la que se ve expuesto hieren su autoestima, incrementando las respuestas agresivas. Dado que la capacidad para la autorreflexión no se encuentra desarrollada, puede culpabilizar al medio externo de sus dificultades sociales.

Barkley afirma que entre los siete y los diez años de edad, al menos entre un 50% de estos niños probablemente desarrollará síntomas de trastorno disocial¹⁰ y conductas antisociales como mentiras, pequeños robos y resistencia a la autoridad.

Un término que utiliza Gratch para describir el estado de ánimo de estos niños es el de *hipohedonia*, contrastándolo con el más utilizado término anhedonia.

Dice Gratch :

(el término) “.. *hipohedonia* sirve para ilustrar el habitual estado de ánimo de estos niños. Viven con un permanente estado de insatisfacción, al que se suma el colapso en la autoestima por los bajos rendimientos en sus actividades, lo que conduce a una crónica frustración de sus padres que sienten que no han podido o sabido hacerlos felices”¹¹

La falta de un diagnóstico preciso, y el desconocimiento de los maestros de los síntomas del cuadro, suele contribuir a que entiendan el problema como “falta de madurez”, por lo que es frecuente que sugieran repetir el año escolar.

En los casos en que el niño queda en posición de repitente, esto representa otra herida a su autoestima dañada. Es probable que de manera compensatoria busque la atención y afecto de compañeros y docentes intentando ser el más gracioso del grupo.

En algunos casos el déficit en la autoestima suele acompañarse, como afirma Gratch de una depresión secundaria, proveniente de un colapso crónico del narcisismo¹²

5. Adolescencia :

Barkley menciona los resultados de diferentes estudios de seguimiento realizados a partir de la década del 70, en los que se concluye que el trastorno, no desaparece en la adolescencia, tal como se esperaba. Entre un 70 y 80% de los niños diagnosticados de TDAH es posible que continúen presentando síntomas y entre un 25 y 35 % presentan conductas antisociales. Un 30% puede tener problemas con el abuso de sustancias.

De manera que la idea de la evolución favorable del cuadro_ sin tratamiento adecuado_ hacia la adolescencia, resulta ser un mito.

10. Se trata de un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses: *Agresión a personas y animales*, *Destrucción de la propiedad* (ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios). *Fraudulencia o robo*. *Violaciones graves de normas* (permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad, se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo). El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

11. Gratch,(2000)Ob. Cit. Pág.19

12. Gratch(2000)Ob. Cit. Pág.92

Gratch destaca como punto central del adolescente afectado por TDAH, lo que denomina “crónico daño en la autoestima”. Como consecuencia de los reiterados fracasos académicos, a los que probablemente se hayan sumado intentos de abordaje terapéutico o psicopedagógico fallidos, el adolescente puede desarrollar una actitud negativa con relación a la construcción de proyectos.

La depresión secundaria que podría haber hecho su aparición en otros momentos del ciclo evolutivo, puede instalarse ahora..

Por otro lado, existiría una predisposición biológica al consumo de estimulantes. Si se tiene en cuenta la existencia de un trastorno neuroquímico de base_ como se verá más adelante_ que ciertamente remite con psicofármacos estimulantes, están dadas las condiciones para que la ingesta de drogas tales como la cocaína se transformen en una especie de automedicación, mediante la cual logran alcanzar el equilibrio esperado.

Ahora, bien para sintetizar podrían considerarse como características generales del TDAH, presentes en casi todos los momentos evolutivos, las siguientes:

- Dificultades para mantener la atención
- Dificultad para postergar las gratificaciones
- Dificultad para controlar los impulsos
- Presencia de conductas de riesgo
- Dificultad para obedecer y seguir consignas
- Dificultad para trabajar de manera regular.
- Dificultad para proyectar y planificar el futuro.

1.3. Hipótesis etiológicas:

Una forma de comenzar a responder a la pregunta sobre las “causas” del trastorno, es por la negativa, es decir definiendo cuales son los factores que no tienen incidencia en el cuadro.

Gratch señala 7 factores que en el imaginario social estuvieron unidos a la presencia del trastorno, pero que no tienen incidencia causal. Ellos son:

- * El exceso o el déficit de azúcar en la alimentación
- * la alergia a los colorantes en los alimentos
- * La falta de algún tipo de vitaminas
- * Mirar televisión
- * Los videojuegos
- * El divorcio de los padres, el nacimiento de hermanitos, los conflictos familiares
- * Otros factores de estrés.

Estas hipótesis, que tienen en cuenta factores ambientales, en sentido amplio, fueron pronto descartadas. En la actualidad, la hipótesis explicativa más fuerte es la que establece como causa, un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta, teniendo incidencia en la planificación y anticipación de eventos futuros.

A continuación se desarrollan las hipótesis explicativas que han alcanzado mayor trascendencia en el estudio del trastorno:

Hipótesis neurológica:

Como se describió en la evolución histórica del concepto de TDAH, una de las primeras hipótesis explicativas del trastorno establecía una relación entre la presencia de una lesión cerebral en la región órbita frontal y la presencia del trastorno.

Esta hipótesis se basaba en la observación de la conducta de primates, cuando se lesionaba la región frontal del cerebro. En estos casos se registraban comportamientos de hiperactividad similares a los que presentan los niños diagnosticados como con TDAH.

Esta evidencia no resultó suficiente, y tras años de investigación ha quedado refutada, en la medida que menos del 10% de los niños con TDAH presentan lesiones

Hipótesis de los neurotransmisores:

Esta hipótesis sostiene la existencia de deficiencias de dopamina al nivel de la región prefrontal. (Chelune, G. 1986 Grondzinsky, G. 1990; Conners, C. 1990)¹³

El lóbulo frontal desempeña un rol central en la atención. Distintas investigaciones mostraron que hay una disminución en el flujo sanguíneo y en el metabolismo en esta área, esta menor activación también explicaría la dificultad para regular la conducta, al disminuir la inhibición que el lóbulo frontal normalmente

13. Ctdo por Bernaldo de Quiros, G. en Joselevich, E.comp. (2000) Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D) en niños adolescentes y adultos. Buenos Aires Paidós

ejerce sobre el sistema límbico. En un trabajo de investigación clínica llevado a cabo en Buenos Aires, en el año 1996¹⁴ se llega a la conclusión que la adrenalina está disminuida en el grupo de pacientes, concretamente en un 85,71% de ellos. Por su parte, la noradrenalina se halla por debajo de los valores normales en un 67,86% de la muestra. En cuanto a la dopamina, su excreción urinaria también está reducida, siendo 48 los que presentan mediciones con valores “bajos”, o sea el 85,71% de los pacientes.

Este trabajo de investigación clínica presenta un grupo de 56 pacientes con diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional con /sin hiperactividad, de entre 6 y 19 años de edad, tomados de modo randomizado sobre un conjunto de 340 historias clínicas de consultas de primera vez, en un período de 5 años.

Se establece una distinción entre pacientes con hiperactividad y sin ella, otros con antecedentes o manifestaciones actuales de trastornos esfinterianos (enuresis y/o encopresis) y también una proporción de pacientes con vínculos primarios de parentesco (hermanos).

En todos los casos se procedió a cuantificar en orina de 24 horas la excreción de feniletilamina, noradrenalina y dopamina, encontrándose en una alta proporción de casos una disminución significativa de dichas sustancias; dicha disminución se interpretó como indicativo de una baja actividad de las mismas en el sistema nervioso central, coincidente con el cuadro clínico de déficit atencional con/sin hiperquinesia.

Por otro lado, puede relacionarse las teorizaciones sobre el comportamiento de los neurotransmisores con la teoría de *la inhibición de la conducta, formulada por Barkley*.

Barkley, tomando de Bronowski sus estudios sobre la capacidad de inhibir respuestas, y sus consecuencias sobre el comportamiento, llega a la conclusión que el TDAH es un trastorno del autocontrol, de la fuerza de voluntad y de la organización y dirección de la conducta hacia el futuro, que estaría relacionado con un problema en el desarrollo y funcionamiento del área frontal del cerebro.

Dice Barkley :

*“... la naturaleza madurativo- neurológica del TDAH contradice de manera directa nuestras arraigadas creencias de que el autocontrol y la voluntad están totalmente determinados por la persona y su crianza. Creo que esta contradicción es la causa de gran parte de la resistencia social a admitir este trastorno dentro de los trastorno del desarrollo, que gozan de gran empatía y de subvenciones y derechos especiales”*¹⁵

En este comentario Barkley hace referencia a la ideología y a la dificultad social para aceptar la hipótesis de los neurotransmisores, el reconocimiento de la dificultad del hombre para controlar su voluntad es una herida narcisista su ilusión de control sobre sí mismo.

Por otro lado, aceptar las implicancias biológicas según Barkley, tendría consecuencias positivas sobre la relación con el niño, en la medida en que desculpabiliza a los padres, y disminuye el sentimiento de frustraciones, por los sucesivos intentos de modificar el comportamiento del niño.

Hipótesis genética:

Diferentes estudios sobre gemelos idénticos muestran una concordancia superior al 80% para la hiperactividad. Bernaldo de Quirós, cita estudios de Silberg y Rutter (1996) en los que se ha determinado que los gemelos idénticos comparten el mismo pool genético, a diferencia de gemelos fraternos, que sólo comparten un 50% de los genes. Una concordancia del 80% significaría que cuando un gemelo es hiperactivo, en el 80% de los casos el idéntico también lo es.

Barkley, tomando estos resultados, se pregunta: ¿qué es lo que se hereda?

Responde que se trataría de una predisposición a presentar déficits en el desarrollo del córtex frontal y del núcleo caudado del cerebro.

El TDAH como rasgo humano.

Barkley, reflexiona acerca de la posibilidad de enmarcar a la hiperactividad como una actividad humana normal, y no un aspecto patológico. Para sostener esta idea toma la hipótesis genética, y compara los rasgos del TDAH con características como la estatura, estructura ósea, que también es hereditaria.

Se trataría de una cuestión cuantitativa, la capacidad para el autocontrol podría ser una dimensión presente en diferentes grados, en todas las personas. Las personas diagnosticadas con TDAH estarían en un grado inferior, con relación a esta variable. El problema parece ser, determinar cuál es la línea que separa la normalidad de lo patológico.

En cuanto, a los beneficios de sostener esta hipótesis, Brakley previene:

14. Dr. Tito Antonio Rosan, Dr. Humberto Mesones Arroyo (1996) Trastorno por déficit atencional con/sin hiperquinesia. Su tratamiento con precursores de las aminas biógenas cerebrales / ADHA (Fundación para la investigación del Déficit Atencional e Hiperquinesia . Trabajo presentado en el VI Congreso Brasileño de Psiquiatría Clínica y Congreso de Psiquiatría Clínica del Mercosur, Curitiba, Brasil, 28 al 30 de agosto de 1997.

15. Barkley, Ob. Cit. Pág.73

“Aceptar que el TDAH es la forma más extrema de un rasgo que todos poseemos y que es algo que adquirimos de forma natural, debería ayudar a que todos viesen al TDAH de forma más comprensiva. Si su hijo ha nacido con este problema; no es por su culpa que este en esa posición del continuum. Asimismo, usted no debe culparse en aceptar que otros le culpabilicen por ello.”

Hipótesis ambientales: el entorno familiar.

Actualmente no se encuentra en la bibliografía sobre TDAH hipótesis sostenidas, con relación a la responsabilidad en el comportamiento paterno, como causa del trastorno. Barkley desestima las hipótesis que postulan que la conducta hiperactiva podría estar causada por la falta de control de los padres en la educación de sus hijos; por otro lado, expone sus investigaciones con familias de niños con TDAH, que parecen indicar la presencia de autocontrol en los padres y una conducta directiva hacia sus hijos, a veces alcanzando mayor rigidez que con otros niños.

De igual forma sus estudios ponen en evidencia, la dificultad de los niños para responder a las directivas paternas.

Si bien los factores medioambientales no son causales, sí influyen en el curso de la enfermedad, potenciándola o moderándola. Ciertas características como la integridad de la familia, una buena relación entre padres e hijos, una comunicación asertiva, incidirán en un manejo positivo del trastorno, mientras que una depresión materna, o pautas de manejo familiar como castigos muy severos o falta de monitoreo, incidirán en forma negativa.

A manera de síntesis, puede decirse que las diferentes líneas de investigación hasta el momento parecen localizar en el área frontal del cerebro (órbita-frontal) y sus conexiones, el problema principal. Las conexiones del área frontal con el núcleo caudado_ que a su vez se conecta con el sistema límbico_ podrían tener cierto déficit, responsable del TDAH. Estas conexiones son las que presentan mayor nivel de dopaminas, por lo que se infiere que la disminución de este neurotransmisor, sería en parte responsable del déficit.

La dopamina, como neurotransmisor relacionado con la inhibición de la actividad de otras neuronas, podría ser la responsable de las manifestaciones conductuales relacionadas con la desinhibición y falta de control impulsivo.

1.4. Diagnóstico

Una de las dificultades más importantes, en el diagnóstico del ADD es que la distinción entre su presencia y una conducta normal, es sólo cuestión de grados. Las manifestaciones, aparecen en el área de la conducta. Como vimos en las características, de estos niños, las manifestaciones del trastorno son conductas que están presentes en todos los niños, pero varían en su intensidad.

Tal vez, el punto clave sea tener en cuenta en que medida, la impulsividad, la dificultad para sostener la atención, afectan las diferentes áreas de su vida.

Otra dificultad para realizar el diagnóstico, la señala Gratch quien ha observado que existe una importante variabilidad de la conducta de los niños con ADD, según el ámbito en el que se encuentren. Esta afirmación se sostiene especialmente para los niños que no presentan hiperkinesia y que son retraídos, tal vez en estos casos, el ámbito de su cotidianidad, será el lugar de privilegio en la manifestaciones sintomatológicas.

Para realizar un diagnóstico Heydl¹⁶ sugiere establecer dos niveles de análisis:

- a) el nivel individual: incluyen las características del niño y sus posibilidades de modificación
- b) nivel familiar-social: incluiría una investigación de las características del medio, y la evaluación de sus posibilidades de cambio.

Con relación al nivel individual, el autor sugiere la evaluación de las características del niño, teniendo como objetivo la exploración de la historia evolutiva, las conductas presentes en el hogar y el colegio. Este análisis permitirá discriminar si se trata de la presencia del TDAH o si el problema es motivado por tácticas o expectativas inadecuadas por parte de los padres.

Herramientas diagnósticas como el DSM-IV, al que ya se hizo referencia, permitiría también comprobar la presencia del trastorno, en la medida que se cumplan los criterios diagnósticos, que tiene en cuenta el Manual:

El criterio A. considera la existencia de síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad Tiene en cuenta la persistencia de seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

16. Heydl, P Evaluacion diagnostica en el AD/HD en Joselevich, E. comp.(2000) Ob. Cit.

- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

Se considera, por otro lado, la presencia de seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad, habiendo persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con relación con el nivel de desarrollo:

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Se consideran síntomas de impulsividad, los siguientes:

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

El criterio B va a tener en cuenta que algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones se hayan presentado antes de los 7 años de edad.

El criterio C. considera la presencia de alteraciones provocadas por los síntomas en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

El criterio D. alude a la existencia de pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Ahora bien, si retomamos los niveles de análisis propuestos por Heydl, debemos considerar el mencionado como nivel de análisis “b”, que hacía referencia a la evaluación de las características del contexto.

La evaluación del contexto permitiría definir la magnitud del problema, según Heydl. Se tendrá en cuenta, cómo participa el niño en la producción del problema y cómo responde el entorno. Se trataría de una *evaluación sistémica del problema* (tema que será ampliado en próximos capítulos).

Heydl sugiere la evaluación de los circuitos interpersonales que pueden sostener el comportamiento problemático. También considera la evaluación de los niveles de psicopatología en los padres, afirma: “ las alteraciones psiquiátricas son factores de dificultad en la resolución de los problemas que plantea un niño con AD/HD. Se debe consignar la presencia de alcoholismo, consumo de drogas, depresión y AD/HD”¹⁷

En cuanto a las técnicas de evaluación a utilizar, sugiere, la utilización de diferentes herramientas diagnósticas y fuentes diversas para enriquecer la información. Hace referencia a:

- Entrevista con los padres (anamnesis del niño)
- Entrevista con el niño. Examen físico
- Entrevista con la maestra
- **Cuestionario o escalas de conducta**
- **Escalas:**

La más conocida es la escala de Barkley que mide las situaciones problemáticas del TDAH en el hogar y en el colegio. Presenta un listado de criterios diagnósticos, que deben ser evaluados con relación a su presencia/ausencia en el niño. Los resultados se comparan con baremos.

Heydl divide a las escalas en dos categorías: las de “banda ancha” y “banda angosta”. Las primeras evalúan problemas que incluyen la ansiedad y depresión, además de las conductas típicas del TDAH, mientras que las que integran el grupo de “banda angosta” evalúan sólo los aspectos del trastorno evaluado.

- **Cuestionarios para padres:** Children behavior Checklist
- **Cuestionarios para maestros:**

17. Heydl, Ob. Cit. Pág., 58

Los maestros tienen la posibilidad de comparar conductas de diferentes niños, en la misma etapa del ciclo evolutivo, esta posibilidad debe ser tenida en cuenta para el diagnóstico. Los cuestionarios para padres, generalmente incluyen cuestionarios alternativos para maestros. Heyld cita cuestionarios para maestros como el CPRS (Conners Parents Rating Scale), el TRF (Teacher Report Form)

Otra línea diagnóstica es la de Gratch, quien sugiere seguir el siguiente procedimiento diagnóstico:

1. Entrevistas familiares diagnósticas; son una posibilidad de evaluar la interacción familiar in situ
2. Observación del paciente, identificando las manifestaciones sintomáticas de la enfermedad.
3. Utilización de cuestionarios
4. Recolección de datos en ámbitos como el colegio
5. Evaluación psicológica y pedagógica
6. Examen médico clínico: pudiendo incluir estudios complementarios como el EEG que permite la evaluación neurológica.

Es importante su inclusión para diferenciar los cuadros en los que la impulsividad pueden tener otro origen. El registro encéfalo-gráfico de un niño afectado por TDAH no presenta diferencias con otros niños.

7. Aplicación de test computarizados como el TOVA (Test of variables of Attention)

Sólo la consideración de todos estos elementos en su conjunto puede permitir la formulación del diagnóstico.

La evaluación de la atención, es un punto importante en el diagnóstico, ya que se ha observado que niños con ADD- ADHD presentan múltiples dificultades tanto en la atención auditiva como visual

Gratch sugiere la utilización de técnicas psicométricas para la evaluación de la atención, tales como:

- a) El test de Detroit para la atención de secuencias de palabras: mide la vigilancia auditiva y memoria auditiva inmediata
- b) test de Detroit para la atención visual de objetos
- c) Test de Gordon:

Se trata de un aparato electrónico que mide dos aspectos del problema del niño con TDAH: los déficit en la atención y el control de la impulsividad.

Mediante la identificación visual de signos, se miden los errores, de manera tal que los errores por omisión del signo son considerados indicadores de inatención, en cambio, la presencia de un exceso de errores por comisión será un indicador de impulsividad.

Con relación a los test psicológicos, Gratch afirma que los test que evalúan la personalidad, no permiten discriminar, por sí mismo, la presencia del trastorno.

1.5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Un aspecto fundamental durante la etapa diagnóstica se refiere a diferenciar la presencia del Trastorno por déficit de atención de otros trastornos asociados, como pueden ser: el trastorno negativista desafiante, Trastorno antisocial de la personalidad y Trastornos del aprendizaje. Estos trastornos suelen aparecer de manera asociada al TDAH, es lo que se denomina comorbilidad

Cuando hablamos de comorbilidad estamos haciendo referencia a la presencia concomitante de dos trastornos, ahora bien, ¿de qué tipo es esta relación? Para aclarar este punto consideramos el punto de vista de Michanie quien explica de la siguiente forma, esta relación:

“La noción de comorbilidad no implica necesariamente una relación de causalidad o interdependencia entre los trastornos coexistentes, sino que se hace referencia a una alta probabilidad de asociación de distintas patologías en un mismo individuo, las que poseen características clínicas y un curso evolutivo propios de cada una de ellas”¹⁸

Las implicancias de la comorbilidad en la clínica son importantes, ya que se considera que las posibilidades de curación son menores para quienes tienen mayor comorbilidad, es decir, otros trastornos asociados.

Ahora bien, es necesario definir cuál es el trastorno primario y cuál o cuáles son los secundarios que dan lugar a diferentes maneras de interactuar.

A continuación se presentan los trastornos que aparecen más frecuentemente en la bibliografía asociados al TDAH

Trastornos de ansiedad:

La coexistencia del trastorno por déficit de atención y un trastorno de ansiedad se ha presentado, según afirma Michanie, en un 20% de los casos con TDAH.

18. Michanie, C, Comorbilidad en el AD /HD en Joselevich E. comp. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad en niños y adolescentes. Buenos Aires. Paidós. Pág.42

Dentro de los trastornos de ansiedad, el que más frecuencia de aparición tiene en los niños es el denominado "trastorno de ansiedad o separación". Se caracteriza por un intenso temor a separarse de los padres, evitando algunas veces irse a dormir solos en la medida en que el dormir supone una separación. La presencia de este trastorno disminuye la participación del niño en tareas escolares o sociales en la medida en que permanece junto a sus padres.

Si tenemos en cuenta que el niño con TDAH también puede adoptar una conducta evitativa de la actividad escolar, por sus continuos fracasos, la coexistencia de ambos trastornos empeora el cuadro.

Dice Michanie

"... cuando ambas condiciones _ AD /HD y angustia de separación_ coexisten, pueden intervenir conjuntamente en la determinación de un mismo síntoma, por ejemplo, el desarrollo de una fobia escolar" ¹⁹

La significación de la coexistencia de ambos trastornos, para el tratamiento, es importante. Se sugiere abordar ambas problemáticas en forma simultánea. Por ejemplo, Michanie sugiere abordar el temor a la separación mediante un tratamiento familiar, mientras que el TDAH puede abordarse de manera individual.

Trastornos del estado de ánimo

Se ha encontrado que la presencia de trastornos del estado de ánimo, específicamente, los trastornos depresivos, aumentan en la medida en que aumenta la edad de los niños con TDAH.

La presencia de un cuadro depresivo implica, la existencia de poco interés por casi todas las actividades, irritabilidad, cansancio, así como dificultades en el sueño y en el apetito.

Habíamos encontrado que en el niño con TDAH pueden aparecer sentimientos de tristeza y apatía como consecuencia de sus fracasos en el ámbito escolar, pero esto en sí mismo no implica la presencia de depresión. Cuando estamos ante un cuadro de depresión asociado, el rendimiento escolar empeora y existen más probabilidades de conflicto en la familia.

La coexistencia de ambos trastornos en la adolescencia, se vuelve peligroso, sobre todo para los casos de hiperactividad, ya que la impulsividad puede aumentar las posibilidades de suicidio.

Con relación al tratamiento se sugiere abordar primero el cuadro de depresión, investigando también la presencia de algún cuadro depresivo en los padres.

El mejoramiento del cuadro depresivo permitirá actuar sobre el TDAH teniendo también, más probabilidades de éxito, con la medicación.

Dentro del amplio espectro de los trastornos del estado de ánimo, recientemente comenzó a establecerse una asociación entre el denominado "trastorno bipolar" y la presencia de TDAH (Scandar, 2003). El trastorno bipolar implica pautas de conductas que oscilan entre la falta de interés por toda actividad vital, que caracteriza al periodo depresivo y un estado de excitación con hiperactividad. Es precisamente la pauta conductual de hiperactividad la que permite asociar a ambos trastornos.

Scandar aconseja: *"Siempre que se observen variaciones cíclicas en el estado de humor del niño o estados de excitación y euforia, es apropiado contemplar la comorbilidad o realizar un diagnóstico diferencial para descartar enfermedad bipolar"*²⁰

Trastornos de conducta

El TDAH suele aparecer asociado a los denominados trastornos de conducta, tales como el trastorno de conducta oposicionista y el trastorno antisocial. Se estima que entre un 20 y 30% de los casos de trastornos de conducta están asociados a la presencia de un TDAH

A diferencia del TDAH, el trastorno oposicionista se halla más afectado y promovido por el entorno familiar. Gratch encuentra una relación entre este trastorno y las fallas en el cumplimiento de las funciones materna y paterna. Encuentra que en la constelación familiar del niño que padece este trastorno puede encontrarse una ausencia de figuras de autoridad, figuras representantes de la ley.

El trastorno oposicionista implica un patrón de desobediencia a las normas impuestas por los adultos. Prevalece una actitud desafiante de estos niños ante los adultos.

La coexistencia de ambos trastornos tiene implicancias para el tratamiento. Se considera desde el punto de vista farmacológico que el tratamiento es igual para ambos trastornos. Los fármacos que se utilizan para el tratamiento del TDAH mejoran el trastorno oposicionista. De igual forma ocurre con los tratamientos dedicados a mejorar la conducta del niño o con la orientación a padres.

19. Michanie, P en Joselevich, E Ob. Cit. pág. 43

20. Scandar, R. A.D/H.D y trastornos asociados o comorbidos. En Joselevich, E (2003) AD/HD ¿Qué es, qué hacer ? Buenos Aires Paidós, pág.71

Trastornos del aprendizaje.

“Se denominan trastornos del aprendizaje a aquellas dificultades persistentes en un área académica (lectura, aritmética, escritura) en la que el niño rinde significativamente por debajo de lo esperable de acuerdo con su nivel intelectual, y sin que ello se deba a problemas físicos (visión o audición) o a una mala enseñanza”²¹

Dentro de los trastornos del aprendizaje, se describe a la dislexia como el trastorno que más incidencia tiene sobre el niño con TDAH. Se ha encontrado una incidencia de un 20% en los niños que tienen un TDAH, mientras que para el resto de la población sería de sólo 10%

La presencia de dislexia implica un retraso en la aparición del lenguaje, dificultades para decodificar la palabra escrita, en la edad escolar, dificultades para retener información auditiva. Este conjunto de síntomas potencia las dificultades escolares en el niño con TDAH.

En cuanto al tratamiento, la intervención sobre el TDAH no mejora la dislexia, se necesita un tratamiento específico a nivel fonológico. Deberán modificarse mediante una re-educación específica los procesos de decodificación de la palabra escrita o hablada.

Cap. 2. Marco teórico

El presente capítulo tiene como objetivo presentar algunos conceptos, dentro del enfoque sistémico, que permitirán abordar la problemática del niño con TDAH y su familia.

La elaboración de un marco teórico tiene como objetivo ofrecer una forma de recortar la información existente. Implica la adopción de una teoría o desarrollo de una perspectiva teórica.

Como considera Sampieri (1998), uno de los objetivos del marco teórico será “proveer de un marco de referencia para interpretar los resultados de un estudio”²². Es decir, la adopción de un marco teórico implica mirar los hechos de la realidad bajo ese cristal. Esto no implica que no puedan analizarse desde otra óptica, sólo que a los fines de circunscribir un problema se prioriza una perspectiva.

En este caso se trata de la perspectiva sistémica. Dentro de ella se consideran relevantes, para entender la temática analizada, el punto de vista interaccional, estructural, constructivista, los desarrollos con relación a la autoestima y el punto de vista de la individuación y evolución familiar

2.1. Vector estructural

Dentro de esta línea tenemos a los ya clásicos desarrollos de Salvador Minuchín quien entiende a la familia como un “conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones mismas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema”²³.

En la interacción familiar no sólo se intercambia información, sino que se establecen jerarquías. Cuando un miembro de la familia se comunica con otro para pedirle algo no sólo le está dando información expresada de manera verbal, sino que le está comunicando quién es quién en esa interacción, y qué es esperable para cada uno de ellos. En la medida en que estas pautas de interacción se reiteran constituyen una pauta transaccional en la que se producen y mantienen relaciones jerárquicas.

Desde este punto de vista en todas las familias podemos analizar la modalidad de interacción de sus miembros, y en el mismo momento estaremos explorando las jerarquías establecidas.

Minuchín para describir al sistema familiar de manera más precisa lo divide en subsistemas que permiten el cumplimiento de las funciones familiares. Por ejemplo va a considerar como subsistemas las díadas: marido- mujer, madre-hijo.

El valor del subsistema está dado por el hecho de que permite que se lleve a cabo el proceso de diferenciación de cada miembro del sistema familiar.

En términos de Minuchín:

“La organización de la familia en subsistemas permite a cada miembro ejercer una suerte de diferenciación en la medida en que cada subsistema exige a cada individuo el ejercicio de roles diferentes, sosteniendo el sí mismo, que integra esos roles (el Yo soy).”²⁴

21. Michaine, P en Joselevich, E pág.48

22. Sampieri R (1988) Metodología de la investigación Científica. Segunda edición. México. Mc Graw Hill. pág. 22

23. Minuchin, S (1974) Familias y terapia familiar .Séptima reimpresión, 1999 Gedisa, Barcelona. pág.86

24. Minuchin, Ob. Cit. pág.85

Dentro de cada subsistema debe estar claro qué es lo esperable y permitido para cada miembro, para que se produzca de manera adecuada el proceso de diferenciación. Los límites, o reglas que definen lo permitido a cada miembro, es lo que permite proteger la diferenciación de cada subsistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites del subsistema deben ser claros.

Ahora, dentro de la familia, como totalidad, el comportamiento de sus miembros está regulado por dos sistemas de coacción: las reglas generales que gobiernan a la familia, como las jerarquías de poder, y las reglas particulares formadas por las expectativas mutuas.

Las jerarquías, que como vimos se expresan en la interacción, limitan la conducta de los miembros dentro del sistema, y por otro lado, el comportamiento de cada persona miembro de la familia está condicionado por las expectativas familiares.

Por ejemplo, el comportamiento de una madre dentro del sistema familiar está limitado por su nivel jerárquico: tendrá autoridad sobre sus hijos; y por otro lado en cada familia existen expectativas particulares para cada madre. Si un niño está enfermo, dentro de una familia determinada, puede ser esperable que la madre no asista al trabajo y que se quede a cuidarlo. Esta no es una expectativa general para todas las madres, es tomado a manera de ejemplo. En otro sistema familiar, tal vez no exista esta expectativa con relación al rol materno.

Entonces el sistema de jerarquías y el de expectativas mutuas, contribuyen a mantener el equilibrio familiar.

El problema puede aparecer, según Minuchin, cuando estos sistemas tienen alguna posibilidad de cambio. Toda acción tendiente a cambiar las reglas internas puede provocar una crisis. Siguiendo con el ejemplo anterior, si esta madre sobre la que se tiene una expectativa de que ejerza su función de cuidadora, relegando su rol laboral, se niega a cumplir esta expectativa, el sistema puede entrar en crisis.

Estas hipótesis acerca de la regulación interna familiar, nos permitirán, realizar una lectura desde esta perspectiva de la organización de la familia con un niño con TDAH. Nos preguntaremos, ¿qué expectativas existen hacia el niño con TDAH?, ¿qué expectativas no cumple?, ¿qué efectos tiene sobre el sistema el incumplimiento de las expectativas paternas?.

¿Qué impacto tiene sobre la jerarquía familiar la presencia de un niño con este trastorno?

El diagnóstico de un miembro de la familia con TDAH desafía la capacidad del sistema familiar para adaptarse a este nuevo dato, que tiene influencia en el sistema de expectativas mutuas.

Con relación a este punto, es interesante considerar la posición de Minuchin quien entiende que cuando aparecen estímulos que desafían las posibilidades de adaptación de la familia, la familia puede reaccionar buscando a los "culpables" de los cambios dentro del sistema. Dice Minuchin : "*Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad*"²⁵

Por ejemplo, un padre puede considerar que el problema de conducta del niño, que no responde a las expectativas familiares, se debe al comportamiento tolerante de la madre o a la actitud desafiante de un hermano.

Con relación a la presencia de un niño con TDAH en el sistema familiar, nos preguntaremos qué maniobras realiza la familia, antes del diagnóstico, para establecer el equilibrio buscado.

Ahora, habíamos dicho que para un mejor estudio de la familia, Minuchin analiza el funcionamiento de diferentes subsistemas. A continuación se hace referencia de manera sintética a ellos:

a) El subsistema conyugal

A partir del encuentro entre un hombre y una mujer²⁶, que sostienen la idea compartida de proyectarse en la constitución de una familia, se inaugura el subsistema conyugal.

Un aspecto central que destaca Minuchin, como condición para la estabilidad del subsistema es la presencia de pautas de complementariedad y acomodación mutua. Se refiere al desarrollo de pautas de apuntalamiento que se manifestarán en diferentes ámbitos.

Para formar el subsistema conyugal se necesitará que ambos cónyuges dejen de lado sus aspectos individuales, que serán reemplazados en parte por el sentido de pertenencia que brinda el matrimonio. La aceptación de la interdependencia, sería un requisito fundamental para formar el subsistema conyugal, esto implica que cada miembro esté dispuesto a ceder parte de su libertad por pertenecer al sistema. En este sentido, Minuchin entiende que en algunos casos una relación simétrica puede encontrar obstáculos originados en la insistencia de los cónyuges en sus derechos a la independencia.

25. Minuchin, Ob. Cit. pág.87

26. Minuchin hace referencia a: *dos personas de sexo diferente*

Ahora, una vez formado el subsistema conyugal, puede transformarse en un espacio de protección frente a los agentes estresores del medio externo. Tomado este aspecto del sistema nos preguntaremos cómo funciona el sistema frente a la presencia de un niño enfermo.

b) Subsistema parental

El subsistema parental se constituye con el nacimiento del primer hijo, es en este momento en el que se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. El desafío más importante que afronta será el de la educación de los hijos, manteniendo por otro lado la integración alcanzada en el subsistema conyugal. En una familia, el subsistema parental debe desempeñar las tareas de socializar a un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal.

Esto será posible en la medida en que los límites entre los subsistemas sean claros. Se debe trazar un límite que permite el acceso del niño a ambos padres y al mismo tiempo que lo excluya de las relaciones conyugales. El subsistema parental debe afrontar las demandas que presentan los hijos en cada etapa de su ciclo vital.

La educación o socialización de los hijos se lleva a cabo mediante el ejercicio de tres funciones propias de este subsistema, ellas son: la alimentación, el control y la orientación.

La alimentación se refiere al cuidado y asistencia de los niños, el control refiere a la puesta de límites o normas de conducta en su desarrollo y como orientación se entiende la propuesta de modelos y valores por parte de los padres, modelos y valores que más tarde se ampliarán en la socialización secundaria

c) Subsistema fraterno:

Es el primer grupo de iguales en el que participa un niño, en él aprenden unos de otros, comparten, compiten, resuelven problemas entre iguales, practican habilidades sociales para hacer amigos, crean sus pautas de interacción. Este subsistema promueve el sentimiento de pertenencia a un grupo. Estas pautas cobran sentido y tienen consecuencias a la hora de ingresar a otros grupos de iguales, como en la escuela y más tarde, el trabajo.

Este enfoque que considera a la familia como formada por subsistema es redefinido luego por Minuchín, quien pasa a utilizar el término holón²⁷ para hacer referencia a cada subsistema. El concepto de holón que destaca la totalidad dentro de cada parte, resulta de mayor nivel explicativo que el de subsistema, para el autor.

En este trabajo, se tomará el punto de vista estructural de Minuchin, en la medida en que posibilite un análisis más completo de cada parte del sistema familiar del niño con TDAH. Nos preguntaremos qué características adoptan cada uno de los subsistemas ante la presencia de un miembro con TDAH.

Comprender un problema desde el punto de vista estructural implica considerar los diferentes roles de los miembros de la familia en el intercambio de conductas, así como sus posiciones jerárquicas, alianzas y coaliciones dentro del sistema.

Quien más tarde se encarga de analizar profundamente el punto de vista estructural, aportando una interesante sistematización es Umbarger, en su libro *Terapia familiar estructural*²⁸. Este texto será considerado también con relación a los aportes realizados dentro del punto de vista estructural.

Con relación al punto de vista estructural, al que considera un paradigma, Umbarger refiere "*En este paradigma la causalidad es circular y la conducta no se entrama menos en el contexto de interacción, que con los procesos mentales interiores.*"²⁹

Un concepto que no puede dejar de tenerse en cuenta desde la perspectiva estructural es el de **frontera**. La mirada del terapeuta familiar estructural va a enfocar a registrar en cada organización familiar las fronteras que ha establecido, como forma de definir su propio modelo.

Dice Umbarger "Una frontera se puede experimentar como unas interpretaciones gobernadas por reglas, que de manera regular se producen entre personas durante períodos largos"³⁰ Las fronteras establecen límites entre el sistema familiar y el medio externo y por otro lado, establecen líneas de separación entre los diferentes subsistemas familiares.

Toda frontera establece prohibiciones, define qué es posible y qué no dentro de cada subsistema. La prohibición refiere específicamente al intercambio de información. Habrá información que sólo será asequible a los miembros del subsistema conyugal, y estará prohibida para el subsistema fraterno.

Las fronteras están en función de la autoconservación del sistema

27. El término holón creado por Arthur Koestler, el mismo proviene del griego holos (todo) y el sufijo on (como protón, o neutrón) que evoca una partícula o una parte. Minuchin, S.; Fishman, C. (1988), *Técnicas de terapia familiar*, Editorial Paidós, Barcelona.

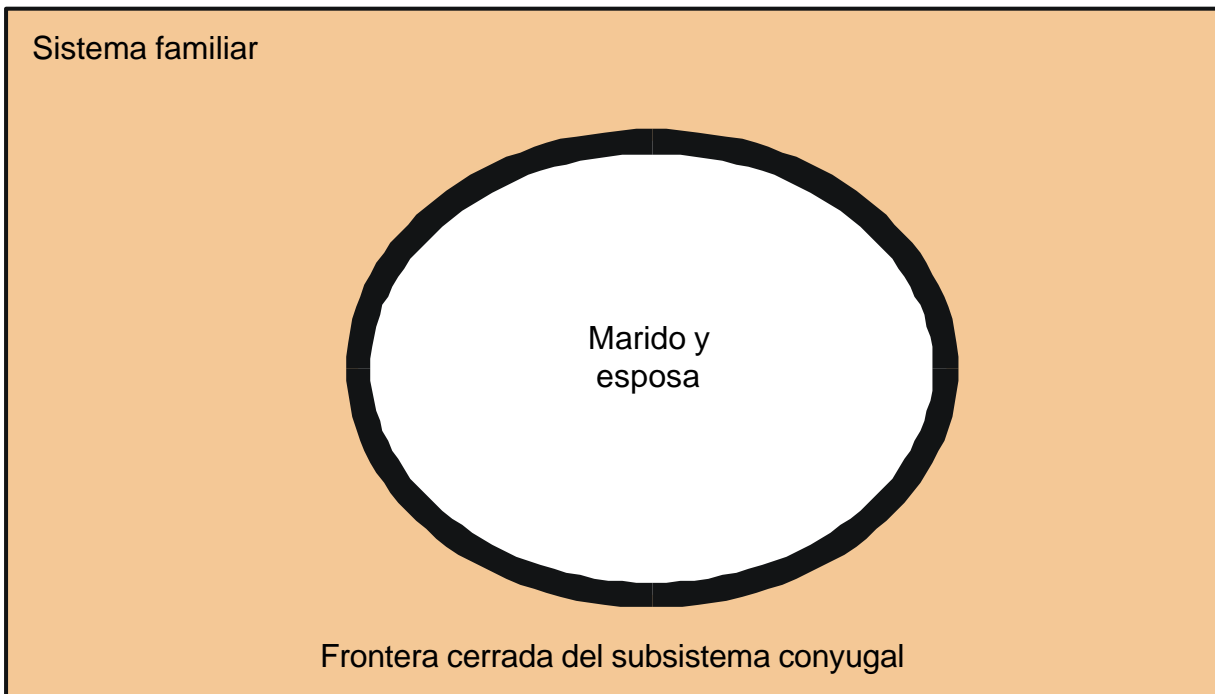
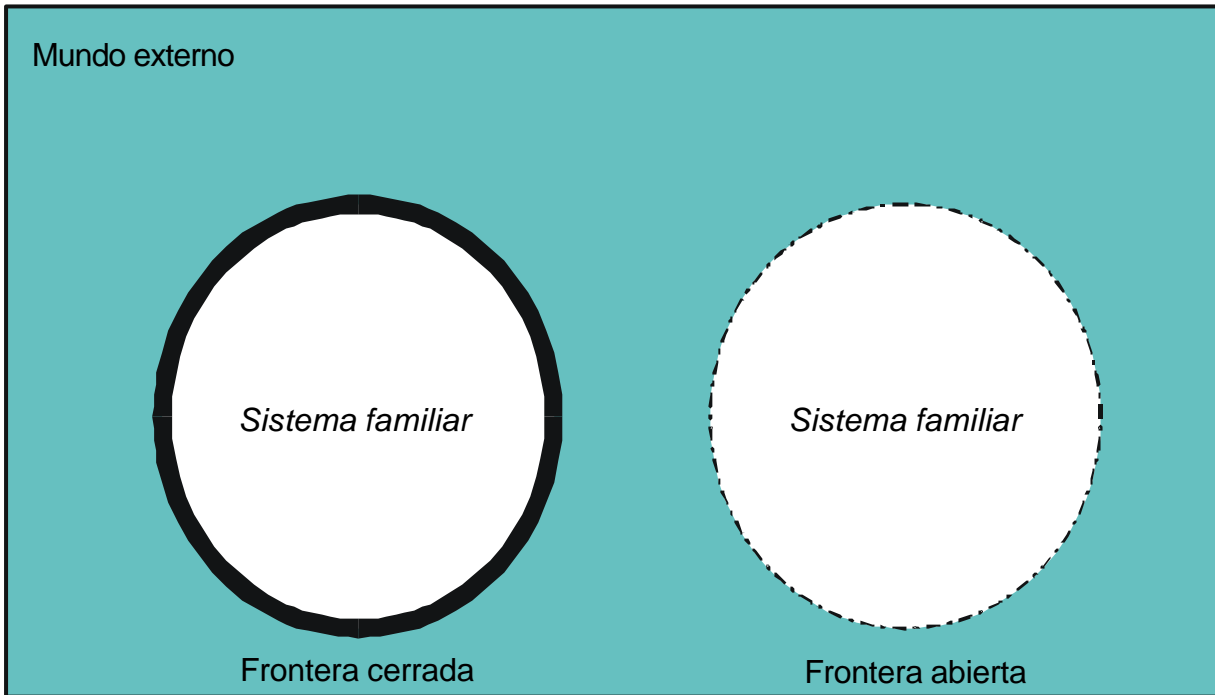
28. Umbarger, C (1999) *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires Amorrortu

29. Umbarger Ob. Cit. pág. 22

30. Umbarger Ob. Cit. pág. 25

Dice Umbarger “ Si no existieran fronteras muchos desarrollos críticos del proceso familiar no se producirían” Los procesos a los que se refiere son los de individuación y diferenciación dentro de cada subsistema y en cada miembro de la familia.

De manera gráfica, la existencia de fronteras podría expresarse de esta manera:



Ahora bien, dentro de este trabajo se reflexionará acerca del tipo de fronteras que establece la familia con un miembro con TDAH: la presencia de un miembro diagnosticado ¿vulnera las fronteras intersistémicas?, si es así, ¿entre qué sistemas aparece mayor permeabilidad?

¿Cómo es la relación con el medio externo?

La relación con el medio externo será un aspecto importante a considerar en la medida en que las vicisitudes por las que atraviesa la familia en la formulación del diagnóstico adecuado la lleva a estar en un continuo intercambio con el medio externo: equipos de profesionales tratantes, instituciones educativas, etc. Este punto será retomado en el capítulo siguiente.

2.2. Vector de la interacción

Este vector hace referencia a las pautas comunicacionales dentro del sistema familiar. Se entiende por interacción a *“una serie de mensajes intercambiados entre personas”*³¹ Se trata de una secuencia mayor que un mensaje, pero no infinita. No se trata de mensajes sólo verbales, para el punto de vista interaccional cualquier conducta es comunicación. Comunicación en el sentido interaccional hace referencia a una unidad de conducta.

En términos de Watzlawick:

*“ Toda conducta en una situación de interacción, tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican.”*³²

El comportamiento del niño con TDAH tiene valor de mensaje para su entorno familiar, quien responderá a él de acuerdo a la significación dada. Si bien Watzlawick no profundiza en el aspecto del significado dado a la conducta, hoy no es posible entender las interacciones familiares si no es atravesadas por el significado.

El aporte valioso de Watzlawick se relaciona con haber ampliado el concepto de comunicación a toda conducta. Y este aspecto es el que será considerado en el análisis del sistema familiar del niño con TDAH.

Por otro lado, para el punto de vista interaccional la comprensión de un problema implica el ensanchamiento del margen de observación de manera tal que incluya el contexto en el que ocurre. Para dar cuenta de esta perspectiva Watzlawick (1971), en su conocido texto *Teoría de la comunicación humana*, nos da un ejemplo de las implicancias de considerar al contexto. Expresa: *“ El número de zorros que habitan en cierta área situada al norte de Canadá exhibe una notable periodicidad en cuanto a su aumento y disminución. En un ciclo de cuatro años alcanza un punto máximo, disminuye casi hasta la extinción y, por último comienza a aumentar otra vez. Si el biólogo limitara su atención a los zorros, estos ciclos no serían comprensibles, pues nada hay en la naturaleza del zorro _ o de ninguna otra especie_ que explique tales cambios. Sin embargo, cuando se piensa que los zorros se alimentan casi exclusivamente de conejos salvajes y que estos casi no tienen otro enemigo natural, esta relación entre las dos especies proporciona una explicación satisfactoria para un fenómeno que de otra manera sería misterioso”*³³

Esta forma de considerar un problema, ampliando la perspectiva al contexto será tomada en este trabajo, si se tiene en cuenta que el objeto de estudio será el niño con TDAH y su familia.

Ahora bien, la situación del TDAH resulta por cierto más compleja que la descrita para los zorros; es decir, la explicación al comportamiento del niño con TDAH no debe buscarse sólo en la interacción con el contexto. Existen sobradas pruebas de los componentes biológicos de la problemática. Sí resulta valioso ampliar la mirada al contexto para entender las consecuencias de la presencia de un niño con TDAH en la familia, antes y después de realizado el diagnóstico.

Es decir, **el contexto no es analizado en este trabajo como causa del TDAH, será analizado para evaluar el impacto que tiene en él la presencia de un miembro enfermo.**

Se tendrá en cuenta la posición de Watzlawick según la cual: *“ los sistemas interpersonales _ grupos de desconocidos, parejas matrimoniales, familias, relaciones psicoterapéuticas e incluso internacionales _ pueden entenderse como circuitos de retroalimentación , ya que la conducta de cada persona afecta la de cada una de las otras y es, a su vez afectada por estas”*³⁴. Parafraseando a Watzlawick puede entenderse

31. Watzlawick P, Jackson D (1971) Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires Tiempo contemporáneo. Pág. 49

32. Watzlawick P, Jackson D (1971) Teoría de la comunicación humana . Buenos Aires Tiempo contemporáneo. Pág. 50

33. Watzlawick. P Ob. Cit. Pág. 21

34. Watzlawick. P Ob. Cit. Pág. 32

que el sistema familiar del niño con TDAH puede entenderse como un circuito de retroalimentación³⁵, ya que la conducta del niño con TDAH afecta a todos en general, y es a su vez afectada por las conductas de cada miembro del sistema familiar.

A partir de considerar el concepto de retroalimentación, es posible preguntarse cuáles son las conductas dentro del sistema familiar que producen una retroalimentación negativa, haciendo perdurable el comportamiento del niño con TDAH. Por otro lado, se reflexionará acerca del diagnóstico como una información que permite una retroalimentación positiva del sistema permitiendo el cambio. Es decir, introduce información que no estaba presente en el sistema rompiendo la homeostasis imperante. Esta hipótesis se retomará más adelante.

Watzlawick (1976) , en un capítulo dedicado a la comunicación patológica identifica un patrón que denomina “discrepancias no resueltas en la puntuación de la secuencia” que resulta apropiado para pensar el tipo de interacción que suele darse entre los padres y el niño con TDAH, antes del diagnóstico. Se trataría de secuencias de comunicación donde los participantes no se ponen de acuerdo en la puntuación que realizan de la interacción. Pueden aparecer atribuciones de intenciones en la conducta, por parte de uno de los participantes, sin que el otro entienda a qué se refiere.

El caso típico que presenta Watzlawick es el de un emisor que envía una carta y no tiene noticias del receptor. La falta de respuesta puede ser puntuada como desinterés o una respuesta negativa a su mensaje. En este caso el emisor no considera, lo que realmente ocurrió y es que hubo una dificultad en el correo. Con relación a este tipo de comunicación patológica Watzlawick entiende que *“ las discrepancias no resueltas en la puntuación de las secuencias comunicacionales pueden llevar directamente a impasses interaccionales en los que eventualmente se hacen acusaciones mutuas de locura o maldad”*³⁶

El elemento que es condición, para que se de una discrepancia en la puntuación, es el desconocimiento de una parte de la información, por parte de una de las personas que participa en la comunicación.

En el próximo capítulo se identificará este tipo de interacción entre el niño con TDAH y sus padres.

Antes de pasar a las ideas que aporta Ana María Sorrentino, desde el punto de vista de la interacción, retomaremos otros dos conceptos de la autoría de Watzlawick y Jackson que serán herramientas útiles para describir al sistema familiar del niño con TDAH, nos referimos a los conceptos de “simetría” y “complementariedad”, como forma de describir los intercambios comunicacionales dentro de un sistema.

Watzlawick cuando se refiere a las relaciones simétricas o complementarias dentro de un sistema hace referencia a relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En el caso de las relaciones simétricas predominaría la igualdad dando lugar a un tipo de interacción de reciprocidad. La igualdad podría darse en diferentes áreas de comportamiento.

Las relaciones complementarias, por otro lado, son definidas como interacciones en las que *“ la conducta de uno de los participantes complementa la del otro constituyendo un tipo distinto de gestalt “*³⁷La interacción simétrica tendría como base la igualdad o el mínimo de diferencia posible entre los participantes de la interacción, mientras que en la relación complementaria se amplían las diferencias al máximo.

Así mismo podemos considerar, dentro del punto de vista interaccional, los hallazgos de Ana María Sorrentino (1990). quien en el estudio de niños con deficiencias físicas, analiza las consecuencias en el contexto, de la presencia de estas enfermedades.

*“La deficiencia físicas es, en efecto un hecho excepcional, no sólo porque objetivamente es poco frecuente, sino también porque amenaza en varios aspectos la compleja organización de las relaciones familiares”*³⁸

Parfraseando a Sorrentino se dirá que *“ El TDHA amenaza en varios aspectos la compleja organización de las relaciones familiares”*.

Del enfoque que le da Sorrentino a la presencia de la enfermedad en la familia, resulta interesante para este trabajo, su pensamiento con relación al diagnóstico. Expresa:

*“El diagnóstico es, en efecto, sólo un elemento, aunque importante, que contribuye a dar significado a la información que tal deficiencia física representa en el sistema familiar, para tal sujeto, en tal tiempo histórico”*³⁹.

35. Retroalimentación: Watzlawick entiende por retroalimentación a una cadena en la que el hecho a afecta al hecho b y b lleva nuevamente información a “a”. La retroalimentación puede ser positiva o negativa. La negativa caracteriza a la homeostasis (estado constante) , por lo cual desempeña un papel importante en el logro y mantenimiento de la estabilidad de las relaciones. Por otro lado la retroalimentación positiva lleva al cambio , esto es , a la pérdida de estabilidad o de equilibrio

36. Watzlawick., P Jackson, D (1976) *Teoría de la comunicación humana* .Buenos Aires, Tiempo contemporáneo. Pág. 93

37. Watzlawick. Ob. Cit.pág.69

38. Sorrentino. A. M (1990) *Handicap y rehabilitación* Buenos Aires Paidós . Pág. 49

39. Sorrentino. A. M O. Cit. pág 15

Es decir, el diagnóstico permitirá la organización de la información relacionada con la conducta del niño, de manera que resulte comprensible para el sistema familiar. A partir del diagnóstico muchas conductas hasta el momento incomprensibles comenzarán a tener sentido si se refieren a él.

Por otro lado, Sorrentino describe, en su experiencia, las reacciones familiares frente a la presencia de la enfermedad del niño, a la que da el valor de trauma. El sentido traumático está dado porque representa un elemento extraño al sistema al que toda la organización familiar deberá incluir produciendo adaptaciones.

Una reacción que a veces aparece en el sistema familiar es la de rechazo y rebelión frente a este dato extraño que es la enfermedad. Dice Sorrentino:

*“La deficiencia física y/o psíquica debida a lesión orgánica es un dato extraño al sistema familiar, soportado como una agresión del destino y por lo tanto acompañada de intensos sentimientos de rechazo o rebelión..”*⁴⁰

Es importante aclarar que en el caso del TDAH, como se ha puesto de manifiesto en el capítulo 1, no estamos ante la presencia de una lesión cerebral, numerosos estudios ya comentados, han dado prueba de ello.

También habíamos advertido que una de las características de este trastorno es que no presenta signos físicos que permitan diferenciar al niño con TDAH, de aquel que no lo tiene. En estos dos aspectos presenta una diferencia fundamental para los casos estudiados por Sorrentino. Aún así el anclaje en aspectos biológicos de esta enfermedad constituye, al igual que para las deficiencias físicas un límite a las expectativas familiares y del niño. En este sentido puede la familia sentir algo de lo descrito por Sorrentino como afrenta del destino. Es decir, la limitación biológica que impone la enfermedad podría, de acuerdo a su hipótesis, provocar sentimientos de frustración en el caso de la familia con un niño con TDAH.

De acuerdo a la bibliografía específica consultada, se contrastará esta hipótesis de Sorrentino.

Por otro lado no puede dejar de considerarse, tal como lo hace Sorrentino, la lectura que la sociedad proponga para la enfermedad. El discurso social acerca de la enfermedad atravesará el pensamiento familiar, dándole significado a la experiencia individual.

Sorrentino realiza una lectura de la sociedad en la que entiende que frecuentemente la sociedad adopta una actitud de rechazo frente a la presencia de la enfermedad en la medida en que este dato cuestiona los ideales de perfección.

Pensar que el comportamiento de una persona está regido por leyes biológicas, tal como pone de manifiesto el niño con TDAH, es una ofensa para un tipo de pensamiento que niega el componente biológico de la conducta, dando lugar a la conciencia como eje del control de la conducta de los seres humanos.

2.3. Vector constructivista /construccionista

Desde este enfoque de construcción de la realidad, se considera que la percepción que las personas tienen del mundo, es una reconstrucción mental de lo que es real, por los individuos, basándose en su experiencia pasada y en sus necesidades, deseos e intenciones. Es decir, nuestras percepciones estarían determinadas por el contexto ecológico en que vivimos.

Dice Paul Watzlavick (1981) *“la realidad supuestamente hallada es una realidad inventada y su inventor no tiene conciencia del acto de su invención, sino que cree que esa realidad es algo independiente de él y que puede ser descubierta, por lo tanto, a partir de esa invención percibe el mundo y actúa en él.”*

En esta idea el autor plantea uno de los fundamentos de la teoría constructivista, para la cual la realidad es una construcción cognitiva. El grado en que la realidad se construye es lo que está en cuestión entre el constructivismo radical y la versión más aggiornada del mismo. Un concepto del constructivismo que ha alcanzado una gran difusión es la idea de “profecías autocumplidas”, que desarrolla Watzlavick, y que resultará importante para entender las actitudes desarrolladas por el grupo familiar frente al niño con TDAH *“Una profecía que se autocumple es una suposición o predicción que por la sola razón de habérsela hecho convierte en realidad el suceso supuesto, esperado o profetizado y que de esta manera confirma su propia exactitud”*⁴¹

Por ejemplo, si alguien por alguna razón piensa que se lo desprecia, se comportará por eso precisamente de un modo desconfiado, hipersensible que suscitará en los demás el propio desdén del cual la persona estaba convencida que era objeto. Son situaciones donde un hecho todavía no producido, es decir el futuro, determina hechos presentes, efectos que a su vez hicieron que cobrara realidad el hecho pronosticado. Un acto que es resultado de una profecía que se autocumple crea una realidad que no se habría dado sin aquel. Este acto no es ni verdadero ni falso, crea una situación y con ella su propia verdad

40. Sorrentino. A. M Ob. Cit. Pág 15/16

41. Watzlavick , P (1981) La realidad inventada. Gedisa Buenos Aires. Pág.82

Para que las profecías se cumplan necesitan ser “creídas”, es decir sólo cuando se la ve como un hecho que ya ha entrado, por así decirlo en el futuro, puede la profecía influir en el presente y así cumplirse. Cuando falta este elemento de la creencia o la convicción, falta también el efecto.

Ahora bien, el enfoque constructivista introducido por Watzlawick más tarde se amplía con el denominado Construccinismo social.

Establecer las diferencias entre ambos enfoques puede resultar una tarea complicada, Lynn Hoffman, describe claramente estas diferencias entre ambos enfoques:

“ Aunque muchas personas entre las que me incluyo, a menudo han confundido (el construccionismo) con el constructivismo, estas posiciones son muy diferente. Tienen en común el hecho de que ambas cuestionan la idea modernista de que existe un mundo real que puede ser conocido con certeza objetiva. Sin embargo, las convicciones representadas por el constructivismo tienden a promover la imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada. Según esta visión, los preceptos y construcciones toman forma en el momento en que el organismo cae en su propio ambiente. En cambio, los teóricos del construccionismo social consideran que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son comunicados a través del lenguaje. Los construccionistas sociales sostienen que todos los conocimientos evolucionan en el espacio entre las personas, en el dominio del mundo común o de la danza común”⁴²

El constructivismo considera al mundo como la construcción de un observador. Cualquier observación determinada, remite inevitablemente a las cualidades del observador. Desde esta perspectiva la objetividad no existe, sería una ilusión considerar que las observaciones pueden hacerse sin un observador. De manera que existirían tantas realidades como observadores

Es decir, de la perspectiva de Watzlawick en la que se consideraría a la mente, como un organismo creador de realidades, el construccionismo pasa a considerar que las construcciones se realizan en un espacio social.

Este enfoque nos permitirá establecer la relación que existe entre la realidad que la familia construye, con relación a lo esperable del niño con TDAH, con relación a los elementos que recibe del medio en que se encuentra. Ese medio incluye a los profesionales quienes en cada comunicación, en cada verbalización hacia la familia, con relación al niño contribuyen a crear la realidad de ese niño y de su familia.

No se tratará de la familia construyendo “profecías” en torno a la conducta del niño, sino que estas expectativas fueron creadas en el espacio interaccional de la familia y los profesionales, de la familia y la comunidad científica con sus desarrollos.

2.4. Vector de la autoestima o de la identidad complementaria

La autoestima o autoconcepto ha aparecido en la bibliografía especializada de las últimas décadas como un concepto central en un gran número de investigaciones de la salud.

Su importancia en el bienestar personal, en el éxito profesional, en las relaciones sociales y en el rendimiento académico, ha sido entre otros muchos, centros de interés de multitud de profesionales de las Ciencias Humanas y Sociales; ha sido abordado, con más o menos centralidad, por la psicología social, por el psicoanálisis, por algunos psicólogos del paradigma de la psicología cognitivo-conductual y también por la terapia familiar, entendiendo el contexto social familiar en el que se desarrolla la autoestima de una persona.

La definición de autoconcepto es diversa. Tamayo⁴³ (1982), lo entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinanismos son determinados socialmente, comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo.

Rogers menciona que el autoconcepto es una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismos que son parcialmente conscientes; está compuesto de percepciones de las propias características y habilidades, de los conceptos de sí mismo con relación con los otros y con el medio ambiente.

Freud⁴⁴ (1938), con su teoría psicoanalítica ayudó al desarrollo del concepto de self, definiéndolo como la evaluación subjetiva de un individuo, como un compuesto de los pensamientos y sentimientos, que constituyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción sobre quién y qué es. El yo representa una organización cuya función es evitar el sufrimiento y el dolor al oponerse o regular la descarga de los impulsos con el fin de adaptarse a las exigencias del mundo externo.

Erickson⁴⁵ (1976) argumenta que el yo continua adquiriendo nuevas características a medida que encuentra otras situaciones a través de la vida. Mueve también el centro de interés del psicoanálisis de la patología a la salud, al proporcionar un cuadro de cómo puede el yo desarrollarse en general de manera sana

42. Boscolo, L Bertrando, P.(2000) *Terapia sistema individual*. Amorrortu , Buenos Aires .pág.45

43. Tamayo, citado por Casullo, María Martina :El autoconcepto Técnicas de evaluación. Editorial, Psicoteca .Buenos Aires 1990.

44. Freud, S Esquema del psicoanálisis, Amorrortu TXXIII, Buenos Aires

45. Erickson, E Infancia y sociedad, Paidós, 1976, Barcelona

en un ambiente. Erickson (1976) escoge al yo como el instrumento por el cual una persona da la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planteamiento. Este yo positivo produce un significado de identidad en un estado elevado de bienestar.

Hasta aquí las referencias aluden al “autoconcepto”, pero poco hemos dicho de la autoestima. Es que existe una relación entre ambos de manera tal que no existe uno sin el otro.

El autoconcepto sería la imagen que el sujeto tiene de sí mismo, mientras que la autoestima ligada al autoconcepto se refiere al valor que se confiere al yo percibido. Puede considerarse la parte afectiva del autoconcepto. Aunque estos términos están relacionados, es conveniente dar algunas definiciones para apreciar la diferencia que existe entre ellos.

Casullo⁴⁶ realiza una interesante recopilación bibliográfica sobre la temática de la autoestima y cita, por ejemplo, a Mc Guigan y Rosemberg, para esclarecer la diferencia entre autoestima y autoconcepto. Así menciona que para Mc Guigan (1974) la autoestima es la base en el mantenimiento de las relaciones objetales durante la niñez y contribuiría a la vez a la formación del yo moral. Mientras que para Rosemberg (1977), la autoimagen es un aspecto de la psicología del individuo y desempeña un papel muy importante en la formación de sus ideas, sentimientos y conducta. Ahora bien, para este autor la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular, por lo tanto existiría una autoestima positiva y una autoestima negativa.

El sí mismo, entonces, tendría dos connotaciones diferentes. Así como la alta autoestima expresa el sentimiento de que uno es “suficientemente bueno”, la baja autoestima implicaría la insatisfacción, el rechazo hacia sí mismo.

De manera que la autoestima estaría relacionada con la expresión de actitudes de aprobación con respecto a la capacidad y valor del sí mismo, mientras que el autoconcepto incluiría un espectro amplio de actitudes y comportamientos que forman la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos, como una imagen total.

A pesar de las diferentes concepciones que presenta Casullo existen puntos centrales para definir a la autoestima y al autoconcepto: la autoestima se determinaría por la realización de otros elementos como el yo físico, el ético-moral, el personal, el familiar, el social, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento, y la autocrítica, en tanto que el autoconcepto es la totalidad de actitudes que incluyen pensamientos y sentimientos que el sujeto tiene sobre sí mismo como objeto.

Ahora en los conceptos hasta aquí desarrollados no se hace referencia a otras personas, en la construcción del concepto de sí mismo o en la valoración del mismo.

Estos conceptos no tienen en cuenta que la evaluación que realiza cada persona de sí misma va a incluir la mirada del otro.

Este aspecto relacional en la construcción de la autoestima es considerado por Virginia Satir quien va a entender que la autoestima de una persona está con relación con la confirmación de los otros, es decir que la identidad propia y el mantenimiento de la autoestima dependen de la relación complementaria con los otros y de la confirmación que ellos proveen.

Satir (1980) demostró que el valor que los niños se asignan a sí mismos depende en gran medida del valor que le otorgan los miembros cercanos de la familia. En consecuencia la autoestima está regulada por mecanismos de apreciación y depreciación mutuas que se originan en los primeros años. Los modelos para medir el valor propio serían creados en la familia de origen y posteriormente se transfieren a otros contextos relacionales.

Por su parte, afirma que el niño que nace no tiene pasado ni experiencia previa de comportamiento, y carece de una escala de comparación para valorarse a sí mismo, por lo que tiene que depender de las experiencias que adquiere con las personas que lo rodean y de los mensajes que le comunican respecto de su valor como persona.

Satir (1988), en un estudio realizado sobre diferentes tipos de familia encuentra que en las familias con conflictos, sus miembros presentan una baja autoestima, la comunicación entre sus ellos era indirecta y poco sincera, se regía por normas rígidas, y la relación con el medio externo era “temeroso e inculpador”

Sin embargo, las familias que denomina “nutricias” se caracterizan por generar autoestima positiva en sus miembros. Con relación a ellas dice:

*“Los miembros de una familia nutricia tienen la libertad de comunicar lo que sienten. Pueden hablar de cualquier cosa: de sus alegrías y logros (...) pueden planificar, si hay algo interesante que interfiera con el proyecto, son capaces de hacer ajustes y a menudo lo hacen con sentido del humor”*⁴⁷

46. Casullo, María Martina (1990) :El autoconcepto Técnicas de evaluación. Editorial, Psicoteca .Buenos Aires

47. Satir,V (1988) Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México. Paix. Pág. 28

Si pensamos en la problemática del niño con TDAH, donde sus interacciones sociales poco exitosas, así como sus fracasos escolares, pueden contribuir a deteriorar su autoestima, necesitara de una familia, con características nutricias, según la descripción de Satir, como medio contenedor que le permita fortalecer el concepto de sí mismo. Este punto será retomado en el capítulo siguiente cuando hagamos referencia específicamente a la autoestima del niño con TDAH.

Quizá el aspecto más interesante de la conceptualización de Satir es que amplía la construcción de la autoestima a toda la vida, es decir no se trataría de una valorización del sí mismo realizada en la infancia y que permanece invariable. Se trata de un concepto abierto, podría modificarse de acuerdo a las experiencias con el medio externo que tenga una persona. Transmite un mensaje esperanzado con relación a la autoestima, en sus palabras ella podría variar: "en cualquier momento de la vida de un individuo, éste tiene la capacidad de iniciar el aprendizaje de una autoestima elevada"⁴⁸

En este trabajo considerar el concepto de autoestima nos va a permitir centrarnos en el niño con TDAH, y en la construcción de la imagen de sí mismo que realiza. Nos preguntaremos qué impacto tiene el diagnóstico de TDAH en la construcción de la imagen de sí mismo y en la valoración que realiza de ella.

2.5. Vector del ciclo vital

El estudio de la familia desde el punto de vista evolutivo es realizado por Milton Erickson quien, sostenía como hipótesis que *"los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o se interrumpe"*⁴⁹

Su interés por las crisis que plantean los trastornos en la evolución normal, hizo que pusiera el foco de atención en los momentos evolutivos potencialmente críticos, como puede ser el abandono del hogar por los adolescentes.

Haley retoma las descripciones de Erickson y desarrolla de manera descriptiva lo que podría considerarse como el *ciclo de evolución de una familia*, en el que distingue etapas como: el galanteo, el matrimonio, el nacimiento de los hijos, el "período intermedio, el "destete" de los padres y el retiro de la vida activa y la vejez

A continuación se presenta de manera sintética algunas características de cada período que servirán para comprender, en la relación a la familia del niño con TDAH, las implicancias que puede tener la eclosión de la enfermedad en un momento del ciclo vital

a) El galanteo

Introduce el galanteo, como momento previo al matrimonio, en el que se ponen en juego las posibilidades de la familia de origen, de permitir la salida del hogar del joven miembro.

Con relación a él Haley expresa:

*"Existe un periodo de la vida en que la gente joven aprende a galantear y a participar en esta actividad, y cuanto más se demore este proceso en un chico, tanto más periférico llegará a ser este aspecto de la red social"*⁵⁰

Cuando Haley habla de "ser periférico", se refiere a una posición en la red social en la cual se ha fracasado en el logro del apareamiento y en alcanzar una posición social. Las personas que no alcancen en la juventud un lugar de reconocimiento social y concreten un matrimonio quedaran, en opinión de Haley, fuera de la red social, siendo muchas veces objeto de la asistencia (asistencia social o terapéutica)

Si la conducta de acercamiento al otro sexo, el galanteo tiene éxito se llegara al matrimonio, una nueva etapa en la vida familiar.

Los problemas que pueden aparecer en la etapa del galanteo podrían sintetizarse en dos tipos: matrimonios demasiado rápidos, como forma de salir de la vida familiar; o los que denomina "problemas de destete", donde lo que predomina es la dificultad del joven y la familia para permitir su independencia.

b) El matrimonio:

Haley le da importancia, en la constitución del matrimonio a la familia extensa, no sólo a la pareja de cónyuges, de manera que el sistema familiar se complejiza. Expresa: *"El matrimonio no es meramente la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias, que ejercen su influencia y crean una compleja red de subsistemas"*⁵¹

48. Satir, V.(1980) Psicoterapia familiar conjunta, México, Paidós. Pág.41

49. Haley, J.(1991) Terapia no convencional. Buenos Aires. Amorrortu. Pág.33

50. Haley, J. (1991) Ob. Cit. Pág.38

51. Haley, J (1991) Ob. Cit. Pág. 37

Por otro lado destaca la importancia de la ceremonia del matrimonio en la medida en que es un ritual que va a permitir a toda la familia modificar las formas de relación mutua. El acto del matrimonio introduciría a la pareja en una relación de mayor intimidad

El desafío principal para este período es la elaboración de acuerdos que permitan la convivencia, estos acuerdos estarán con relación a aspectos prácticos de la vida en común, la economía, lugar a dar a las familias de origen, etc.

En este período se construyen formas de resolver los problemas, se distribuye el poder entre los cónyuges, estableciendo pautas que se mantendrán a lo largo del tiempo.

Otro aspecto a resolver es la relación que tendrán con la familia de origen, cuáles serán los límites de cada uno de los cónyuges con su familia. Estos límites pueden volverse difusos en los casos en que existe dependencia económica de alguna de las familias de origen. La forma en que se negocie la relación con la familia de origen va a ser un aspecto importante del nuevo matrimonio, al respecto Haley dice:

“... el arte del matrimonio incluye el que la independencia se alcance mientras al mismo tiempo se conserva la involucración emocional con los respectivos parientes”⁵²

c) El nacimiento y crianza de los hijos:

El equilibrio alcanzado por la pareja en el matrimonio se pone a prueba con la llegada de un hijo. La forma en que cada pareja reaccione puede ser diferente, oscilando entre la expectativa alegre o la aparición de perturbaciones que pueden impedir la culminación de los embarazos. El contrato matrimonial se pone a prueba, haciendo que muchas veces algún miembro de la pareja pueda sentirse atrapado en el vínculo frente al compromiso de un hijo.

Un aspecto importante del nacimiento del hijo es que transforma a la díada en un triángulo, de manera que se establece la posibilidad de que aparezcan coaliciones y la posibilidad de exclusión de uno de los miembros. El hijo pasa a tener un lugar como elemento en los conflictos de pareja. En matrimonios con cierta dificultad para enfrentar sus problemas el niño puede ser usado como chivo emisario de su problemática o como excusa para mantener unida a la pareja.

Con relación a la familia extensa la llegada de niño significa la aparición de nuevos roles como “nieto”, “sobrino”. Las pautas establecidas con la familia extensa pueden verse modificadas, teniendo por lo tanto que negociar de qué manera la familia extensa se involucrará con la nueva familia.

Luego del nacimiento del primer hijo la pareja se dedicará a la crianza, disminuyendo a veces su contacto con la familia extensa. La llegada de nuevos hijos los envuelve en la tarea plena de crianza teniendo que asumir nuevas responsabilidades.

En la crianza de los hijos se pondrán en juego los modelos que cada cónyuge a internalizado en su propia familia, pudiendo aparecer desacuerdos en torno a la crianza

El ingreso de los niños al ámbito escolar, representa un nuevo desafío en la crianza, se pone en juego las posibilidades de separación de padres e hijos. En madres que han resignado el desarrollo personal para asistir a sus hijos en la crianza pueden aparecer síntomas de depresión y tristeza cuando los niños ingresan al colegio, anticipando una futura partida del hogar.

d) Período intermedio:

El extenso tiempo de crianza de los hijos, hace que el sistema familiar tenga más tiempo de convivencia que otras especies. El matrimonio durante este largo período puede estar sometido a situaciones conflictivas provenientes del ámbito externo como interno. Dice Haley

“En la familia tal como la conocemos hoy, la pareja que ha estado casada durante diez o quince años enfrenta problemas que pueden describirse en términos del individuo, de la pareja o de toda la familia”⁵³

Algunos problemas que menciona se relacionan con las diferencias alcanzadas en el éxito laboral o social. También se realiza una especie de “balance” de los objetivos alcanzados y los que ya no será posible alcanzar.

La crisis de la mediana edad por la que puede atravesar cada uno de los cónyuges también afecta a la familia. Puede ponerse en peligro la unidad del matrimonio si el esposo o esposa deciden probar su juventud en relaciones extramatrimoniales. Este será un momento decisivo donde la pareja deberá confirmar el matrimonio o disolverlo.

e) El destete de los padres:

La adolescencia del hijo, y el aumento de su autonomía hace efectiva la idea de alejamiento del núcleo familiar. Esto deja a la pareja en situación de enfrentar nuevamente su intimidad en ausencia de los hijos. De

52. Haley, J (1991) Ob. Cit. Pág. 44

53. Haley, J (1991) Ob. Cit. Pág.50

esta manera, al lograr elaborar esta “nueva” relación, permiten a los hijos, a su vez, formar sus propias parejas y seguir sus propias carreras, haciendo la transición a la condición de abuelos.

Haley expresa que: *“el que los padres superen este período como parte del proceso normal depende hasta cierto punto de cuán severo sea para ellos, y hasta cierto punto de cómo intervenga una ayuda externa en ese momento crucial.”*⁵⁴

Por su parte, en muchas culturas existen ritos que marcan este pasaje bajo el modo de ceremonias que definen a los jóvenes como flamantes adultos. Dichos ritos otorgan un nuevo status y requieren de los padres que de ahí en más los traten de otro modo.

En los casos en que el hecho de que los hijos se alejen del hogar provoca situaciones críticas, podría deberse a que tales hijos han tenido una importancia especial para el matrimonio, o para alguna de las figuras parentales. *“Puede haber sido el hijo a través del cual los padres hicieron pasar la mayor parte de su comunicación mutua, o por el cual se sintieron más abrumados o se unieron en un común cuidado y preocupación.”*⁵⁵

Una de las dificultades que pueden surgir con el alejamiento de los hijos es que la pareja parental no encuentra nada que decirse o algo para compartir. Los hijos, en tales casos, habrían funcionado de modo tal que tales cuestiones relativas a la pareja parental habían quedado de lado, puestas en suspenso, y ahora resurgen.

Al respecto, Haley señala un dato de la experiencia: *“No parece ser accidental el que la gente enloquezca – se haga esquizofrénica – preferentemente alrededor de los veinte años, la edad en que se espera que los hijos dejen el hogar y la familia atraviesa un período de turbulencia.”*⁵⁶

El proceso de separación puede tener distintas “salidas”. Por un lado, el joven puede dejar a su familia con intenciones de no volver a verla, sin embargo, la vida de éste se encuentra con distintas dificultades. Por el otro, si se permanece junto a los padres, dejando que éstos gobiernen su vida, tampoco funciona. La salida “esperable” es que llegue la separación de la familia, dando continuidad a la ligazón con ella.

En este sentido, la intervención de un terapeuta podría propiciar la separación, funcionando a la manera de una “ceremonia de iniciación”, interactuando con la familia de modo tal que el hijo se una al mundo adulto y los padres aprendan a tratarlo como tal.

De esta manera, es necesario tener en cuenta que cada generación depende de la otra, pero se trataría de una dependencia tal que permite a los hijos realizarse como adultos, a la vez que a los padres como abuelos, dando lugar a la continuidad de la vida familiar.

f) El retiro de la vida activa y la vejez:

La última etapa del ciclo de la vida familiar encuentra a la pareja parental habiendo liberado a sus hijos de manera que estén menos involucrados con ella. En tales circunstancias, suelen presentarse complicaciones cuando ambos miembros de la pareja se encuentran las 24 horas juntos.

Al respecto, Haley sostiene que: *“Aunque los problemas afectivos individuales de la gente mayor pueden tener causas diversas, una primera posibilidad es la protección de alguna otra persona.”*⁵⁷

Esto se debe a la “función utilitaria del problema”, evidente a lo largo de toda la vida familiar, el cual es igualmente importante en los años de su declinación.

En esta etapa del ciclo de vida familiar se enfrenta la difícil tarea del cuidado de las personas mayores, constituyendo un punto crítico que no suele ser de fácil manejo. Pero el modo en que los jóvenes cuiden de los viejos vendrá en el modelo de cómo se cuidará de ellos cuando, a su vez, envejeczan, renovando el ciclo familiar.

Para sintetizar lo hasta aquí planteado, podemos decir que el marco teórico propuesto tendrá como función permitirnos formular preguntas e hipótesis sobre el funcionamiento familiar del niño con TDAH.

Desde el vector estructural nos preguntaremos, ¿qué expectativas existen hacia el niño con TDAH?, ¿qué expectativas no cumple?, ¿qué efectos tiene sobre el sistema el incumplimiento de las expectativas paternales? ¿Qué impacto tiene sobre la jerarquía familiar la presencia de un niño con este trastorno?.

Por otro lado se contrastará la hipótesis mencionada que sostiene que: *cuando aparecen estímulos que desafían las posibilidades de adaptación de la familia, la familia puede reaccionar buscando a los “culpables” de los cambios dentro del sistema.* (Minuchin)

Para contrastar esta hipótesis nos preguntaremos: ¿qué maniobras realiza la familia, antes del diagnóstico, para establecer el equilibrio buscado? ¿Se dan las pautas definidas por Minuchin como búsqueda de culpables?

54. Haley, J (1991) Ob. Cit. Pág. 53

55. Haley, J (1991) Ob. Cit. Pág. 53

56. Haley, J (1991) Ob. Cit. Pág. 54

57. Haley, J (1991) Ob. Cit. Pág. 56

Ahora bien, dentro de este mismo enfoque se reflexionará acerca del tipo de fronteras que establece la familia con un miembro con TDAH: la presencia de un miembro diagnosticado ¿vulnera las fronteras intersistémicas?, si es así, ¿entre qué sistemas aparece mayor permeabilidad? ¿Cómo es la relación con el medio externo?

Con relación a esta última pregunta se tendrá en cuenta, como se anticipó, la relación con el medio externo representado por los profesionales tratantes, como las instituciones educativas

Se analizarán las vicisitudes por las que atraviesa la familia en la formulación del diagnóstico adecuado en su relación con el medio externo.

Considerar el punto de vista interaccional implicará realizar un análisis del contexto familiar del niño con TDAH, considerando la hipótesis de los circuitos de retroalimentación planteada por Watzlawick. Desde este punto de vista nos preguntaremos: ¿cuáles son las conductas dentro del sistema familiar que producen una retroalimentación negativa, haciendo perdurable el comportamiento del niño con TDAH?. Por otro lado, se sostendrá la hipótesis ya expresada según la cual *el diagnóstico podría funcionar como una información que permitiría una retroalimentación positiva del sistema permitiendo el cambio, en la medida en que introduce información que no estaba presente en el sistema, rompiendo la homeostasis imperante.*

Considerando las hipótesis de Ana María Sorrentino, que sostienen la existencia de una actitud de enfado de parte de la familia, frente a la información del diagnóstico, nos preguntaremos si la limitación biológica que impone la enfermedad podría, de acuerdo a su hipótesis, provocar sentimientos de frustración en el caso de la familia con un niño con TDAH

La introducción de la perspectiva constructivista nos llevará a preguntarnos en qué medida las ideas acerca de la enfermedad, el TDAH, contribuyen a crear un futuro para el niño con TDAH, donde es esperable que aparezcan determinadas conductas relacionadas con el TDAH.

El punto de vista del construccionismo social nos permitirá explorar la relación que existe entre la realidad que la familia construye, con relación a lo esperable del niño con TDAH, y los elementos que recibe del medio en que se encuentra. Ese medio incluye a los profesionales quienes en cada comunicación, en cada verbalización hacia la familia, contribuyen a crear la realidad de ese niño y de su familia. Es decir, se analizará en qué medida la información y los conceptos médicos y de los profesionales tratantes, en la definición de la enfermedad contribuyen a crear expectativas familiares con relación al niño.

Desde el punto de vista de la autoestima se analizará el impacto que tiene el diagnóstico de TDAH en la construcción del autoconcepto del niño y en la valoración que hace él.

2.6. El modelo de la enfermedad como crisis

Dice Kornblit:

*“Nuestro punto de vista es que la eclosión de una enfermedad orgánica o psicósomática en un miembro del grupo familiar implica necesariamente una situación de crisis para la familia en cuestión”*⁵⁸

*Definido el TDAH como una enfermedad orgánica, la afirmación de Kornblit resulta válida para este trastorno, sobretudo, si se tiene en cuenta su cronicidad. Kornblit al hablar de crisis la define como “el grado de desorganización que el impacto de la enfermedad produce en la familia.”*⁵⁹

Ahora, el grado de desorganización estará en función de variables como el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar. Las manifestaciones de desorganización se verán en las posibilidades de la familia de dar respuestas a las necesidades del enfermo y del grupo familiar.

La familia se verá con la tarea de procesar la enfermedad como input, que ingresa al sistema. Del procesamiento que reciba este dato dependerá el output o respuesta.

En el procesamiento van a intervenir variables como las creencias y actitudes hacia la enfermedad. En palabras de Kornblit, el procesamiento *“alude a una dimensión temporal y dinámica en el continuo aceptación-rechazo de la condición enfermedad, en el que la ideología acerca de ella cumple un papel determinante”*.

La familia deberá elaborar la presencia de la enfermedad, a través del tiempo, pudiendo oscilar entre la aceptación y el rechazo. En este proceso las creencias anteriores acerca de la enfermedad tendrán influencia en el tiempo de aceptación o rechazo.

Otras variables que influyen en la modalidad de procesamiento de la enfermedad son:

- El momento de eclosión de la enfermedad, considerando las etapas del ciclo evolutivo familiar.
- La permeabilidad de las fronteras familiares
- El estilo de respuesta de la familia frente a la enfermedad
- Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos.

58. Kornblit, A (1996) *Somática familiar*. Barcelona. Gedisa. Pág. 42

59. Kornblit, A (1996) *Ob. Cit.* Pág. 42

- a. Con relación al momento del ciclo vital familiar, en el que tiene lugar la enfermedad, Kornblit señala como ejemplo, la aparición de una malformación congénita en un primer hijo. En este caso la enfermedad cuestionará las posibilidades de la pareja de “engendrar algo bueno”, en cambio en la pubertad, aumentará el estrés propio del crecimiento.
- b. La permeabilidad de las fronteras familiares, como variable que influye en las posibilidades de la familia de adaptarse a la enfermedad, ya fue abordada en un punto anterior, al considerar la relación de la familia con los profesionales tratantes, escuela y otros representantes de la sociedad.
- c. Con relación a las “**respuestas**” familiares Kornblit diferencia dos estilos de respuestas: el estilo centrípeto y el estilo centrífugo.

En el estilo centrípeto, frente a la enfermedad se produce un aumento de la cohesión interna, el miembro de la familia enfermo pasará a ser el eje alrededor del cual deben considerarse todos los acontecimientos familiares. Dice Kornblit: “*toda la familia gira alrededor del enfermo, que se convierte en el centro de las interacciones, absorbiendo la energía, monopolizando la atención del resto de su grupo familiar y restando posibilidades de desarrollo y crecimiento a cada uno de los miembros del grupo*”⁶⁰

El estilo centrífugo tiene como principal característica la evitación de los miembros de la familia del enfrentamiento con la situación de enfermedad. Como consecuencia de la evitación la tarea de cuidado del enfermo puede quedar asignada a un solo miembro que se verá sobrecargado.

- d. **La capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos**, es una variable que sin duda tendrá influencia en las posibilidades actuales de enfrentar la enfermedad. Este aspecto deberá ser evaluado realizando una anamnesis familiar que de cuenta de la modalidad de afrontamiento a situaciones críticas anteriores.

Todos estos aspectos deberán tenerse en cuenta en el momento de intervenir ayudando a la familia con TDAH

Cap. 3 La familia del niño con TDAH

- 3.1. Estructura familiar del niño con TDAH
- 3.2. Interacción de la familia con TDAH, antes y después del diagnóstico
- 3.3. Construcción de la realidad en la familia con TDAH
- 3.4. El problema de la Autoestima del niño con TDAH
- 3.5. Evolución, hacia la individuación en el ciclo de la vida familiar

3.1. Estructura familiar del niño con TDAH

Desde el vector estructural vamos a tratar de responder a las preguntas planteadas en el capítulo anterior, esto es: ¿qué expectativas existen hacia el niño con TDAH?, ¿qué expectativas no cumple? ¿qué efectos tiene sobre el sistema el incumplimiento de las expectativas paternas? ¿Qué impacto tiene sobre la jerarquía familiar la presencia de un niño con esta problemática?

Para empezar veremos de qué manera, una de las actitudes de desafío constante y desobediencia a las normas, pone en juego la estructura jerárquica. Por ejemplo, Gratch describe de qué manera el incumplimiento de las ordenes de la madre, puede generar en ella sentimientos de malestar y depresión, en la medida en que de manera implícita, mediante esta conducta se cuestiona la jerarquía. Dice el autor:

*“Al tratarse de niños de crianza difícil, por lo agotadora y reiterada frustración que sienten sus madres en los intentos de contenerlos y organizarlos, ellas suelen experimentar una crónica frustración y una sensación de fracaso en el ejercicio de su función que pueden generar cuadros de depresión y disputas familiares.....”*⁶¹

Minuchin había señalado que en la interacción familiar no sólo se intercambia información, sino que se establecen jerarquías. Cuando un miembro de la familia se comunica con otro para pedirle algo no sólo le está dando información expresada de manera verbal sino que le está comunicando quién es quién en esa interacción, y qué es esperable para cada uno de ellos. En el caso del niño con TDAH, en la medida en que estas pautas de interacción no se producen según lo esperado, cuestionan la relación jerárquica pudiendo generar cierta sensación de desorientación en la madre, en la medida en que no se cumplen las expectati-

60. Kornblit (1996) Ob.Cit. Pág. 50

61. Gratch, Ob. Cit. Pág. 84

vas de rol esperadas. La repetición de pautas interaccionales _ funcionales o disfuncionales - es lo que permite la construcción de jerarquías que mantiene el equilibrio del sistema familiar, cuando esto falla el equilibrio queda amenazado.

Otro aspecto de la estructura que se vuelve vulnerable es en relación con las fronteras que el sistema establece con el medio externo. La búsqueda de respuestas a la conducta disfuncional del niño hace que la familia emprenda un camino de búsqueda de respuestas en el medio externo, representado por la comunidad científica.

Antes del diagnóstico, se trata de una búsqueda de respuestas que puede durar años y que expone a la familia a la intervención de otros sistemas, como equipos de profesionales. La situación de la familia en este aspecto es sumamente vulnerable.

Tal vez, si pensamos en las diferentes hipótesis explicativas que la comunidad científica ha ensayado, como forma de dar respuesta a la conducta atípica de estos niños, podamos entender las diferentes versiones del problema a las que ha estado expuesta la familia.

Por ejemplo, Barkley realiza una interesante descripción de este proceso de formulación y contrastación de hipótesis, y su influencia sobre la clínica. Lo cuenta de la siguiente manera: "... durante varias décadas, los profesionales clínicos actuaban de acuerdo con nociones erróneas como que el TDAH estaba causado por lesiones cerebrales o una deficiente educación; que el trastorno desaparecería en la adolescencia; que la medicación estimulante era sólo efectiva con niños (no con adultos y adolescentes mayores) y sólo en el período escolar; y que los niños podrían beneficiarse de una dieta sin algunos aditivos y azúcar, a pesar de la falta de apoyo científico para dichas afirmaciones. Ahora entendemos que muchos niños con TDAH tienen una forma genética o heredada del trastorno, que muchos no dejan sus problemas en la adolescencia, que la medicación pueden tomarla durante años tanto adolescentes como adultos o niños y que alterar las dietas beneficia muy poco a la gente con TDAH"⁶²

Estas hipótesis explicativas se traducen en la clínica en intervenciones que modifican el medio familiar y que, muchas veces, al ser cambiantes pueden someter a las familias a un proceso de stress. ¿Cómo se traducen las opiniones e indicaciones profesionales sobre el medio familiar? Con relación a un caso tratado por Barkley, Amy, una niña de 7 años, comenta:

"Cuando les conocí los padres de Amy estaban a punto de volverse locos. Excluir las comidas azucaradas de la dieta de Amy hizo poco efecto, y más disciplina produjo cierta mejora..."⁶³

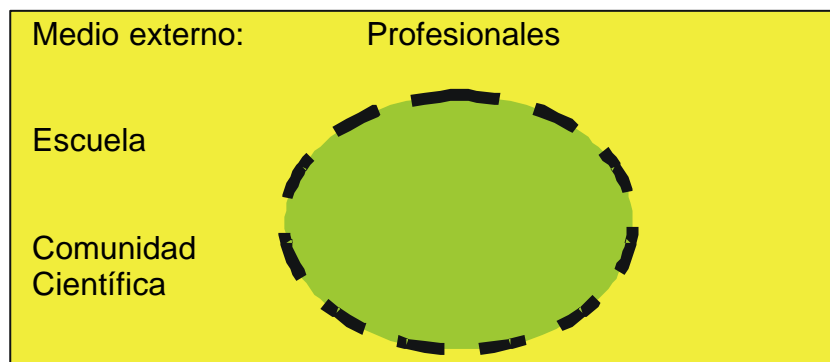
Cada una de las intervenciones como cambiar la dieta o introducir cambios en la interacción, mediante el aumento de refuerzos a la conducta, como se sugiere en la tarea de introducir más disciplina, expone a la familia a tener que producir cambios en sus formas de interacción y rutinas cotidianas. El cambio en la dieta, pueda hacer que se recargue el trabajo de quien tiene la tarea de preparar el almuerzo familiar, teniendo que tener en cuenta otro tipo de recetas que tenga en cuenta a toda la familia, o en su defecto debiendo preparar dos tipos de dietas. Cuando estas pautas deben ser nuevamente cambiadas, por falta de respuestas en el niño, todo el sistema deberá readaptarse a este nuevo cambio.

Por otro lado, otro tanto sucede en la relación con el ámbito escolar. Una viñeta, que trae Barkley resulta ilustrativa. Se refiere a la experiencia de los padres en la relación con la escuela del niño:

"La última vez que tuvimos una entrevista en la escuela había 6 personas: su profesor, su psicólogo, un asistente social, alguien llamado especialista en trastornos del aprendizaje, su consejero y el director. No pude entender casi nada de lo que dijeron..."

En esta viñeta resulta evidente la exposición a la intervención de diferentes personas, con las que se ve involucrada la familia. Con esto estamos introduciendo la temática de las fronteras que establece la familia con el medio externo.

Fronteras entre la familia y el medio externo



Frontera permeable del sistema familiar

62. Barkley, Ob. Cit. Pág. 12

63. Barkley, Ob. Cit. Pág. 38

Frontera permeable del sistema familiar

Ahora bien, las fronteras entre la familia y el medio externo _ constituido por el equipo tratante y la escuela_ se vuelven muy lábiles. El medio familiar tiene que volverse sumamente permeable para permitir el ingreso de los profesionales y de sus intervenciones. El punto es saber ¿cuál es el límite?

Con relación a esto, es válido tener en cuenta el planteo que realiza Barkley, hacia los padres:

*“... otro objetivo de este libro es darle a usted, como padre, las herramientas que necesita para estar bien informado y para cuestionar todo lo que oiga o lea (...) los profesionales son solamente sus consejeros (...) usted tiene a su cargo atender a su hijo desde el punto de vista profesional y académico”*⁶⁴

Barkley propone a los padres una salida, que es estar lo suficientemente informado como para cuestionar la información que viene del medio externo. Esto permitiría lograr un equilibrio entre el medio interno familiar y el medio externo, evitando la vulnerabilidad que pueda sentir la familia, tal como ilustraba la viñeta presentada.

La relación de la familia con el medio externo cambia a partir del diagnóstico. Cuando la familia ha llegado a comprender la situación del niño con TDAH, muchas veces puede aparecer el cuestionamiento del medio externo, representado por otras personas. Barkley relata de la siguiente forma esta situación:

*“ Cuando ellos explican que a su hijo se le ha diagnosticado un TDAH, los extraños reaccionan con escepticismo. Ven la etiqueta como una simple excusa para que los padres eludan la responsabilidad de educar a su hijo y como intento de hacer del niño otra víctima indefensa, a la que no se piden cuentas de sus actos. Esta respuesta (...) permite que las personas ajenas sigan culpando a los padres”*⁶⁵

El sistema familiar del niño con TDAH está expuesto a cuestionamientos, que son esperables si se entiende que es la forma que tienen las personas de reaccionar frente a lo desconocido. Frente a esto uno de los riesgos de la familia es el aislamiento, es decir que la familia decida evitar el contacto con el medio escolar, para evitar ser cuestionados. Este intento de solución del problema podría traer como consecuencia la disminución de la red de apoyo con la que cuenta, teniendo repercusiones negativas sobre el niño. Debe tenerse en cuenta que, en algunos casos, dada su conducta hiperactiva el niño con TDAH puede ser rechazado por otros niños para jugar, disminuyendo sus posibilidades de sociabilidad. La familia entonces, deberá apoyar sus intentos de relacionarse con otros, si se cierra al medio empeora las posibilidades de interacción del niño.

Fronteras entre los padres y el niño:

En el capítulo anterior habíamos señalado que las fronteras están en función de la autoconservación del sistema permitiendo el desarrollo de procesos familiares como la individuación y diferenciación dentro de cada subsistema y en cada miembro de la familia. (Umbarger, 1999)

Se entiende entonces la importancia de que se preserven las fronteras entre los subsistemas. En el caso del niño con TDAH puede ocurrir que los límites se vuelvan lábiles entre el subsistema parental y el niño, en la medida en que sus conductas atípicas requieren la permanente supervisión de los padres e involucramiento en sus conductas.

Gratch describe esta situación de sobreinvolucramiento y alerta sobre las consecuencias negativas:

*“ Demasiado a menudo, los padres de los niños con TDAH dedican mucho tiempo y energía exclusivamente a sus hijos, por lo que se quedan exhaustos. A primera vista este martirio parece heroico y altruista, pero en realidad, es ridículo y destructivo a largo plazo. No dedicar tiempo para renovarse le llevará a dar cada vez menos a sus hijos.”*⁶⁶

Gratch señala de esta situación sólo un aspecto. En este caso el texto es citado para comprender el sobreinvolucramiento como una situación donde las barreras entre los subsistemas parecen volverse frágiles, y por lo tanto vuelve más disfuncional el sistema.

Resulta necesario, para la delimitación de los subsistemas, que exista información que no sea compartida por ambos sistemas, si el subsistema paternal ejerce un excesivo control sobre el niño, no queda lugar en él para la existencia de información propia, que quede fuera del ámbito de comprensión de los padres, esto es lo que va a permitir la diferenciación e individuación (tema que será analizado en el vector de la evolución)

Efectos de la presencia de un niño con TDAH en el subsistema conyugal

Relacionado con el tema anterior se presenta la temática de los conflictos dentro del subsistema conyugal. Gratch hace referencia a estadísticas que muestran un incremento de la tasa de divorcio en los conyu-

64. Barkley, Ob. Cit. Pág. 13

65. Barkley, Ob. Cit. Pág. 34

66. Gratch, Ob. Cit. Pág. 25

ges que tienen un hijo con TDAH⁶⁷. Atribuye como causa del divorcio las frecuentes disputas en la pareja que tienen como tema central la crianza del niño con TDAH y los mutuos reclamos de puesta de límites al niño.

Gratch, expresa:

*Estas dificultades (se refiere a la desobediencia del niño a las órdenes maternas) enfrentan a la pareja parental y producen reclamos del padre, quien siente que la madre no puede administrar límites a la conducta del niño o tiene la creencia de que la madre lo gratifica en exceso (...) visualizando los problemas como el resultado de una sobreprotección materna”*⁶⁸

Heydl, encuentra también, dificultades en los matrimonios con niños con TDAH, y realiza una descripción más amplia de este tipo de problemas. Dice :

“ En las familias donde hay un niño con AD/HD es mas frecuente encontrar problemas maritales, aislamiento social y sensación de incompetencia de parte de los padres.”⁶⁹

Cabe aclarar, que esta situación se produce antes de haberse realizado el diagnóstico, período en el que la familia se encuentra tratando de encontrar respuestas a la conducta atípica del niño.

En este sentido habíamos visto en el capítulo anterior que Minuchin hacia referencia a las formas que tiene la familia de encontrar el equilibrio, siendo una de ellas la búsqueda de culpables. Cuando aparecen estímulos que desafían las posibilidades de adaptación de la familia, la familia puede reaccionar buscando a los “culpables” de los cambios dentro del sistema. Esta hipótesis se confirma para el caso del niño con TDAH, según las afirmaciones de Gratch. La búsqueda de culpables parece tener como protagonistas al subsistema conyugal, en la medida en que el diagnóstico de TDAH no se ha producido.

Otro de los “peligros” de la pérdida de límites entre padres e hijos es la constitución de alianzas intergeneracionales. Dice Kornblit :

*“Cuando se trata de la enfermedad de un hijo, el peligro de la solidificación de coaliciones intergeneracionales reside en la exclusión de uno de los cónyuges del proceso de enfrentamiento y manejo de la enfermedad que se acompaña en general de reproches, de indiferencia e ineficacia del grupo coaligado que forman el otro cónyuge con su familia de origen”*⁷⁰

Podemos pensar que la labilidad de la frontera puede permitir el ingreso de miembros de otros subsistemas, como la familia extensa, sobre todo en familias donde la cohesión en el subsistema conyugal es baja.

Desde nuestro punto de vista, creemos a partir de esto, que el subsistema conyugal, debería transformarse en un espacio de protección frente a los agentes estresores. En el caso de los cónyuges con un niño con TDAH, mantener una buena relación les va a permitir enfrentar las situaciones de estrés a las que se verán sometidos en el crecimiento del niño.

Efectos de la presencia de un hermano con TDAH en el subsistema fraterno:

Habíamos visto en el capítulo anterior la importancia de este subsistema, en la medida en que estimula la aparición del sentimiento de pertenencia a un grupo, situación que va a tener consecuencias a la hora de ingresar a otros grupos.

En el caso del niño con TDAH, dados sus frecuentes problemas de conducta la pertenencia al grupo de hermanos se va a realizar de manera crítica. Pero en esto tendrán también responsabilidad los padres, en la medida en que favorezcan la inclusión del niño con TDAH al grupo de hermanos o no, y la integración entre todos, a partir de la aceptación de las diferencias.

El impacto de la presencia de un hermano con TDAH será diferente en cada familia. Debe considerarse también si se trata del hermano menor o el mayor. En el primer caso pueden aparecer conflictos si se le delega a los hermanos mayores el cuidado o la puesta de límites al niño.

Dice Gratch:

*“Si los hermanos mayores no tienen ADD-ADHD y son encargados del cuidado de su hermano menor (con ADHD) la imposibilidad de contenerlos hace que se sientan crónicamente frustrados, desobedecidos y entonces expresen agresión y resentimiento hacia el hermano indisciplinado, además del crónico sentimiento de injusticia ya que al niño hiperquinetico se le toleran más transgresiones”*⁷¹

Gratch describe que muchas veces en el intento de contener a sus hermanos menores con TDAH, los niños mayores pueden llegar a utilizar violencia física, mediante castigos que agregan tensión al clima familiar. Se genera entonces una disputa entre los hermanos apareciendo víctimas y victimarios.

67. Gratch, Ob. Cit. Pág. 85

68. Gratch, Ob. Cit. Pág. 4

69. Heydl, P. Evaluación diagnóstica en el AD ?HD, en Joselevich, E. Comp. Ob. Cit. Pág.. 58

70. Kornblit, A. (1996) Somática familiar Enfermedad orgánica y familia .Barcelona Gedisa. Pág..48

71. Gratch, Ob. Cit. Pág. 86

En el caso en que se trate del hermano mayor, quien sufra el trastorno, los padres no podrán contar con él para que se encargue de la supervisión o el cuidado de sus hermanos, si esto sucede reinara el caos en la familia. Por otro lado, Gratch da cuenta de un aspecto del niño con TDAH, su alto umbral para percibir el dolor, que interviene en la relación con sus hermanos, ¿de qué manera? El hermano mayor puede imponer castigos físicos a los menores sin tener en cuenta el dolor que provoca, dado que su capacidad para tolerar el dolor es alta. En este comentario Gratch tiene en cuenta una de las características del TDAH que es la alta tolerancia a situaciones de dolor físico que lleva a los niños, en muchas ocasiones, a exponerse a accidentes domésticos.

A manera de síntesis, con relación a la estructura familiar del niño con TDAH, podemos decir que, como consecuencia de la presencia del niño con este trastorno en la familia, existe:

- a) Mayor vulnerabilidad en las fronteras entre la familia y el medio externo, representado por el equipo tratante y la escuela del niño.
- b) Mayor vulnerabilidad en las fronteras entre los padres y el niño, que algunas veces puede manifestarse en la intromisión excesiva del sistema parental, impidiendo la individuación del niño
- c) Posibilidades de crisis en el sistema conyugal, antes del diagnóstico, en la medida en que pueden establecer una búsqueda de culpables de la conducta del niño en este subsistema
- d) Dificultades de integración del niño al subsistema de hermanos, si la conducta hiperactiva u oposicionista dificulta la interacción

3.2. Interacción de la familia con TDAH, antes y después del diagnóstico

En el capítulo anterior teniendo en cuenta el concepto de retroalimentación nos habíamos propuesto pensar al sistema familiar del niño con TDAH como un circuito de retroalimentación, considerando que la conducta del niño con TDAH afecta a todos en general, y es, a su vez, afectada por las conductas de cada miembro del sistema familiar.

Nos habíamos preguntado sobre cuáles son las conductas dentro del sistema familiar que producen una retroalimentación negativa, permitiendo que perdure el comportamiento del niño. La descripción que realiza Heydl, resulta ilustradora del sistema de retroalimentación:

“Con los padres se puede dar el siguiente escenario: el niño hace algo inadecuado, por no pensar en las consecuencias. Los padres lo retan. El niño se corrige. A los cinco minutos se le ocurre hacer lo mismo y lo hace impulsivamente. Los padres lo disciplinan, quizá gritando. El niño no percibe lo que él hizo para generar el problema y se siente injustamente tratado”⁷²

En este escenario las conductas paternas que mantienen el síntoma son los intentos de los padres de disciplinarlo, sin considerar el problema de atención del niño, el “reto” como lo denomina Heydl mantiene la conducta errada del niño en la medida en que no introduce un elemento nuevo, no se le explica al niño claramente qué es lo que se espera de él.

Esta secuencia también puede considerarse a la luz de otro concepto que es el de *discrepancia en la puntuación de hechos*, tal como la describe Watzlawick.

Habíamos visto en el capítulo anterior de qué manera las discrepancias no resueltas en la puntuación de las secuencias comunicacionales pueden llevar a problemas comunicacionales en los que los participantes se atribuyen maldad o cierta intencionalidad en la conducta.

En el caso de los padres del niño con ADHA, como hemos visto pueden puntuar la comunicación del niño como una conducta de provocación, dirigida a ellos con intencionalidad. Hay un elemento que no tienen en cuenta. Se trata del desconocimiento de parte de la información _tal como se da en las discrepancias en la puntuación_. **Esta información desconocida es el diagnóstico, el factor biológico como determinante del comportamiento disfuncional.**

La falta de desconocimiento de las causas que llevan al niño a actuar de esa manera, desconocimiento del diagnóstico, puede llevar a los padres a interpretar la conducta del niño como “malévola”. Conocer la causa de la conducta, a partir del diagnóstico va a darle una solución a este tipo de interacción problemática, en la medida en que **al no atribuir cierta “intencionalidad”** a la conducta del niño, los padres podrán evitar los sentimientos de enojo hacia él.

Se comprueba la formulación de Sorrentino (1990) presentada en el capítulo anterior según la cual **el diagnóstico contribuye a dar significado a la conducta permitiendo la organización de la información relacionada con la conducta del niño, de manera que resulte comprensible para el sistema familiar. A partir del diagnóstico muchas conductas hasta el momento incomprensibles comenzarán a tener sentido.**

72. Heydl,, Ob. Cit. Pág. 59

Una prueba de los cambios que se producen a partir del diagnóstico es el siguiente fragmento de Heydl: *“Se ha postulado también que las madres con niños con AD/HD presentan conductas más controladoras, más directivas en la interacción con sus hijos y menos manifestaciones de afecto. **Estas conductas tienden a remitir cuando mejora la conducta de sus hijos**, ya sea a través de la modificación de la conducta por parte de los padres o con medicación estimulante”*⁷³

La medicación, a partir del diagnóstico, actúa como puesta de límite de la interacción circular patológica. Al modificarse la conducta del niño cambia la conducta de los padres

Desde el lado del niño, sus intentos fracasados de comunicarse, pueden llevarlo a adoptar una actitud negativa hacia sí mismo, como se verá con relación a su autoestima, o pueden llevarlo a aislarse, desistiendo de la comunicación.

Una muestra de comunicación ineficaz, es el siguiente relato de Barkley:

“En las comidas familiares Amy parece incapaz de dejar que los demás acaben lo que está diciendo, antes deja escapar impulsivamente sus ideas y entonces cambia de tema. Su incesante parloteo ha llevado a los hermanos a apodararla: “Boca motora”.

*Cuando sus padres le dicen que no haga algo Amy a menudo se enfada, se vuelve resentida y agresiva. Dice: “Pero no me importa, yo quiero esto,” repitiendo sus demandas y enojándose. Cuando se le dice que recoja los juguetes, que ponga la ropa sucia para lavar, o que esté preparada para el baño, pone mala cara o se cruza de brazos y dice: “No, no quiero hacer eso”*⁷⁴.

Esta viñeta ilustra dos aspectos de las dificultades en la comunicación, por un lado, los intentos de comunicarse de parte de la niña, que no resultan exitosos, y la forma en que en la estructura familiar, subsistema de hermanos, se forma un concepto de ella que puede contribuir a disminuir su autoestima. Por otro lado, señala la desautorización continua de las figuras parentales, en la interacción.

Si tenemos en cuenta que las jerarquías familiares se estructuran en las reiteradas acciones que forman pautas de comunicación, la falta de respuesta de la niña también cuestiona la validez de las jerarquías. Como consecuencia los padres se pueden sentir desestimados en sus roles, perdiendo el interés en introducir normas en el niño con TDAH.

Si uno de los padres intenta tomar el control de la situación con ese niño puede profundizarse la complementariedad entre los padres, es decir *la conducta de uno de los padres pasará a complementar la del otro, y a veces puede llegar a reemplazar su participación en la crianza.* En este caso como ocurre en las relaciones complementarias se ampliarán las diferencias en la crianza del niño al máximo.

Joselevich al referirse al impacto del estilo interaccional del niño con TDAH en los padres expresa:

*“Ellos configuran un verdadero desafío para padres y maestros, dado que sus dificultades crónicas y su comportamiento suelen provocar estrés y desaliento”*⁷⁵

Otro aspecto que resulta complejo para los padres, en la interacción, son los cambios continuos del niño que hacen que por momentos su comportamiento se vuelva impredecible. Los cambios que oscilan entre la dispersión y la atención a tareas específicas o en situaciones de presión; las alternancias entre la obediencia y desobediencia pueden hacer que los padres interpreten el trastorno como una cuestión de voluntad. Estaríamos, nuevamente ante una situación de puntuación de la secuencia de hechos incorrecta, pensar que se trata de una cuestión de voluntad lleva a pensar que hay cierta intencionalidad en la conducta del niño.

Dice Joselevich, para no dejar ninguna duda: *“Estos comportamientos variables, son en resumen, una fuente de desorientación, y el maestro o los padres, cometen un error si creen que el alumno podrá regular a voluntad su conducta o que podría rendir más con sólo aplicar un poco de esfuerzo”*⁷⁶

Estos errores en la interpretación de los datos pueden, en algunos casos, llevar a que se produzcan atribuciones personales intencionales a la comunicación del niño.

Un ejemplo de ello lo constituye la siguiente secuencia descrita por Joselevich :

*“Marta es docente de sexto grado” (...) pensaba que si Octavio (un niño con AD/HD) no le hacía caso era porque no la respetaba. También creía que si dejaba incompletas las tareas era porque no le daba importancia a sus indicaciones y que si no le prestaba atención era porque la ignoraba”*⁷⁷

Esta secuencia entre el comportamiento de Octavio y su maestra es llamada por Joselevich, “circuito negativo en la comunicación”. Las intervenciones en el área relacional van a tener como objetivo reemplazar este circuito por un “circuito positivo” en la comunicación. Este circuito implica una relación de colaboración y alianza, donde el adulto y el niño no se atribuyan mutuamente una intencionalidad negativa. Es decir, el

73. Heydl, P Ob. Cit. Pág. 58

74. Barkley, Pág. 37

75. Joselevich, E (2003) AD/DH Que es, que hacer. Buenos Aires Paidós.

76. Joselevich, E (2003) Ob. Cit. Pág. 99

77. Joselevich, E (2003) Ob. Cit. Pág. 102

adulto debe estar dispuesto a escuchar al niño y dirigirse a él de manera clara, considerando la posibilidad de que su dificultad para responder a las consignas no sea un cuestionamiento a su autoridad o a su persona. Por otro lado, el niño debe ver un aliado en el padre o maestro, quien está intentando colaborar con él para que sea una persona valiosa para sí misma.

Ahora bien, para reemplazar el circuito negativo por uno positivo se hace indispensable el diagnóstico. Sólo a partir de entender la conducta del niño como una consecuencia del TDAH podrán ponerse en juego las intervenciones adecuadas. **Es el diagnóstico el punto de viraje que permite la resignificación de todo el sistema comunicacional.**

Este aspecto será abordado con profundidad en el último punto de este capítulo, donde se describen las reacciones posibles frente al diagnóstico. Como habíamos anticipado, teniendo en cuenta el pensamiento de Sorrentino, el diagnóstico puede tener valor de elemento extraño al sistema al que toda la organización familiar deberá incluir, produciendo adaptaciones.

En síntesis podría decir que el diagnóstico, tal como formula Sorrentino, se transforma en una información que permite una retroalimentación positiva del sistema permitiendo el cambio. En la medida en que los padres tienen información sobre la base neurológica de la conducta disfuncional de su hijo, una interacción que parecía inamovible comienza a cambiar. El cambio se da por una doble vía: por la introducción de un tratamiento adecuado, que contempla la medicación y que modifica la conducta del niño, y porque cambia la atribución de significado de los padres a la interacción del niño. El diagnóstico entonces, introduce información que no estaba presente en el sistema rompiendo la homeostasis imperante.

3.3. Construcción de la realidad, de la familia con TDAH

Considerar el eje de la construcción de la realidad, para el análisis del niño con TDAH y su familia, nos permite situarnos por un momento fuera del campo de la conducta del niño, de su interacción, o de la estructura familiar, para reflexionar acerca de cómo se ha llegado a la construcción de lo que en apariencia es "la realidad del niño con TDAH". En el capítulo anterior habíamos visto las consideraciones de Watzlawick, según las cuales, nuestras percepciones estarían determinadas por el contexto ecológico en el que vivimos.

Desde este enfoque de construcción de la realidad, se considera que la percepción que las personas tienen del mundo es una reconstrucción mental de lo que es real, por los individuos, basándose en su experiencia pasada y en sus necesidades, deseos e intenciones. También habíamos agregado la visión del construccionismo social, para el cual estas construcciones se realizan en un espacio social.

Nada más ejemplificador que los avatares en la conceptualización del TDAH, para ilustrar de que manera la realidad percibida es una realidad construida.

Barkley, quien sin conceptualizarlo de esta manera, había notado este fenómeno se refiere al caso "Amy", una niña bajo su tratamiento, y reflexiona acerca de las diferentes formas en que hubiese sido entendido su problema, según el contexto histórico. Expresaba :

" Si hubiera vivido en Alemania, a lo mejor se la hubiera llamado "El intranquilo Phil". El resultado de esto hubiese sido que los padres de Amy intentarían tratarla con disciplina.

Barkley continúa:

*" Si hubiese nacido cuarenta años después en Inglaterra, se la hubiera enviado al doctor George Still, un médico británico que publicó por primera vez una descripción de veinticuatro niños como Amy.(...) Él hubiese dicho que sus acciones ilustraban un defecto en el control moral de su comportamiento, y hubiese concluido que su causa era neurológica (...) Todavía sería más probable que no fuera diagnosticada con ningún trastorno pero hubiese sido considerada como una maleducada, inmoral, excesivamente apasionada (emotiva) o, incluso, idiota o imbécil, a pesar de tener un desarrollo intelectual normal"*⁷⁸

Cada una de las definiciones del comportamiento que describe Barkley, constituye una forma de construir una realidad diferente. Muy diferente será la vida del niño y su familia si su conducta es definida como "inmoral". Esta descripción del problema implica una conceptualización moralizante que puede estigmatizar al niño.

Antes de realizar el adecuado diagnóstico, la forma en que se conceptualice el comportamiento del niño, tendrá efectos en su realidad. **El conocimiento científico es una construcción que puede construir realidades, generar expectativas e incluso tener valor profetizador.**

El valor de profecía que puede tener el conocimiento científico puede verse, en el caso del niño con ADD, en las hipótesis realizadas con relación a las posibilidades de consumo de drogas de estos niños en el futuro.

Gratch, dedicaba en su libro un apartado a la temática del adolescente con ADD, sus posibilidades de consumo de drogas e incluso ciertas sugerencias para los padres, lo que permitiría disminuir esta posibilidad.

78. Barkley, Ob. Cit. Pág.38

Gratch, señala: *“Quizá la consecuencia más grave y poco considerada del ADD/ADHD es su predisposición biológica para el abuso de sustancias”*⁷⁹

Esta hipótesis, que en la actualidad ha sido refutada⁸⁰ (Gratch, 2000 Wilens S; Biederman, J Spencer, T y Gunawardene, 2003) , puede haber generado una expectativa negativa con relación a la adolescencia del niño con TDAH. Cuantas conductas pueden haber sido interpretadas como indicadores de una supuesta adicción, como consecuencia de esta expectativa. Sabemos que las expectativas y creencias tienen un efecto de profecía, y que pueden terminar muchas veces desencadenando las reacciones temidas (Watzlawick,)

La importancia de las creencias y expectativas con relación al comportamiento del niño con TDAH, también se pone de manifiesto en el tratamiento.

Giusti, describe creencias habituales de los padres que pueden obstaculizar el tratamiento del niño. Algunas de ellas serían: *“ nada de lo que hagamos funcionara con él”, “lo hace para manejarlos”, “ los varones son así, yo de chico era igual”*⁸¹

Estas creencias pueden estar acompañadas por componentes emocionales como la tristeza, la desesperanza. Estos sentimientos tienen efectos negativos sobre el tratamiento.

De manera que no solo las creencias sino el componente emocional implícito en ellas pueden generar a darle un tinte negativo al problema del niño con TDAH, que muchas veces puedan hacer pensar que no tiene salida. Poder detectar este tipo de pensamiento va a permitir su modificación para posibilitar el tratamiento.

3.4. El problema de la Autoestima del niño con TDAH

Al referirnos a la autoestima, en el capítulo anterior, habíamos considerados las formulaciones de Virginia Satir según la cual la autoestima de una persona está con relación a la confirmación de los otros. Se había afirmado que la identidad propia y el mantenimiento de la autoestima dependen de la relación complementaria con los otros y de la confirmación que ellos proveen.

Ahora bien, en el caso del niño con TDAH, su comportamiento impulsivo, y falta de concentración en las tareas escolares le han proporcionado suficientes experiencias desagradables en las que su rendimiento escolar se vio disminuido, o situaciones en las que no pudo responder a las expectativas paternas frustrando sus deseos y, el propio, de agradar a sus padres.

Estas reiteradas experiencias pueden generar un deterioro en su autoestima.

Barkley relata el deterioro en la autoestima que se va produciendo en Ricky, un niño de 8 años que parece de TDAH. Dice :

*“...La mayoría de los días lleva a casa notas de su profesora, diciéndole a sus padres que no ha hecho sus deberes, es agresivo y molesta a otros niños en su trabajo y en el juego. Por poca cosa comienza a empujar a otros niños, intimida a sus niños durante el recreo y sabotear el trabajo de otros cuando no se lo controla directamente. (...) Por primera vez están teniendo dificultades para llevar a su hijo a la escuela. Se queja de malestar y de dolores poco claros, que son claramente un intento para quedarse en casa. Recientemente ha comentado que se odia a sí mismo y que desea estar muerto, y empezó a referirse a sí mismo como a un estúpido”*⁸².

El concepto que tiene el niño de sí mismo ha ido cambiando hasta alcanzar características negativas: “soy un estúpido”. Esta forma de definirse, tiene como consecuencia una valoración negativa de sí mismo.

Como habíamos visto antes, el concepto que una persona tiene de sí misma implica varias dimensiones como la imagen del cuerpo, la imagen del sí mismo en relación con los otros (la sociabilidad) y la imagen intelectual, entre otras.

Estas dimensiones del autoconcepto se verán afectadas en el niño con TDAH si no tiene un tratamiento adecuado en la medida en que:

a) Desde el punto de vista del cuerpo, su concepto puede tener una connotación negativa si se siente torpe por sus frecuentes accidentes. Esto podría llevar a definirlo como alguien con poca destreza corporal.

79. Gratch, Ob. Cit. Pág. 76

80. Los estudios disponibles que examinan el impacto posible del tratamiento del estimulante para el ADHD en el abuso futuro de la sustancia apoyan la seguridad del tratamiento del estimulante. Usando una técnica estadística (el meta-análisis), los investigadores del Hospital General de Massachusetts ((Wilens S; Biederman, J Spencer, T y Gunawardene) encontraron que el tratamiento de la medicación para los niños con ADHD dio lugar a una reducción casi doble en el riesgo del abuso futuro de la sustancia. El informe aparece en una publicación de pediatría en enero del 2003 y es comentado en “MGM study supports protective effect of stimulant treatment for ADHD Meta-analysis shows medication treatment decreases risk of future substance abuse” Boston-January 6, 2003 <http://www.mgh.harvard.edu/news>

81. Giusti, E *Programa de orientación y entrenamiento a padres* en Joselevich, E. Ob. Cit. Pg. 134

82. Barkley, Ob. Cit. Pág. 39

b) En el área intelectual, el bajo rendimiento provocado por la dificultad para mantener la concentración, puede llevarlo a experiencias de fracaso escolar, que terminarán definiéndolo como una persona poco capaz en su desarrollo intelectual.

c) En el plano de las relaciones sociales, si se presenta comorbilidad con oposicionismo o conducta antisocial, estos aspectos pueden llevarlo a protagonizar peleas frecuentes con sus compañeros, definiéndolo como una persona sin recursos para establecer lazos afectivos y de amistad.

Por lo tanto, el concepto de sí mismo, tanto en el área corporal, intelectual y social, podría tener características negativas, con su consecuente connotación de valor negativo, es decir, su autoestima sería negativa.

La influencia de la falta de éxito escolar en el niño con TDAH, lo muestra Barkley, a través de una viñeta de un adolescente de 15 años:

*“Aunque Sandy se lleva bien con sus padres y hermanos, todos ellos han mostrado un logro académico mejor que el suyo, todos sus hermanos, además de sus padres, han cursado estudios universitarios y ven esto como algo también necesario para Sandy. Sandy tiene una autoestima algo baja y se desmoraliza por sus dificultades.”*⁸³

Gratch, quien al describir las características del adolescente con TDAH señala como un aspecto fundamental su baja autoestima, expresa:

*“La baja autoestima los conduce a la búsqueda indiscriminada de afecto y de aceptación en relaciones inapropiadas”*⁸⁴

Cuando habla de relaciones inapropiadas, se refiere a las salidas del hogar a través de embarazos prematuros, como forma de buscar afecto y de probarse en logros fuera del ámbito familiar.

Ahora bien, es claro que en todos estos ejemplos resulta que la baja autoestima es una consecuencia de la conducta del niño o adolescente con TDAH, que no está bajo tratamiento. Gratch, sosteniendo esta misma hipótesis, se encarga de diferenciar a la baja autoestima como consecuencia, de los planteos que podrían establecer a la baja autoestima como causa de los problemas del niño con TDAH.

Gratch, entiende que *“el padecimiento crónico del TDAH traerá consecuencias psicológicas tales como un daño crónico en la autoestima, marginación de actividades grupales, etc. Sin embargo el abordaje y la búsqueda de soluciones o mejoría de los conflictos por vía psicológica únicamente no mejora el TDAH, y si ello ocurre, estamos en condiciones de asegurar que no se trata de un TDAH”*⁸⁵.

Vale aclarar que estas afirmaciones no resultan válidas para todos los casos. El concepto que tendrá el niño de sí mismo también se relaciona con la construcción que se realice en su familia de su imagen. La aprobación y confirmación del amor de parte de los padres, estimulando las áreas del comportamiento donde tiene éxito, puede servir como moderador de sus sensaciones de continuo fracaso.

Con relación a esto, habíamos presentado en el capítulo anterior los desarrollos de Virginia Satir en su caracterización de la “familia” nutricia, grupo familiar que según la autora por su modalidad de funcionamiento contribuye a que sus miembros tengan una autoestima adecuada.

Satir, da un ejemplo del comportamiento de los padres nutricios, que resulta interesante pensarlo a la luz de la problemática del niño con TDAH.

Dice :

*“Los padres de las familias nutricias saben que sus hijos no son malos deliberadamente. Si alguien se conduce de manera destructiva, los progenitores se dan cuenta que ha ocurrido algún malentendido, o que la autoestima de un miembro está muy baja (...) Cuando deben corregir a un niño, como suele suceder con todos los pequeños en algún momento, los padres nutricios recurren siempre a la claridad: piden información, escuchan, tocan, comprenden...”*⁸⁶

Creemos que en el caso de la familia con un niño con TDAH, esta capacidad de comprensión que describe Satir es puesta a prueba permanentemente, por lo tanto si bien podemos pensar que en una familia nutricia un niño con TDAH tiene mejores posibilidades de desarrollo y evolución en su tratamiento, no debe dejar de considerarse la posibilidad de que esta familia se vea ayudada por el medio externo. Más adelante, cuando se aborde el tratamiento se presentarán sugerencias a la familia que contribuyen a generar pautas de comunicación que mejoran la autoestima.

3.5. Evolución hacia la individuación en el ciclo de la vida familiar

El estudio de la familia del niño con TDAH, desde el punto de vista evolutivo nos llevará a poner el foco de atención en los posibles problemas que pueden aparecer en el ciclo vital familiar. Tal como señalaba Erick-

83. Barkley, Ob. Cit. Pág. 41

84. Gratch. Ob. Cit. Pág. 95

85. Gratch. Ob. Cit. Pág. 19

86. Satir, V (1988) Ob. Cit. Pág. 30/31

son, la perspectiva evolutiva permite considerar los puntos en que la evolución familiar puede “dislocarse” o interrumpirse. (Haley, 1991)

En el caso de la familia con un miembro con TDAH, un momento evolutivo potencialmente crítico, puede ser el abandono del hogar por los adolescentes.

Haley había definido como “galanteo” al período de la vida en que la gente joven aprende a galantear y a participar en esta actividad. Nos preguntamos ¿qué sucederá en el adolescente con TDAH en este período? Recordemos que la importancia de no demorar este período estaba dada en la posibilidad de seguir ocupando un lugar central en la red social.

En la bibliografía estudiada se ha encontrado una actitud de limitación de las conductas del adolescentes con TDAH, que podría estar en detrimento de su evolución y desarrollo. Dice Barkley:

“Usted es el director de la vida de su hijo y debe ser usted un eficiente organizador, preparado para encargarse y dedicarse a ello durante más tiempo que lo que otros padres se dedican. Cada vez más verá como otros padres disminuyen el control sobre sus hijos a medida que éstos maduran, pero los déficits de su hijo en autocontrol y fuerza de voluntad hacen que usted deba mantener mucho más control y dirección sobre su comportamiento. Usted es el abogado de su hijo... Usted será su amortiguador frente a la excesiva crítica y el rechazo”⁸⁷

Este tipo de conducta de control, sugerida por Barkley podría detener a la familia en su evolución, impidiendo lo que denomina el “destete”

La conducta de control de los padres parece justificarse en la impulsividad observada en el niño, que se manifiesta en la búsqueda de riesgos. Como se explicó anteriormente, la dificultad para considerar por anticipado el daño que podría seguir a una acción, es la causa de la presencia de accidentes.

Esta imposibilidad del niño lleva a los padres a la implementación de medidas de reaseguro, teniendo un efecto de control sobre la conducta. En la adolescencia, donde aparece la independencia, como una meta del adolescente, la posición de los padres resulta compleja.

Barkley cita la pregunta que realizan los padres de una hija adolescente:

“Nuestra hija quiere el carnet de conducir. Todavía parece muy inmadura y distraída. Los niños con TDAH tienen un riesgo mayor como conductores?”⁸⁸

Sin duda, la imposibilidad del niño con TDAH de prever las consecuencias de su conducta, aumenta sus posibilidades de tener un accidente; pero dependerá en cada caso de cómo lleguen a este período del ciclo vital y la evolución de su tratamiento.

Por otro lado, si retomamos la caracterización hecha por Haley, de los problemas esperables, en la época del “galanteo” _ matrimonios demasiado rápidos, como forma de salir de la vida familiar o los que denomina “problemas de destete” _ podemos pensar que existen condiciones predisponentes para cualquiera de estas problemáticas.

Existe una predisposición para que aparezca alguna de estas problemáticas, ya sea por la impulsividad, o por la citada baja autoestima que puede hacer que busquen la aprobación en matrimonios tempranos, como lo había anticipado Gratch.

Pero la forma en que cada adolescente llegará a ese momento tendrá que ver con la historia familiar, con su tolerancia a la separación y con variables que deberán tenerse en cuenta en cada caso. Las hipótesis aquí construídas se realizan sobre lo que aparece en la bibliografía como “conductas más frecuentes”, pero no debe dejar de tenerse en cuenta cada caso en particular. No se trata de realizar profecías con relación a la adolescencia. Ya se ha analizado en el eje de la construcción de la realidad, el valor que pueden tener como constructoras de realidades, algunas veces negativas.

3.6. Reacciones parentales ante el diagnóstico

Al comienzo habíamos formulado a manera de hipótesis la idea de que a partir del diagnóstico del TDAH en el niño se producen cambios en la familia, en diferentes niveles. Los niveles mediante los cuales se analizó la familia hasta este punto sirven también como eje de análisis para establecer en que áreas ocurren estos cambios.

El diagnóstico produce cambios en el ámbito de la interacción, de la construcción de la realidad familiar, en la estructura, en la evolución de la familia, en la individuación del niño. Estamos ya en condiciones de adelantar que estos cambios se producen a partir del diagnóstico y tratamiento del niño. No sólo el diagnóstico introduce modificaciones sino que también, como se verá en este punto, el tratamiento de los niños con TDAH trae aparejado un importante involucramiento de toda la familia, sobre todo de los padres, que trae como consecuencia cambios importantes.

87. Barkley, Ob. Cit Pág. 26

88. Barkley, Ob. Cit Pág. 51

La situación de cambio será retomada en la conclusión. Ahora presentamos un aspecto importante con relación al diagnóstico y al tratamiento. Se trata de las reacciones del padre ante el diagnóstico.

Barkley (1999) describe cinco reacciones probables:

- a) negación
- b) alivio
- c) ira
- d) pena
- e) aceptación

Con relación a la negación, Barkley considera que el aspecto que resulta más difícil de aceptar, y como consecuencia es negada, es la base neurológica del trastorno. En la descripción que realiza de los padres, dice: *“Se aferran desesperadamente a su idea original de que nada iba tan mal como para que no pudiera ser corregido mediante asesoramiento o simplemente con algunos métodos de modificación de conducta”*⁸⁹

Uno de los elementos que contribuyen a que algunos padres reaccionen negando el problema, es la forma en que se enteraron de las dificultades en el comportamiento del niño. La escuela es el territorio donde, por los estímulos y actividades que presenta al niño, tiene más posibilidades de manifestarse el conjunto de síntomas como la falta de atención y la impulsividad en las respuestas. Esta situación tiene como consecuencia que muchas veces sean los maestros quienes recomiendan la consulta a los padres; en estos casos puede darse la negación del problema frente al diagnóstico puesto que los padres necesitarán tiempo para entender de qué se trata. Necesitan informarse de las implicancias que tiene el diagnóstico.

Otro caso diferente ocurre con las familias que se encontraban en una búsqueda de respuestas frente a la conducta de su hijo. Se trata de padres que han tratado de realizar tratamientos previos de diferente orientación y que han tenido la oportunidad de escuchar interpretaciones variadas sobre la falta de atención o hiperactividad de su hijo. En este caso, el diagnóstico resulta una respuesta que produce alivio. Se trata de darle un nombre adecuado al conjunto de síntomas que presentaba el niño y que les va a permitir encontrar un tratamiento adecuado.

Por otro lado, si tenemos en cuenta que en muchas familias la aparición de una conducta problema en un miembro dispara una búsqueda de culpables dentro de la estructura familiar, y que muchas veces, suele ser la madre “la culpable”, por estar más tiempo con el niño. El diagnóstico dará fin a esta caza de brujas y aliviará al sistema familiar.

Otra reacción frecuente que describe Barkley es la “Ira”. Puede ocurrir también en el grupo de padres que ha permanecido durante mucho tiempo en la búsqueda de un diagnóstico. En estos casos, la ira se dirige a los profesionales consultados con anterioridad, sobre todo si no avizoraron el problema e hicieron sentir responsables a los padres de una “mala educación de su hijo”. Con relación a este punto, Barkley se expide: *“Los profesionales de mi campo, en su búsqueda de culpables, castigan o culpan a los padres con demasiada frecuencia. Y cuando los padres finalmente se dan cuenta de que ellos no son los responsables, es bastante lógico que reaccionen con ira o resentimiento.”*⁹⁰

Podemos agregar que la ira puede dirigirse en un segundo momento, de manera transitoria, a ellos mismos, en la medida en que pueden sentirse responsables de no haber dado con el profesional indicado antes.

Otra reacción probable es lo que Barkley denomina “Pena”. Se refiere al sentimiento de tristeza cuando se consideran las limitaciones que impondrá la enfermedad al niño en el futuro.

La pena suele ser un sentimiento transitorio que da paso a la adopción de una actitud activa de enfrentamiento del problema. Suele ser superada en la medida en que los padres trabajan junto con el niño y ven las posibilidades de recuperación.

En los casos en que la pena persiste será necesario que los padres realicen una consulta terapéutica que les permita elaborar la pérdida que significa tomar conciencia de las limitaciones, de las expectativas familiares que no podrán ser cumplidas por el niño.

La aceptación, es una reacción esperable y a la que casi todos los padres llegan en algún momento. Tal vez no deba esperarse esta reacción desde el inicio. Aceptar el diagnóstico significa reconocer las limitaciones del niño, renunciar a expectativas irreales sobre su futuro. Será a partir de la aceptación de quien es el niño como los padres podrán comenzar a ayudarlo. Este momento suele estar acompañado por lo que Barkley describe como un sentimiento de “paz interior”. Esta tranquilidad adquirida también le permitirá a los padres enfrentar con serenidad el tratamiento y todo lo que ello implica. Entre las tareas que deberá realizar, habiendo aceptado el diagnóstico, se encuentra la comunicación de la situación a otros ámbitos como la escuela.

89. Barkley, R.(1999)Niños hiperactivos. Buenos Aires Paidós, Pág.149

90. Barkley, R.(1999). Ob. Cit. Pág.. 150

La aceptación será la base que permita a los padres integrarse a programas de orientación y entrenamiento, y sobre todo aceptar la indicación de medicación, situación que en muchos casos resulta resistida. _ Estos puntos se retomaran en el próximo capítulo dedicado al tratamiento_ .

La aceptación permitirá comprender las necesidades específicas del niño, que a diferencia de otros y de sus propios hermanos, necesitará estimulación variada para sus tareas y sobretodo un continuo refuerzo de su autoestima, que se verá dañada por los frecuentes fracasos escolares.

Para terminar, debe tenerse en cuenta las consecuencias de la falta de aceptación, en el tratamiento del niño. Dice Barkley: “ La incapacidad para aceptar que su hijo tiene ciertas limitaciones puede favorecer la intolerancia, la ira y la frustración en usted, y a su vez, puede someter al niño con TDAH a una presión excesiva” ⁹¹

Es decir, la imposibilidad de aceptar las limitaciones del niño puede tener consecuencias sobre su tratamiento, y sobre la familia en la medida en que puede ofrecerse como el marco donde se manifiesten las frustraciones y la ira parentales. También puede tener consecuencia sobre el subsistema fraterno, en la medida en que pueden depositarse excesivas expectativas en otro miembro “sano”, creando diferencias entre los hermanos.

El momento del diagnóstico es un punto decisivo que merece la atención adecuada, no se trata de pasar inmediatamente al tratamiento sin haber tomado el tiempo necesario para que se produzca la aceptación esperada.

En el próximo capítulo se presentaran algunas pautas de interacción sugeridas, como parte del tratamiento del niño

Hasta aquí se ha analizado a la familia del niño con TDAH a la luz de los diferentes conceptos que aporta cada vector del modelo familiar de Díaz Usandivaraz. El estudio de la familia, se ha realizado desde diferentes niveles, tratando de describir las implicancias que tiene la presencia de un niño con TDAH en la estructura familiar. **No se trata de analizar a la familia o su interacción como causa del trastorno, lejos se halla el punto de vista aquí considerado de formular tal hipótesis. Sí se considera que existe un antes y un después en la familia a partir de haber realizado el diagnóstico del trastorno. El diagnóstico será el paso necesario para la implementación del tratamiento adecuado, que modificará la interacción familiar.**

La familia será el contexto en el que el niño con TDAH transcurre una gran parte de su vida, y los efectos de sus dificultades se verán en ella. No se puede por lo tanto dejar de considerar la relación con el medio. Como dice Gratch:

“...el proceso de crecimiento y desarrollo es dialéctico, el sujeto actúa sobre su medio y el medio influye en el sujeto y las dificultades en cualquiera de estos múltiples factores producirán efectos sobre ellos. En la interacción social se encuentran además los elementos que según como participen serán el crisol de la enfermedad o la salud” ⁹²

Cap. 4. Hacia un tratamiento interdisciplinario

Muchas veces los fanatismos limitantes, tanto de los psiquiatras excesivamente biologicistas como la cosmovisión psicologista excesiva, terminan perjudicando a quienes podrían beneficiarse con el aporte de estas dos disciplinas, que dejarían de estar enfrentadas para volverse complementarias. ⁹³

Ha pasado bastante tiempo desde las primeras conceptualizaciones del TDAH, el origen biológico del trastorno, es ya una verdad probada. Frente a tal realidad la inclusión de los psicofármacos como forma de modificar la química cerebral disfuncional, parece indiscutible.

Pero la modificación de los neurotransmisores no alcanza para curar la autoestima muchas veces deteriorada de los niños que han visto fracasar una y otra vez sus logros académicos, y muchas veces, sus relaciones sociales como consecuencia de su impulsividad.

Será necesaria la integración de diferentes intervenciones que consideren el nivel biológico, psicológico y social. Incluyendo dentro del nivel social intervenciones que tengan en cuenta a la familia y a la escuela como lugares de referencia.

La complejidad del trastorno, las diferentes áreas que se ven involucradas, hacen que después de años de experiencia se considere indispensable una intervención interdisciplinaria que tenga en cuenta diferentes formas de abordaje.

91. Barkley, R.(1999). Ob. Cit. Pág.. 151

92. Gratch. Ob. Cit. Pág.86

93. Gratch. pág. 162

Por otro lado, las particularidades de cada niño y su entorno familiar hacen que todo intento de construir un único modelo de tratamiento sea poco exitoso. Para decidir las diferentes formas de intervención debe tenerse en cuenta la especificidad de cada caso.

Si pensamos a toda persona como un ser biopsicosocial, resulta lógico considerar que cualquier intervención para modificar su estado, tenga que considerar estos tres niveles.

Así tenemos en cuenta estos tres niveles, para presentar las intervenciones posibles en el caso del niño con TDAH. Debe señalarse que si bien el punto de intervención o foco es un nivel, cada cambio tiene efectos en otros niveles de la persona. Como se verá una intervención sobre la química cerebral tiene efectos sobre los aspectos psicológicos tanto en su dimensión cognitiva como comportamental. La diferenciación en niveles es sólo a los fines del análisis.

4.1. Intervención biológica: los psicofármacos

No es la intención de este trabajo profundizar en los mecanismos de acción de los psicofármacos, escapa a sus objetivos. La referencia que se hace en este punto a la medicación pretende ilustrar el impacto que tiene en la familia y en el niño la incorporación de este elemento que aparece como un cuerpo extraño que deberá ser asimilado a la dinámica familiar y a la vida del niño.

Una de las primeras advertencias que aparece en la bibliografía específica (Gratch, 2000) es que la decisión de incorporar la medicación al tratamiento tiene que ser precedida de un claro diagnóstico, sólo cuando se hayan desechado otras posibilidades diagnósticas _ como hemos explicado en el punto que hace referencia a los trastornos asociados_ podrá considerarse la intervención psicofarmacológica.

Otro aspecto a considerar se refiere a la determinación específica de los síntomas que quieran ser modificados con la medicación. Generalmente los fármacos apuntan a modificar dos síntomas: la falta de atención y la hiperactividad. Ahora bien, ¿qué tipos de psicofármacos son los usados en estos casos?

Los más usados son los estimulantes, que comenzaron a tenerse en cuenta en 1937, cuando Bradley los utilizó para el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos de conducta y que posteriormente correlacionaron de manera positiva con el TDAH.

Los estimulantes

El estimulante más usado es el metilfenidato que en nuestro país se comercializa con el nombre de Ritalina y Rubifén. También se emplea la pemolina magnésica (Tamilán)

Esta medicación tiene efectos a diferentes niveles:

a) Sobre la conducta: disminuye la impulsividad en la conducta, permitiendo que el niño tome el control sobre sus actos. En los casos en los que se presenta agresividad, ésta disminuye notablemente a partir de la ingesta del medicamento.

b) A nivel cognitivo: Las mejoras en esta área parecen haber sido ampliamente probadas. Dicen Heydl y Quirós (2000) al referirse a los efectos de los estimulantes expresa: *“mejoran la atención sostenida y las estrategias de búsqueda de información, actuando sobre aspectos generales del procesamiento de la información. Aumentan la eficacia y la intención de trabajo en la lectura y en problemas de matemática, favorecen la actividad cognitiva en la tarea principal cuando se presentan dos o más tareas simultáneamente y aumentan el control de la impulsividad cognitiva”*⁹⁴

Debe tenerse en cuenta que estos cambios son acompañados por un entrenamiento en el aprendizaje que es realizado con el apoyo psicopedagógico _ este punto será retomado más adelante_

c) A nivel social : Como se ha descrito a lo largo de este trabajo, las relaciones interpersonales de los niños con TDAH, en algunos casos, pueden ser difíciles en la medida en que el niño responde de manera impulsiva en la interacción. Esto sumado a la presencia de agresividad, en algunos casos, hace que sus relaciones sean precarias. En el plano familiar la dificultad para cumplir con las órdenes dadas por los progenitores también perjudica sus vínculos familiares.

Con relación a esto Heydl y Quirós afirman: *“El metilfenidato, a través de la disminución de los síntomas, mejora la relación de los niños AD /HD con sus madres. Se observa un mayor cumplimiento de los niños y en consecuencia, menor cantidad de actitudes de control por parte de las madres y mayor atención a las conductas positivas de sus hijos”*⁹⁵

Ahora bien, a pesar de los probados efectos de la medicación, su incorporación en el tratamiento del niño muchas veces es resistida por el entorno familiar y por el niño mismo.

En la medida en que el psicofármaco es un elemento externo que está destinado a producir una modificación en el individuo, pueden aparecer fantasías de perder parte de la personalidad, el sentimiento de

94. Heydl,P, Quirós, G (2000) AD /HD Tratamiento psicofarmacologico.en Joselevich, E comp. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Paidós. Pág.105

95 Heydl,P, Quirós, G (2000) Ob. Cit. Pág 106

autenticidad y el sí mismo. Algunos niños y adolescentes si bien quieren ser curados, quieren ser ellos los protagonistas del cambio, no la medicación.

En los padres el temor más frecuente se refiere a la posibilidad de promocionar una conducta adictiva en el niño. Este temor debe ser trabajado con los padres considerando las diferencias que existen entre una conducta adictiva y el uso de la medicación dentro del tratamiento.

Al respecto dice Gratch “ *Si bien los psicofármacos influyen en la conducta de los individuos esto es diferente del consumo adictivo de una sustancia que produce el deseo compulsivo de reiterar el consumo para volver a experimentar un determinado efecto (refuerzo positivo) a pesar de las consecuencias físicas y psíquicas adversas, o para evitar el síndrome de abstinencia*”⁹⁶

Para no promover una conducta adictiva es importante que el niño no atribuya el éxito de sus cambios en el rendimiento académico sólo al uso de la medicación, si se crea esta relación directa causa-efecto, se está contribuyendo a establecer un vínculo difícil de romper.

Otro temor que refieren los padres, relacionado con el punto anterior, es el tiempo durante el cual el niño deberá consumir la medicación, ¿es para siempre? ¿qué sucede si se interrumpe ?

Se estima que el tiempo promedio de consumo es entre 2 y 3 años. Durante este período se aconseja discontinuar el consumo, por ejemplo, realizando cada 6 meses un período de interrupción.

La rápida metabolización de los estimulantes hace que no se produzca el temido síndrome de abstinencia tras el cese de la ingesta.

Antidepresivos tricíclicos

Son el grupo de medicamentos considerados como de segunda opción, en los casos en que la ingesta de estimulantes no resultará efectiva.

En el caso del TDAH los efectos más importantes se darían a nivel del estado de ánimo, haciendo muchas veces que mejore el humor de los niños. También tienen efectos sobre el componente impulsivo de la conducta produciendo un efecto de relajación, siendo algunas veces un efecto sedante negativo. Por otro lado la incidencia sobre los problemas cognitivos de atención no ha sido probada.

La ventaja más importante con relación al uso de estimulantes se encuentra en que tienen buenos resultados en pacientes que presentan un trastorno depresivo asociado.

Tal vez para cerrar este punto en referencia a la medicación es válido citar las reflexiones de Gratch:

*“...los psicofármacos no son la panacea que resuelve mágicamente todos los problemas. Pero es mucho lo que se ha avanzado en su conocimiento y utilización en la tarea clínica. Hacer un uso de estos como único recurso es un reduccionismo inadmisibles e implica renunciar a los probados beneficios de los tratamientos multimodales. Rehusarse a su utilización cuando conocemos las ventajas que proveen (y contando con la posibilidad de evitar los efectos secundarios indeseables) puede reflejar una obstinación incompatible con una actitud científica”*⁹⁷

4.2. Nivel psicológico

Se entiende como nivel psicológico de intervención todo intento de modificación de alguna de las dimensiones que forman parte de la subjetividad de una persona, diferenciando su aspecto biológico y las relaciones con el medio. De esta manera dentro del nivel psicológico se incluirían 3 dimensiones: la dimensión cognitiva, comportamental o de la conducta y afectiva o emocional.

a) Dimensión cognitiva

La intervención psicopedagógica en el tratamiento del niño con TDAH contribuye a mejorar los aspectos cognitivos involucrados en el aprendizaje.

b) Dimensión comportamental:

El aspecto de la conducta que trae más dificultades al niño con TDAH es su impulsividad. Existe una innumerable cantidad de técnicas conductuales que tienen por finalidad disminuir la impulsividad.

c) Dimensión emocional

La psicoterapia individual supone una intervención sobre los aspectos emocionales de una persona. En el caso del niño con TDAH puede tener como objetivo la modificación de la autoestima, que en la mayoría de los casos ha sufrido alteraciones.

Gratch menciona los sentimientos de culpa que suelen aparecer en los niños como consecuencia de no haber podido cumplir por mucho tiempo con las expectativas familiares. Pueden sentirse culpables de sus fracasos escolares, llegando a sentirse como “malos hijos” con relación al resto de sus hermanos o compañeros que mediante sus logros contribuyen a aumentar la autoestima de los padres.

96 Gratch.(2000) Ob. Cit. Pág.125

97 Gratch.(2000) Ob. Cit. Pág..154

Si estos sentimientos negativos hacia sí mismos no son modificados el niño y luego el adolescente, puede autoexcluirse de proyectos o desestimar sus propias iniciativas, considerando que no tendrá posibilidades de éxito.

Esta cadena de situaciones negativas puede contribuir a la aparición de sentimiento de tristeza, y en algunos casos depresión. Estos son precisamente los puntos de abordaje de la psicoterapia.

4.3. Nivel social: familia y escuela

Las intervenciones a nivel social, que consideran a la familia y a la escuela, se justifican en la vulnerabilidad que presenta el niño con TDAH a su medio.

Dice Joselevich ; “ El medio ambiente no es un invitado ocasional en este escenario, sino un participante activo permanente. Los factores psicosociales y culturales influyen decisivamente en el devenir, ya sea con notables alivios o con empeoramientos riesgosos.”⁹⁸

a) Contexto Familiar

Podríamos considerar dos posibilidades de trabajo con la familia. Por un lado, se encuentran los “Programas de Orientación y Entrenamiento a Padres, que tienen como origen el mítico Programa formulado por Barkley, y por otro lado, puede considerarse a la terapia familiar.

Se trata de dos intervenciones diferentes. La terapia familiar implica considerar la existencia de una patología familiar que justifique esta intervención. La presencia de un niño con TDAH no implica la presencia de una patología familiar. La posibilidad de realizar un tratamiento familiar debe considerarse sólo en los casos en que se observen síntomas familiares de patología, como puede ser la dificultad del sistema para permitir la individuación del niño o en el caso de familias centrífugas en las que uno de los miembros esta recargado en la atención del niño, como consecuencia del desinterés que presenta el resto de la familia. En estos casos podrá considerarse la posibilidad de una intervención familiar.

Por otro lado la aplicación de un Programa de Orientación y Entrenamiento a padres tiene un alcance más amplio. A continuación se describen sus objetivos y elementos que lo componen

Programa de orientación y entrenamiento a padres

Los programas se proponen ayudar a los padres a desarrollar recursos propios que les permite enfrentar la crianza de un niño con TDAH. Se trata de reuniones individuales o grupales de las que participan los padres del niño. Generalmente no son más de 12 encuentros de una hora y media de duración cada uno.

En ellos se consideran no sólo los aspectos interaccionales sino que se trabaja sobre las creencias de los padres explicitando los sistemas atribucionales propio de cada familia.

El resultado de este tipo de entrenamiento se encuentra altamente probado. Así Barkley (1997) hace referencia a los efectos que tiene: cambios en el comportamiento del niño, disminución del estrés familiar y mejoramiento de la autopercepción de los padres, tenderían a percibirse como padres más eficaces.

El Programa, según Giusti (Giusti, 2000) tiene como objetivo:

- a) Ayudar a los padres a aceptar el diagnóstico del niño y las consecuencias que tiene para todo el grupo familiar
- a) Reestablecer el control de la relación con el niño, que los padres sienten haber perdido como consecuencia de la enfermedad
- b) Reestablecer el control sobre las propias emociones de los padres

No se aplica de manera automática a todos los casos, si bien son muchas las familias que pueden beneficiarse del entrenamiento, se desaconseja su utilización en familias que presenten un miembro severamente perturbado (madre o padre con trastornos psiquiátricos) o en las familias donde predomine una interacción violenta.

El tipo de población a la que se sugiere este entrenamiento es a la de las familias cuyos hijos están en edad escolar, y no presentan la problemática indicada.

Para evaluar las posibilidades que tiene una familia de formar parte de este programa, se realiza una primera entrevista, en la que se indagan:

- a) Preocupaciones de los padres con relación al niño
- b) Se evalúa la dinámica familiar intentando detectar posibles focos de conflicto, que no se relacionen con el niño con TDAH. Se consideran por ejemplo: problemas de trabajo en alguno de los padres, enfermedad de otro hijo, etc.
- c) Se realiza una evaluación de las formas en que la familia ha enfrentado el problema hasta el momento. Esto permitirá incorporar estrategias que no hayan sido utilizadas.

98 Joselevich, E(2003) AD/HD que es, que hacer. Buenos Aires, Paidós, Pág. 100

d) Pautas de interacción familiar, se intenta recabar información sobre la distribución de roles, cuáles son las tareas y responsabilidades asignadas a cada miembro de la familia.

Giusti (2000) habla de 10 componentes fundamentales del programa. Cada uno de ellos representa un nivel. Existe entre ellos una relación de continuidad, tienen un orden que debe respetarse. Cada nivel tiene diferentes objetivos, que, a continuación se describen:

1. Brindar información específica y actualizada
2. Identificación de problemas en la interacción
3. Ayudar a los padres a focalizar la conducta positiva del niño
4. Construir un "generador de comportamientos positivos". Se refiere a la creación de una pauta de conducta en los padres que tienda a alentar y reforzar el comportamiento positivo del niño, sea este esperado o no.
5. Entrenar a los padres para que puedan ocupar el foco de atención del niño cuando le dan una consigna. Esto se logra mediante técnicas directas como mostrarles a los padres que hablen a los ojos de los niños cuando le piden algo.
6. Ayudar a los padres a poner límites y disciplinar al niño, sin esperar a llegar a un estado de desborde emocional, donde no se podrán sostener los límites. Se recomiendan las "multas" o la supresión de alguna actividad del niño que le resulte placentera.
7. Ayudar a los padres a crear contratos con el niño, en los que se establecen recompensas de acuerdo al cumplimiento de pautas claras y específicas. Se le permite al niño participar en la elección de la recompensa para incentivar la aparición del comportamiento positivo.
8. Programar el comportamiento positivo en otros contextos: Una vez que los padres han logrado resultados con el sistema de contratos en el hogar, se los estimula para que se traslade a la escuela, y a otros ámbitos de los que el niño participa. Según Giusti, hay tres consignas que son básicas: "a) establecer las reglas por anticipado (qué es lo que espero que haga?, b) acordar los incentivos si se cumplen las reglas, y c) las consecuencias negativas (o multa) que tendrá si el acuerdo no se cumple."⁹⁹
1. Ayudar a los padres a construir un método de colaboración con la escuela, de manera que puedan detectar problemas y resolverlos junto con la maestra.
2. Revisión de estrategias: es el último objetivo, del último nivel. Se trata de realizar una evaluación de las estrategias implementadas hasta el momento, ayudando a los padres a detectar recursos con los que pueden anticiparse a la aparición de problemas.

En cada etapa del programa se trabajan las creencias y temores de los padres. Cada pareja de padres puede atravesar estos niveles sola o en un grupo con otros padres. En el caso de la modalidad grupal se trata de no más de 4 ó 6 parejas. Esta técnica permite establecer una red en la cual los padres no se sienten solos, comparten su experiencia con otros que están pasando por la misma situación.

La modalidad individual permite trabajar con un niño en particular sugiriendo estrategias específicas de acuerdo a sus necesidades.

En cada uno de los niveles los terapeutas utilizaran diferentes técnicas roll playing, presentación de folletos con información. Se trata de material estimulo o disparador que servirá para desarrollar la problemática.

Por ejemplo, para ayudar a los padres a crear un método de recompensas se les sugiere el empleo del "método de fichas". Consiste en un método de recompensas por el cual se le asigna un valor a cada ficha que el niño obtiene por su buen comportamiento. El sistema tiene que ser claro para el niño, debe saber exactamente cuáles son las reglas y cuál es el valor de las fichas. Para hacerse merecedor de una ficha el niño deberá cumplir una orden de los padres ante el primer pedido. Generalmente se utiliza una semana de prueba para que el niño comprenda el sistema.

Las recompensas o privilegios pueden ser elegidas por el niño por anticipado. También se realiza por anticipado una lista de conductas positivas que se intente lograr y que serán premiadas.

a) El trabajo con la escuela

La sintomatología propia del niño con TDAH, como la falta de atención y concentración e impulsividad, encuentran en las tareas del ámbito escolar el lugar regio de expresión. Por lo tanto es de esperar que las maestras encuentren dificultades para que los niños puedan seguir consignas, completar su tarea o simplemente quedarse sentados en el banco.

Frente a esta situación el maestro debe estar informado del diagnóstico del niño, y de sus implicancias, para evitar sanciones extremas sobre él. Esta situación no siempre es sencilla para los padres, quienes en algunas oportunidades temen hablar abiertamente con el maestro.

99. Giusti, E (2000) Programa de orientación y entrenamiento a padres de niños con ADD. en Joselevich, E (2000)comp.Ob. Cit. Pág. 141

Con relación a ello Joselevich comenta: “ Los padres que han sido correctamente informados sobre el AD/HD son los principales “ abogados” de los niños, y deberían evitar posibles maltratos por parte de un sistema educativo que aún no está apropiadamente preparado para enfrentar las necesidades especiales que un niño con problemas de atención, hiperactividad e impulsividad puede presentar. Es posible que ya haya “sufrido” a otros maestros y/o escuelas, por lo que deben evitar caer en la trampa de esconder a la nueva escuela el diagnóstico del niño”¹⁰⁰

Como se infiere la autora recomienda comunicar el diagnóstico a la escuela como medio de protección del niño, para evitar el mal trato que surge de la falta de información. De manera que no se tratará sólo de comunicar el diagnóstico en una entrevista con los docentes, sino de establecer una relación en la cual pueda circular información que servirá para mejorar el estado del niño y aliviar las sensaciones de malestar que pueden aparecer en el docente como resultado de la conducta sintomática del alumno con TDAH.

Dadas estas circunstancias es necesario que el maestro cuente con apoyo adicional. Por ejemplo, Joselevich (2003) describe el trabajo realizado con una maestra de un niño de sexto grado. En esta ocasión, en primer lugar, trabajó proporcionando información sobre el TDAH. Por otro lado, se consideraron los aspectos emocionales de la relación con el niño analizando el sistema atribucional de la docente, por medio del cual asignaba una intencionalidad personal a la conducta del alumno. Concretamente se pudo ayudar a la docente a elaborar un plan para detectar falsas creencias con relación al niño y manejar su sensibilidad hacia su conducta.

En este caso es claro que no se trata solamente de darle información al docente, sino de acompañarlo afectivamente, entendiendo la gama de emociones negativas que puede suscitar la conducta de un niño con TDAH.

En general, para el equipo docente se recomienda llegar a un conocimiento exhaustivo del niño como alumno, como sujeto que aprende. Esto implica considerar sus fortalezas, su estilo de aprendizaje, momento y circunstancias frente a las cuales aparecen los síntomas, etc. Para ello será necesario que el equipo docente (si se trata de más de uno) o el docente lleven un registro escrito de todos estos aspectos. Esto les permitirá implementar estrategias que tengan en cuenta sus aspectos más fuertes, por ejemplo. (Joselevich, 2003)

Otro aspecto a tener en cuenta en la relación con los docentes es la información que ellos tienen sobre la medicación del niño. Se sugiere que los padres puedan hablar abiertamente de este tema. También se prevee que la escuela tenga acceso al médico para poder ubicarlo en caso de que el niño tenga alguna dificultad durante su estancia en el ámbito escolar. (Joselevich, 2003)

En el caso en que el niño tenga que tomar alguna medicación durante la clase, su maestro tendrá que estar enterado, para ayudarlo a recordar

En las estrategias que se empleen para trabajar tanto con los padres como con la escuela hay dos puntos que no se pueden dejar de tener en cuenta:

- a) Incluir en la información dada los aspectos específicos sobre el momento evolutivo en que se encuentra el niño, es decir explicitar qué es esperable para cada etapa, y
- b) Sugerirles que las metas que se propongan con el niño sean posibles, de manera de no dañar su autoestima, si resultan inalcanzables y como consecuencia fracasa

También existen “principios de la comunicación efectiva” que deberán guiar la interacción con el niño. Joselevich, tomando los aportes de Bauermeister (2000), establece los siguientes principios guías:

1. Obtenga primero conductas pre-atentivas
2. Asegúrese que él continua prestando atención
3. Sea conciso, preciso y claro
4. Revise su estilo de comunicación
5. No imite el estilo de su hijo o alumno
6. Acepte y exprese sentimientos

Estos principios tienen como objetivo mejorar la interacción entre los niños y los adultos. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que cada niño es único y cada familia es única por lo tanto no puede establecerse un tratamiento “tipo” para todos los casos. Cada uno de los abordajes propuestos representa una oportunidad de intervención que deberá ser considerada en cada caso en particular, también debe tenerse en cuenta la edad del paciente.

Por ejemplo, Joselevich presenta un caso de una adolescente de 17 años que consultan sus padres porque no quiere seguir una carrera universitaria tradicional. Ha decidido seguir danzas. Después de efectuado el diagnóstico de TDAH, teniendo en cuenta un patrón disfuncional de conducta desde la niñez, Joselevich realiza 6 entrevistas terapéuticas. Relata: “Con esta familia tuvimos seis entrevistas de informa-

100. Scandar, R (2003) Padres y docentes un esfuerzo conjunto en Joselevich, E. AD/HD ¿Qué es?, ¿qué hacer?. Buenos Aires Paidós. Pág.159

ción, evaluación de sus creencias, trabajo psicoterapéutico sobre sus mandatos internos y sobre algunos ejes conceptuales como el de la diferencia de modalidad entre los seres humanos. Dado que los miembros del grupo eran científicos e intelectuales, lectores y confiaban en datos de investigación, les ofrecimos consultar libros, fotocopias de trabajos de revistas científicas internacionales y el acceso a recabar más información a través de internet.”¹⁰¹

Con relación a la adolescente, se recomendó que siguiera su deseo de estudiar danza ya que era un medio adecuado para poner en juego su capacidad para el movimiento constante y su inquietud.

Este es sólo un ejemplo de una estrategia implementada. Se trata de conocer las diversas posibilidades que aportan los estudios hechos hasta el momento, para implementar el más adecuado en cada caso.

Ahora bien, deberá considerarse también la presencia de un “coordinador del tratamiento”, que puede ser el médico o el terapeuta, quien centralizará la información de cada una de las intervenciones y se convertirá en el interlocutor con los padres y la escuela.

Se trata de la puesta en marcha de un trabajo interdisciplinario, no de una superposición de técnicas. La integración de las diferentes intervenciones estará dada por un objetivo en común, bajo el cual se alineará cada estrategia utilizada. Por ejemplo, si el objetivo es aumentar la capacidad atencional del niño, desde el punto de vista psicofarmacológico debe tenerse en cuenta este objetivo para la indicación de un medicamento adecuado, desde el programa a Padres se entrenará a los padres en estrategias para ayudarlo al niño a mejorar la atención. En el espacio individual con la psicopedagoga se trabajará con técnicas destinadas al mismo objetivo. Para que esta integración pueda darse es importante la comunicación entre los miembros del staff tratante, sin esta condición resultará para los padres en un excesivo trabajo tratar de integrar la información que viene de personas diferentes y de saberes diversos.

Una vez más, la interdisciplina resulta como desafío, un logro a alcanzar.

Cap. 5 Conclusiones

Llegado este punto del trabajo es necesario repensar los objetivos que habían sido formulados en un primer momento. Me había propuesto, de manera general, describir las características de la familia del niño con TDHA.

Tal vez la primera reflexión que aparece en torno a esto es que la familia de un niño con TDHA no se diferencia de otras familias que tienen un niño con problemas de conductas, hasta el momento del diagnóstico.

Hasta el momento del diagnóstico, la conducta sintomática del niño caracterizada por la falta de atención, hiperactividad e impulsividad, tendrá efectos en la interacción familiar.

La falta de respuesta ante las consignas parentales, los problemas de comunicación al no responder de manera adecuada pueden poner a prueba la jerarquía familiar. Un niño que sistemáticamente no obedece pone en juego el lugar de autoridad del padre, pudiendo en algunos casos tener consecuencias en su autoestima. Sobre todo, cuando se trata de padres que sostienen su identidad en este rol.

Los frecuentes fracasos en la escuela, llamados de atención de la maestra vulnerarán la autoestima del niño y de la familia haciendo que, en algunos casos, alteren la relación con el medio externo aislándose en la estructura familiar.

En la epistemología familiar comenzarán a construirse significados, en busca de respuesta a la conducta del niño. Algunos padres podrán atribuir la conducta del niño a su incapacidad como padres o a un intento de provocación del niño. Estas construcciones complejizan aún más el problema ya que pueden desencadenar la hostilidad hacia aquel que le confirma a sus padres su incapacidad, o al que “intencionalmente” lo provoca. En cualquiera de las dos versiones las consecuencias son negativas.

Por otro lado, la evolución de los miembros de la familia puede verse afectada por los fracasos escolares del niño como consecuencia de la incapacidad para prestar atención.

Todos estos aspectos de la familia se modifican cuando se arriba a un diagnóstico. El diagnóstico implica, sobre todo, considerar la base neurobiológica del cuadro. Se trata de sacar al problema del ámbito de la “intencionalidad” y la “incapacidad” para darle una dimensión biológica.

Como hemos visto, si bien el diagnóstico puede representar para muchas familias un alivio en la medida en que responde a una búsqueda que llevaba mucho tiempo, para otras puede ser el inicio de la toma de conciencia de las limitaciones a las que está expuesto el niño.

101. Joselevich, E (2003)

A partir del diagnóstico y la aceptación de la condición neurobiológica del cuadro se podrá dar lugar a la aplicación de un tratamiento interdisciplinario. Tal vez, la intervención que resulte más difícil de aceptar es la farmacológica. La familia deberá considerar la posibilidad de implementar estimulantes o, en algunos casos, antidepresivos tricíclicos, para afrontar síntomas como la falta de atención, la hiperactividad o los concomitantes depresivos de la enfermedad.

Los padres que se ven enfrentados a sus temores generan una expectativa negativa con relación a la dependencia. Los padres pueden temer ser los iniciadores de una conducta adictiva en los niños, sobre todo cuando el diagnóstico es realizado de manera tardía, cerca de la pubertad.

Más allá de los temores, como se ha demostrado en este trabajo, son muchos los investigadores y sobre todos los familiares que encuentran consecuencias positivas en la incorporación de psicofármacos al tratamiento. Como se señaló antes, se observaron cambios en la atención e impulsividad de los niños.

Ahora bien, el panorama antes descrito para la familia del niño con TDHA se modifica a partir del control de estos síntomas. Las modificaciones se dan en todas las áreas:

- a) **Se modifica la interacción:** el cese de las respuestas impulsivas o el aumento de la atención hacen que el niño pueda cumplir las consignas dadas por los padres, mejorando la interacción. El circuito negativo donde a conductas erradas correspondían respuestas negativas en un proceso sin fin, puede ser reemplazado por acciones exitosas que permiten la aparición de recompensas, de manera espontánea o como parte del Entrenamiento realizado.
- b) **Se modifica la epistemología familiar:** las creencias en torno a las “malas” intenciones del niño para con los padres o maestros, o las atribuciones de incapacidades entre los padres se modifican a partir de conocer la etiología del trastorno. La construcción: “*somos malos padres por eso no podemos controlar la conducta de nuestro hijo*”, es reemplazada por información científica que confirma la existencia de una base biológica en la problemática.
- c) **Se modifica la estructura familiar:** las fronteras hacia el mundo externo, sobre todo, con relación a la escuela pueden haberse cerrado, dadas las continuas experiencias de fracaso. Los padres pueden haber disminuido su interacción con la escuela e incluso con grupos de amigos por la conducta intolerable de su hijo. A partir del diagnóstico y tratamiento, la conducta mejora y los padres estarán más dispuestos a interactuar con amigos o a acercarse a la escuela. Asimismo, el acercamiento a la escuela deberá realizarse como parte del tratamiento, en la medida en que los padres deberán informar a los maestros el diagnóstico del niño y la etiología de la enfermedad. Esto permitirá a los docentes entender la falta de asertividad del niño sin atribuirle a cierta mala intención del niño o a su “mala conducta”. Esto permite mejorar la relación con el docente. Por otro lado, la desaparición del proceso de atribución de culpas entre los cónyuges puede permitir que se produzca una mayor cohesión en este subsistema, estableciendo una mayor diferenciación con relación al subsistema filial. Las fronteras pueden volverse más nítidas. Esta situación puede consolidarse por la participación de los padres en el Programa de entrenamiento a Padres. Esta es una ocasión para que el sistema conyugal vuelva a ser un refugio para ambos cónyuges, encontrando contención y apoyo.
- d) **Se modifica la autoestima del niño y la familia.** En la medida en que el niño produce más conductas asertivas, como consecuencia del aumento de su capacidad atencional, puede encontrar aspectos suyos de los cuales estar orgulloso. En la medida en que se reduce su impulsividad se verá menos expuesto a la puesta en marcha de conductas que lo lleven al fracaso, como las respuestas apresuradas en situaciones de examen. La disminución de estas situaciones contribuye a devolverle una nueva imagen de sí mismo, como alguien capaz de hacer las cosas bien, como otras personas. La autoestima mejora también como parte del entrenamiento sugerido a los padres, donde ellos serán un referente fundamental en esta construcción. En la medida en que se establece con el niño una comunicación diferente, que sigue una lógica de ida y vuelta, y no unilateralmente, en la medida en que los padres están atentos a sus palabras y que focalizan en sus valores positivos, la autoestima del niño mejora
- e) **Se modifica la evolución familiar.** En las familias que llevan mucho tiempo en búsqueda de respuestas a la conducta del niño y que han atravesado por el problema de la repetición escolar, pueden tener la sensación de un cierto estancamiento o cristalización, donde pueden pensar que la situación continuará de manera permanente y el niño seguirá siendo un niño eternamente. En la medida en que el tratamiento específico mejora la conducta el niño puede hacerse responsable de su propio comportamiento, al aumentar su atención puede independizarse de la mirada materna que teme que por su incapacidad para prever las consecuencias de sus actos, se exponga a situaciones de peligro. El tratamiento adecuado puede permitirle al niño, y luego al adolescente con TDHA, aumentar su autonomía. Pero en un primer momento el estar bajo un entrenamiento, como el entrenamiento a padres, puede hacerles pensar a las familias que la necesidad de refuerzo de la conducta será eterna, impidiendo la individuación y alejamiento del adolescente del sistema familiar. Este sigue siendo un punto de conflicto. Se trata de pensar hasta

dónde los padres pueden confiar en las modificaciones de conductas y logros adquiridos durante el tratamiento como para permitirles tomar la responsabilidad de su propia vida. Se trata de establecer el equilibrio entre el cuidado y el control excesivo.

Hasta este punto quedan demostrados los cambios ocurridos en la familia a partir del diagnóstico y tratamiento del niño con TDHA. Es primordial considerar que para que estos cambios se produzcan de manera exitosa, haciendo frente al complejo tratamiento, el diagnóstico debe ir acompañado de la Aceptación, sobre todo, de su etiología neurobiológica. **Diagnóstico y aceptación no siempre van juntos.**

Bibliografía consultada

- Barkley, R (1999), *Niños hiperactivos*, Buenos Aires, Paidós.
- Bernal de Quirós, G. (2000), *El síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*, en Joselevich E. (2000) comp., *El síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*, en niños adolescentes y adultos, Buenos Aires, Paidós.
- Boscolo, L Bertrando, P.(2000), *Terapia sistema individual*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Casullo, María Martina (1990), *El autoconcepto Técnicas de evaluación*, Editorial, Psicoteca Buenos Aires.
- DSM-IV (1995), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson, Barcelona.
- Erickson, E (1976), *Infancia y sociedad*, Paidós, Barcelona.
- Freud, S (1939), *Esquema del psicoanálisis*, Amorrortu TXXIII, Buenos Aires.
- Giusti, E (2000), *Programa de orientación y entrenamiento a padres de niños con ADD*, en Joselevich, E (2000).
- Gratch, L (2001), *El trastorno por déficit de atención*, Buenos Aires, Panamericana.
- Haley, J.(1991), *Terapia no convencional*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Heydl, P (2000), *Evaluación diagnóstica en el AD/HD*, en Joselevich, E. comp. Ob. Cit.
- Heydl, P, Quirós, G. (2000), *AD /HD Tratamiento psicofarmacológico*, en Joselevich, E comp. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad, Paidós, Buenos Aires.
- Joselevich, E. (2003), *AD/HD qué es, qué hacer*, Paidós, Buenos Aires.
- Kaplan, H Sadock, B (1987), *Compendio de Psiquiatría*, Segunda Edición, Masson, Buenos Aires.
- Kornblit, A. (1996), *Somática familiar. Enfermedad orgánica y familia*, Gedisa, Barcelona.
- Michanie, C. (2003), *Comorbilidad en el AD /HD*, en Joselevich E. comp. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad en niños y adolescentes, Paidós, Buenos Aires.
- Minuchin, S (1974), *Familias y terapia familiar*, Séptima Reimpresión, 1999, Gedisa, Barcelona.
- Minuchin, S.; Fishman, C. (1988), *Técnicas de terapia familiar*, Editorial Paidós, Barcelona.
- Rosan, A. Dr. Humberto Mesones Arroyo (1996), *Trastorno por déficit atencional con/sin hiperquinesia. Su tratamiento con precursores de las aminas biógenas cerebrales / ADHA* (Fundación para la investigación del Déficit Atencional e Hiperquinesia . Trabajo presentado en el VI Congreso Brasileño de Psiquiatría Clínica y Congreso de Psiquiatría Clínica del Mercosur, Curitiba, Brasil, 28 al 30 de agosto de 1997.
- Sampieri R (1988), *Metodología de la investigación Científica*. Segunda Edición, Mc Graw Hill, México.
- Satir, V (1988), *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*, Paix, México.
- Scandar, R (2003), *Padres y docentes un esfuerzo conjunto*, en Joselevich, E. AD/HD Qué es?, qué hacer?, Paidós, Buenos Aires.
- Scandar, R. (2003), *A.D/H.D y trastornos asociados o comorbidos*, en Joselevich, E (2003) AD/HD ¿Qué es, qué hacer?, Paidós, Buenos Aires.
- Sorrentino. A. M (1990), *Handicap y rehabilitación*, Paidós, Buenos Aires.
- Umbarger, C (1999), *Terapia familiar estructural*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Watzlawick , P (1981), *La realidad inventada*, Gedisa, Buenos Aires.
- Watzlawick P, Jackson D (1971), *Teoría de la comunicación humana*, Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.
- Wilens S; Biederman,J, Spencer,T y Gunawardene (2003), **"MGM study supports protective effect of stimulant treatment for ADHD Meta-analysis shows medication treatment decreases risk of future substance abuse"**, Boston- January 6, 2003, en <http://www.mgh.harvard.edu/news>

