

AVANCES E IMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO EN NIÑOS CON TRASTORNO DEFICITARIO DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Stephanie Orozco Castillo¹

Resumen

El trastorno de hiperactividad asociado al déficit de atención implica conductas desadaptativas, las cuales han sido ampliamente estudiadas; se diagnostica con síntomas de atención, impulsividad, falta de autocontrol y sobreactividad, lo cual desencadena ciertas características como: cortos periodos de atención, acción poco reflexiva e hiperquinesia, que interfieren en el buen funcionamiento escolar, problemas emocionales, familiares y sociales. En el presente texto se revisan algunos aspectos de la etiología, evidencias científicas respecto a dicha patología, tales como los aspectos genéticos, neurológicos y cognoscitivos. Finalmente se plantea la tesis del presente texto la cual está basada en los diferentes tipos de tratamiento, avances e implicaciones de los mismos, para así comprender los procesos y mecanismos de cambio en cada una de las intervenciones.

Palabras clave: trastorno deficitario de atención e hiperactividad, tratamiento, intervención, implicaciones.

Abstract

The disorder of hyperactivity associated with the deficit of attention, it implies a strange conduct widely studied, is diagnosed by problems of attention, impulsiveness, lack of self-control and hyperactivities, which unities certain characteristics as: short periods of attention, very slightly reflexive, action (share) and ADHD that interfere in the good school functioning, emotional, familiar and social problems. Here, the scientific evidence is reviewed, including its genetic, neurological and cognitive aspects. Finally there is the thesis of this text which is based on the different types of treatment, advances and implications thereof in order to understand the processes and mechanisms of change in each of the interventions.

Key words: treatment, assessment, intervention, attention deficit disorder and hyperactivity, processes, implications.

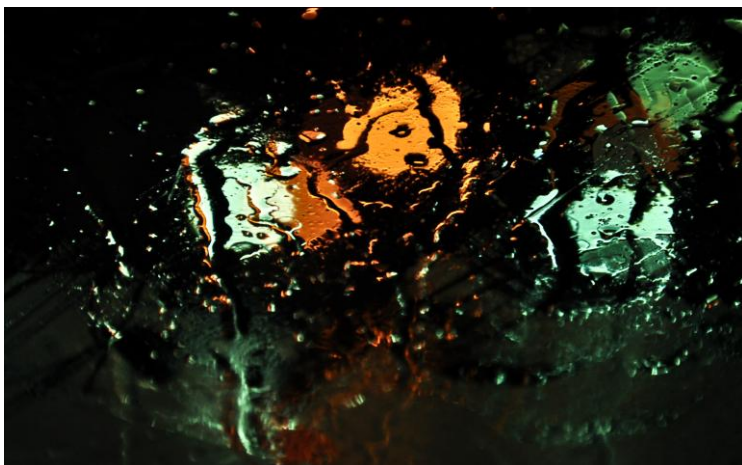
INTRODUCCIÓN

El presente ensayo surge a partir del trabajo realizado en el proyecto “Comparación de un tratamiento combinado y un tratamiento psicológico en niños diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad” del grupo Psicología Clínica y Procesos de Salud en la línea de “actores y escenarios del desarrollo infantil, contexto clínico”

de la Maestría en Desarrollo Infantil, la cual pertenece a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas del programa de Psicología de la Universidad de Manizales. Dicho proyecto está a cargo del profesor Juan Bernardo Zuluaga Valencia, se encontraba en una fase inicial y requería llevar a cabo una indagación teórica para formular un proyecto de investigación que indagara sobre el tema en mención.

La búsqueda de información para la conformación de un estado del arte y la confrontación de supuestos teóricos con las hipótesis propuestas para el proyecto, tuvo como punto de partida los resultados obtenidos por el profesor Zuluaga, en su tesis doctoral: “Evolución de la atención, los estilos cognoscitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico

¹ Psicóloga Universidad de Manizales. En la actualidad es estudiante de la Maestría en Psicología Clínica y Salud de la U. de los Andes; allí ha sido profesora joven y asistente de investigación en áreas como sexualidad humana y familia, además de dolor crónico y memoria emocional. Asimismo, es Psicóloga para el Ministerio de Telecomunicaciones y la Asociación para el Desarrollo Social-ANDES en Boyacá.



DANIEL OCAMPO RINCÓN

de trastorno deficitario de atención con hiperactividad, a través de una intervención sobre la atención”, en donde se plantea la inquietud por los tipos de tratamiento y la efectividad de los mismos, con lo que se posibilita una discusión al respecto y, particularmente, llevar a cabo nuevos estudios para determinar los puntos señalados por el autor. En este sentido, la tesis central de este texto alude a que el tratamiento multimodal es el más efectivo, teniendo en cuenta que la eficacia y efectividad de un tratamiento es relativa, y en este caso se ha encontrado que éste arroja mejores resultados en comparación con la intervención farmacológica, conductual, o la basada en intervenciones psicosociales, pues, éste estructura una intervención centrada en la creación de habilidades sociales, mejorar dificultades en el aprendizaje, intervenciones familiares, el control de la conducta oposicionista y realiza una intervención en la ansiedad/ depresión.

Para sustentar dicha tesis se desarrollarán los siguientes puntos: 1) trastorno por déficit de atención con hiperactividad, concepto y generalidades, 2) diferentes tratamientos diseñados para dicho trastorno, aquí se tendrán en cuenta las intervenciones diseñadas desde los diferentes

enfoques (cognitivo-conductual, comportamental, farmacológico y multimodal) avances y limitaciones de las diferentes intervenciones, 3) características del tratamiento multimodal, 4) implicaciones de los diferentes tratamientos en los procesos y mecanismos de cambio. Y para terminar se hará una breve conclusión sobre lo expuesto.

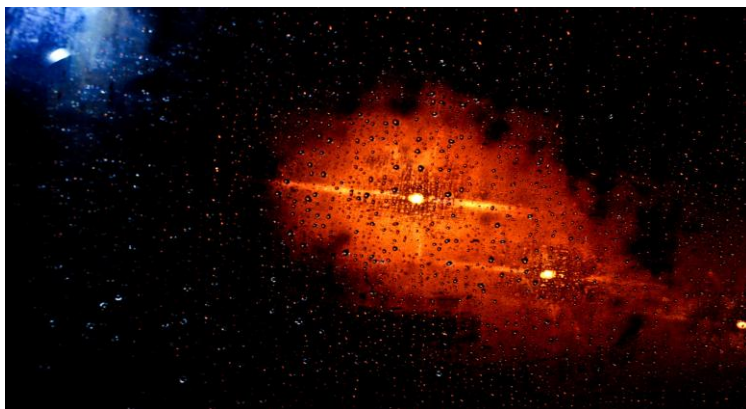
1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): CONCEPTO Y GENERALIDADES

El TDAH es un trastorno que en la actualidad ha tomado relevancia. Los estudios sobre esta patología se realizan desde hace un siglo, concretamente, a partir de 1902 (Velasco, 1980). Desde dicha época, se empezaron a implementar los primeros estudios de la sintomatología que presentaban algunos niños, al padecer un daño cerebral evidente y, subsecuentemente, Kahn y Cohen (1934, citados en Velasco, 1980) describieron un síndrome con alto grado de hiperactividad, incoordinación motora y con la liberación explosiva de todas las actividades

inhibidas. Sin embargo, el aspecto que más se afecta es la conducta, nombrando así a los niños con esta patología como “niños con lesión cerebral” (Strauss y Lehtinen, 1947 citado en Velasco, 1980), de lo que se observa cómo ha evolucionado a una “disfunción cerebral mínima”, olvidando la explicación psicoanalítica de represiones y frustraciones (Velasco, 1980).

Con base en lo anterior, existen varias definiciones de esta patología, y la que más se destaca es la de Barkley (1998, p.5) en la que se afirma que: el TDAH es un trastorno del desarrollo, caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Normalmente surge ya en la primera infancia, es de naturaleza relativamente crónica y no puede explicarse por ningún déficit neurológico importante, ni por otros de tipo sensorial, motor o del habla, sin que tampoco se detecte retraso mental o trastorno emocional grave. Estas características guardan una gran relación con una dificultad para seguir las conductas gobernadas por reglas y con problemas para mantener una formación de trabajo consistente a lo largo de periodos de tiempo más o menos largos.

Es así como “la disfunción cerebral”, puede producirse a partir de acontecimientos que antes no eran tomados en cuenta, como los que van desde el momento en el que se inicia la gestación: padecimientos infecciosos, anoxia en el útero, hemorragia cerebral, exposición excesiva a rayos x, factores perinatales: anoxia neonatorum y varios años después del nacimiento (Strauss y Lehtinen, 1947 citado en Velasco, 1980).



DANIEL OCAMPO RINCÓN

Al retomar los factores genéticos se puede decir que parece haber una alta consistencia de resultados en los genes relacionados con la dopamina, sea en el gen transportador (DAT1, en el cromosoma 5) como en un gen relacionado con su receptor (DRD4).

No existe consistencia absoluta de la implicación de los genes relacionados con la vía noradrenérgica. Por el contrario, sí se han encontrado otros genes que tendrían influencia en la presencia de comorbilidad como la depresión o la agresividad. Otras investigaciones, aunque no arrojen causas precisas, estiman que el trastorno sea heredado/ genética, estimando un promedio de heredado del 80%, diciendo así que los factores genéticos explican la diferencia en un 80%, (Faraone, Biederman, Weiffenbach, et al., 1999), existiendo también, la posibilidad que existan problemas en los aspectos bioquímicos, se han identificado alteraciones en la vía noradrenérgica, relacionada con el sistema atencional posterior y la vía dopaminérgica, relacionada con el sistema atencional anterior o de la atención sostenida, así como la presencia de bajos niveles de ácidos grasos omega 3 y omega 6. A pesar de los antecedentes, la gran mayoría de los niños no posee daño cerebral. (Faraone et al., 2005).

Asimismo, los estudios con gemelos univitelinos sugieren que la variabilidad de la sintomatología en el TDAH depende en un 75% de factores genéticos (Faraone et al., 2005), estimándose la herencia en cifras que oscilan entre 0,7-0,8%. Esta influencia genética parece afectar a la población general y no sólo a un subgrupo, de tal forma que pequeñas variaciones en el ADN, con poco efecto, incrementan la vulnerabilidad al trastorno en presencia de distintos factores ambientales.

Por otra parte, el cerebelo también se encuentra reducido. Todos estos datos apuntan a una alteración en la funcionalidad del lóbulo frontal con una baja actividad en el electroencefalograma (EEG), reducción de la actividad metabólica en el núcleo caudado derecho y déficit en el hemisferio derecho, donde se evidenciaron cambios en la estructura cerebral (Shaw et al., 2007 citado en Rodríguez 2010). De igual forma, en un estudio de comparación de la mielinización cortical se observó que los niños diagnosticados con TDAH muestran un retraso en dicha maduración, de más de dos años en áreas prefrontales; a esto se le atribuye la disfunción a la hora de inhibir entradas sensoriales y modulación de la actividad de los núcleos es-

tríados dando lugar a la hiperactividad. (Rodríguez, 2010). Igualmente Nigg (2005) propone que el daño en áreas frontales tiene influencia sobre las funciones cognitivas, lo que da origen a las características de este trastorno.

Por otra parte, Biederman, et al. (2002, citado en Zuluaga 2007) afirman que la diversidad psicosocial influye significativamente en la expresión de los síntomas del TDAH. De aquí la importancia de la aceptación de la hiperactividad como la descripción del comportamiento infantil, tal como lo mencionan Gaillard et al. (2004), pues se ha observado que la incidencia de este diagnóstico se ha ido incrementando año tras año (Barkley, 1997). Gaillard et al. (2004) señalan la importancia de un pronto diagnóstico y el diseño de un tratamiento oportuno, ya que existe la posibilidad de un trastorno asociado en una porción significativa de los casos diagnosticados con hiperactividad, en donde ésta, a su vez, enmascara otro tipo de alteraciones tanto del desarrollo como del funcionamiento intelectual, social y emocional.



DANIEL OCAMPO RINCÓN

Por último, Pelham et al. (2005) aclaran que la alteración de la atención es uno de los indicadores más importantes del TDAH, desencadenando problemas en el control inhibitorio de estímulos (internos o externos) manifiestas sobre todo por distractibilidad y desinhibición, dando lugar a dependencia del ambiente, desorganización de la conducta, hipercinesia, escaso juicio social, desinhibición sexual y ecopraxias, mientras que, otros autores manifiestan que el origen de los problemas del TDAH son la debilidad de los procesos ejecutivos, manifestados esencialmente por trastornos en la memoria del trabajo (Cornish et al., 2006).

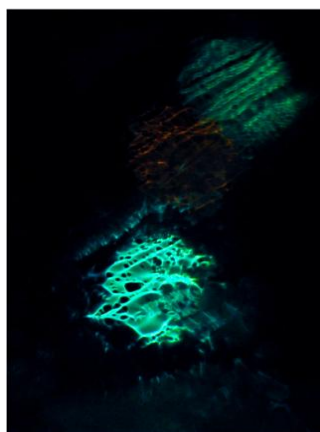
2. TRATAMIENTO

A partir de las aproximaciones dimensionales y causales del TDAH, se han podido formular y estructurar diferentes propuestas de intervención algunas basadas en la evidencia para ser mas parsimoniosas (farmacológico) y otras diseñadas desde las necesidades expuestas por el sujeto v.g. abordar los déficit psicosociales para comprender las áreas de ajuste de los niños y jóvenes diagnosticados con TDAH. Estas propuestas de intervención se han sometido a estudios de investigación y se han clasificado en: farmacológico, cognoscitivo-conductual, combinados, y los multimodales. (Jensen et al., 2001 citado en Santos 2010).

2.1. Diferentes tipos de intervención

2.1.1. Farmacológica

Los tratamientos con medicación han sido establecidos como la mejor opción para los individuos con TDAH, de todas las edades, pero este tipo de tratamiento no cubre



DANIEL OCAMPO RINCÓN

todas las necesidades y dificultades que se presentan en un cuadro clínico de un niño diagnosticado con TDAH. Estos no pretenden hacer modificación conductual o a nivel estructural, lo que logran es mejorar los síntomas de dicho trastorno (Brown, 2008). Este tipo de tratamiento puede incluir medicamentos estimulantes (v.g. metilfenidato), la dextroanfetamina y sales mixtas de anfetamina son la primera opción para el tratamiento del trastorno, que se ha utilizado desde hace dos décadas en preescolares y adolescentes. Logran mejorar la atención, reducir la impulsividad y los comportamientos disruptivos (Sclar, Skaer y Galin, 2004, citado en Brown, 2008); no estimulantes v.g. atomoxetina, reduce los síntomas del TDAH, aunque parece no ser tan efectiva como los estimulantes y trae más efectos secundarios (se discutirá en las limitaciones); antidepresivos v.g. tricíclicos y bupropion, son menos efectivos que los estimulantes y no están aprobados para el tratamiento del TDAH. Estos medicamentos se pueden dar en combinaciones para ayudar en los efectos secundarios y los trastornos comórbidos v.g. la clonidina, y un estimulante reduce la agresión en el TDAH y la conducta desafiante en el trastorno oposicionista desafiante.

Engaños Neuro Orgásmicos

PABLO ANDRÉS GÁLVEZ

Engaños neuroanatómicos, con las ganas muy mojadas, y las mentes conectadas.

Orgasmos generados por las búsquedas de engaño, por el brío de estar matando. Por la libertad que dan sus labios.

Neuronas entrelazadas con excusas bien montadas, con olvidos generados, con vidas ya dejadas, sentimientos impulsivos, de quienes se creen muy capaces, de quienes se esconden porque no tienen lugar:

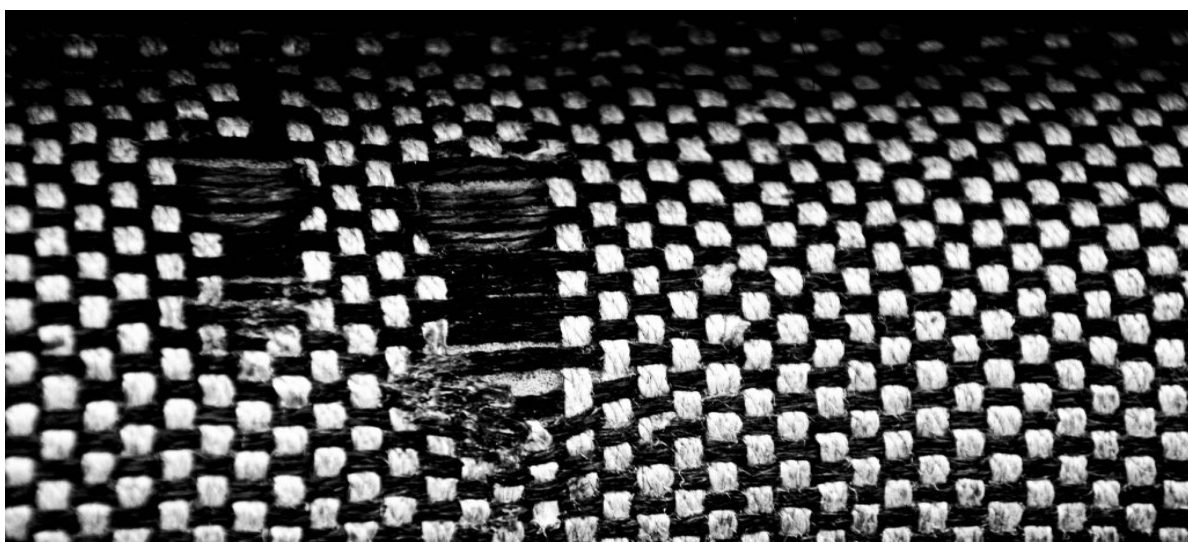
-“Ábrete bien las piernas que te voy a enseñar mi soledad”.

-“Méteme hasta el fondo tu infinita historia que ha destruido vidas”.

-“Chúpame los olvidos, los derramaré en tu cara y llenaré tu boca de fantasmas”.

-“Apriétame mis dos verdades: la que le cuento a él, y la que te cuento a tí, pellízcalas que me excita, destrózalas con tus dientes que igual no valen nada”.

Y llega la neurotransmisión, y se logran más orgasmos, vacíos, sí, pero cuando no se tiene nada, hasta el vacío llena el espacio.



DANIEL OCAMPO RINCÓN

La evidencia ha demostrado que los medicamentos estimulantes tienen un efecto moderado en la productividad académica, además se han observado las limitaciones de este tipo de tratamiento: a) no funciona igual en todos los niños y algunas veces no es suficiente, b) tiene más evidencia para intervenciones ingeniosas que a largo plazo (Brown, 2008; Miranda, 1999) c) efectos secundarios como: estimulantes, insomnio, reducción del apetito e irritabilidad; no estimulantes, náuseas, dolores de estómago, reducción del apetito.

2.1.2. Comportamental

Desde 1970 (Brown, 2008) se realizan un gran número de estudios sobre la efectividad de este tipo de intervenciones. En estos se ha encontrado que las intervenciones con este diseño son a corto plazo en comparación con la farmacológica, pues éste busca corregir manifestaciones, mientras el tratamiento conductual busca mejorar los síntomas con relación al funcionamiento escolar y relaciones familiares (Pelham et al. 2005).

Adicionalmente, los tratamientos comportamentales han involucrado a los padres/maestros en el proceso, buscan el entrenamiento en técnicas conductuales cuyos efectos se logran observar en la infancia y la adolescencia (Castel, 2011). Las técnicas enseñadas a los padres se deben extrapolar al aula de clase donde el objetivo es mejorar las habilidades de los padres/maestros para controlar el comportamiento de sus hijos en el hogar (v.g. seguimiento de reglas, disminuir conductas agresivas y desafiantes) y brindar conocimiento acerca del trastorno. Aquí es importante resaltar que los mejores resultados se han tenido con programas diseñados en intrasujetos que con programas diseñados para grupos (Pelham, 2005).

Ahora bien, las técnicas usadas están orientadas a la adquisición de conductas adecuadas, reducir o eliminar comportamientos no deseados y la extinción de las mismas, y éstas son posibles de identificar con el análisis funcional de cada conducta (Loro-López et al., 2009).

Este tipo de intervención también se utiliza cuando hay comorbilidad (Brown 2008) y es la más efectiva en problemas de agresión y conducta, incluso si se está en un aula de clase.

Pelham (2005) señala que las intervenciones en el aula de clase fueron objeto de investigación en las últimas tres décadas, y se ha encontrado que el reporte diario de conductas (DRC por sus siglas en inglés *daily report cards*) y el tiempo fuera de reforzamiento hacen parte de la intervención intensiva del TDAH (DuPaul, 2003 citado en Brown 2008). Barkley (2002) y Hallowell (2001) encontraron en sus investigaciones que los padres y educadores, que fueron entrenados en técnicas conductuales, mejoraron en la percepción del comportamiento del niño, hubo mayor control del comportamiento en el entorno natural, mejoró la interacción padres e hijos. En este orden de ideas, la evidencia ha demostrado que la mejor forma de intervención debe estar basada en el diseño del tratamiento, es

decir, individual o grupal, y los mejores resultados se observan en los diseños intra-sujeto (Pelham, et al., 2007 citado en Brown 2008). Asimismo, se encontraron limitaciones con este tratamiento a saber: no todos responden efectivamente a las técnicas, no existe evidencia en que los resultados se mantengan a largo plazo, y debe ser implementado en conjunto con padres y maestros. (Brown, 2008; Miranda, 1999)



DANIEL OCAMPO RINCÓN

2.1.3. Cognoscitivo-conductual

En los años 70 los tratamientos cognoscitivos cuestionan los resultados obtenidos por tratamientos conductuales, y empezaron a desarrollar tratamientos de orden cognoscitivo que tuvieron gran repercusión en el desarrollo teórico y la aplicación en el TDAH. Con el transcurrir del tiempo, las expectativas han disminuido (Loro-Lopez et al. 2009; Pelham, 2005; Miranda 1999) teniendo que combinar éstas con intervenciones conductuales (Pelham, 2005). Los métodos cognoscitivos se centran en mejorar la atención y los procesos cognitivos que regulan la conducta para lograr la autonomía. En esta parte es fundamental el trabajo de Vygotsky (1988). Zuluaga (2007) sostiene que al intervenir sobre la atención no sólo

ejerce cambios en la hiperactividad sino que produce cambios en la atención auditiva y visual, lo que logra impactar los estilos cognoscitivos, evolución y los índices de hiperactividad y, de esta forma, se impacta el rendimiento escolar. Meichenbaum (1971) desarrolló una técnica (autoinstrucciones) en donde el sujeto lo que busca es afrontar una tarea cognitiva: planificación, automonitoreo, y autocomprobación (Miranda, 2006) que ayuda a la adaptación escolar; al igual que con las técnicas de modificación conductual, las autoinstrucciones requieren de tiempo para lograr la interiorización de las técnicas y un entrenamiento previo a los padres. Otras técnicas son: entrenamiento en autocontrol y la estimulación cognitiva.

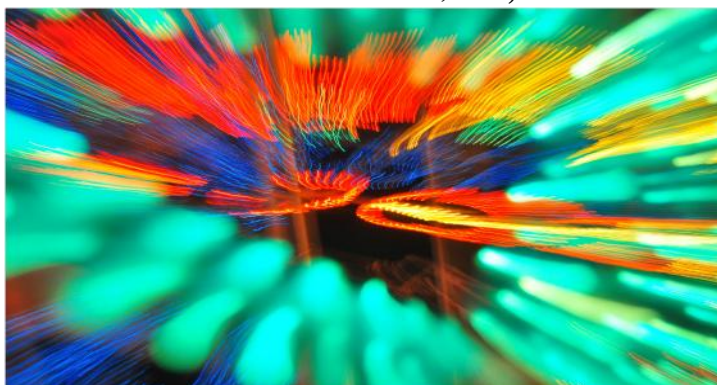
De esta forma, aunque las técnicas cognoscitivas-conductuales han desarrollado estrategias para que los niños diagnosticados con TDAH puedan ejercer control sobre su conducta, se han encontrado ciertas dificultades, pues no se ha logrado la generalización ni el mantenimiento de la mejora lograda con este tipo de tratamiento (Miranda 1999) y esto puede deberse a la descontextualización y el olvido del contexto escolar: “En la mayoría de las investigaciones no se ha implicado a los profesores y, cuando éstos han participado, no se

les ha suministrado el suficiente conocimiento sobre las técnicas cognitivas y/o conductuales que tenían que aplicar.” (Miranda, 1999: 186; Barkley, 1994)

2.1.4. Tratamiento combinado

Este tipo de tratamiento incluye medicamentos y terapia cognoscitiva-conductual; esto no quiere decir que los tratamientos se complementen, sino que manejan mejor las dificultades en el comportamiento del menor (Barkley, 2002). Es así como el entrenamiento a padres proporciona información sobre el comportamiento y la medicación ayuda al control de la agresividad o impulsividad. Estudios sobre las intervenciones de tipo combinado han demostrado que tiene características similares a la terapia conductual (Brown 2008) destacando el bajo uso de dosis de medicamentos para contrarrestar los efectos secundarios de los mismos.

La combinación puede ser más cara que la medicación sola (Herreros et al., 2002), pero puede ser también especialmente útil en niños que no toleran dosis altas del fármaco. Otros estudios han hallado que la modificación cognitivo-conductual o la modificación de conducta añaden poco o ningún efecto al tratamiento estimulante (Pelham et al., 2005).



DANIEL OCAMPO RINCÓN

Te... Para Siempre

PABLO ANDRÉS GÁLVEZ

“Suspiro de repente por tu olor,
por tus corrientes”

En verdad vivo perdido con tu
pelo y paisajes,

Las montañas que soñamos se
alejaron de un suspiro,

Y sembraste mil ciudades
donde estaba el paraíso.

Cada día pasando y el morado
va perdiendo,

El café que hay en tus ojos se
me va oscureciendo.

Odio el gris que te divierte, que
en tu alma no hay presente,
Que te extraño con los huesos y
me pierda en tus aromas por
momentos.

Hoy no creo que regreses, mas
tu olor hoy me mantiene,

Me da vida y me hace
sonreír por lo que fue lo más
feliz.

Ya no importa si los sueños no
son “nuestros”,

En mi alma y el amor,
siempre estarás en mis
recuerdos.

Te extraño para siempre.

Te amo para siempre.

Te sueño para siempre.

Te libero para siempre.

Te espero para siempre.

Te deseo para siempre.

Te cuido para siempre.

Te huelo para siempre.

Te pruebo para siempre.

Te veo para siempre.

Te toco para siempre.

Te escucho para siempre.

No me olvides,
aunque te vayas para siempre.

De esta forma, la medicación depende de su dosis, mientras que la modificación de conducta necesita de un uso sistemático de las técnicas; el resultado de su combinación difiere entre niños, y se debe tener en cuenta el funcionamiento individual para adecuar el tratamiento.

2.1.5. Multimodal

Ese tratamiento consiste en la implementación de intervenciones naturales donde se desarrolla la conducta del niño (Miranda, 2002). En esta línea Barkley (2002) ha desarrollado procesos en aulas especiales donde se utilizan técnicas de modificación de conducta, entrenamiento en autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales y en el control de la ira. En el medio clínico, los tratamientos multimodales pueden estar indicados para intervenir sobre condiciones comórbidas al TDAH o sobre síntomas que no han mejorado suficientemente con la medicación. (Herrero et al., 2002).

Se han realizado estudios de intervenciones con características experimentales, es decir, diseños en los cuales había un grupo control. Estos fueron controlados en programas especiales de tratamiento y han demostrado ser los más apropiados y efectivos, si se entrena a los padres y maestros en el manejo de la conducta, para lograr consistencias y el buen manejo de contingencias, en apoyo con Educación Especial.

Barkley (2002) denominó a este tipo de intervención Multimodal (UMASS/WPS por sus siglas en inglés) proyecto de temprana intervención para niños en edades escolares que cumplen con los criterios diagnósticos del TDAH (Barkley 2002, Jensen et al., 2007 citado en Ramsay 2008, 2010)

en donde las técnicas de modificación conductual, implementación de modificación de conducta en el aula escolar, entrenamiento en habilidades sociales y estimulación a la medicación (si se requiere) son fundamentales en el programa.

3. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL

Para los niños y jóvenes diagnosticados con TDAH se ha diseñado una intervención basada en la evidencia, llamada programa multimodal (CAMP por sus siglas en inglés). A este programa entran desde antes de los 8.5 años de edad, y está diseñado para tratar niños, jóvenes, padres y maestros en sesiones de 90 minutos semanales (Reddy, 2005).

- Entrenamiento a los padres en modificación de conducta: aquí se brinda información intensiva sobre el trastorno y se tiene un grupo de ayuda. Tiene como objetivo principal aumentar el conocimiento del TDAH, enseñar y mantener sistemáticamente el uso de técnicas conductuales en el hogar y la escuela, enseñar métodos eficaces para la expresión de la ira y el estrés, y mejorar la colaboración entre los profesores y los padres (Reddy, 2005,



DANIEL OCAMPO RINCÓN

- Barkley, 1998, Barkley, 2002, Brown, 2008)
- Implementación de las técnicas conductuales en el aula de clase: aquí se utiliza la tarjeta de metas, que consiste en un monitoreo constante del comportamiento en el colegio. Cada comportamiento tiene una base de puntos que debe ser cumplida, y si no se cumple no habrá refuerzo en la casa. (Hibbs, 1996)
- Entrenamiento en habilidades sociales: este apartado está diseñado para que los integrantes del CAMP puedan desarrollar habilidades sociales, manejo de la ira y estrés, autocontrol. Este programa para niños se basa parcialmente en el trabajo de la teoría del aprendizaje social y la habilidad de transmisión de los juegos cooperativos (Bandura 1973, Goldstein, 1988, Torbert's 1994, citados en Reddy, 2005)
- Utilización de medicación estimulante en algunos casos: Barkley (2002)
- Desarrollo apropiado de juegos (DAGs por sus siglas en inglés) (Reddy, 2005). Esta técnica empezó a estudiarse en 1978 por Reed et al. y ha sido revisada por otros autores como Barkley (1998). Consiste en la competencia para aumentar significativamente la motivación y el desarrollo de habilidades para el hogar, la escuela o los parques infantiles. Además, permite interactuar de forma natural con otros niños o adultos y aprender conductas adecuadas y habilidades para el contexto. DAG ayuda a mejorar la socialización de los

niños a través del grupo de contacto, aumentar la confianza en sí mismos a través de la aceptación del grupo, y proporcionar actividades de ocio y tiempo libre (Reed, Black, y Eastman, 1978 citados en Reddy 2005). Tratar a los niños en un contexto de juego del grupo natural también aumenta la probabilidad del mantenimiento y la generalización de los logros del tratamiento a través del tiempo (Hoag y Burlingame, 1997 citados en Reddy 2005).

3.1. Efectividad del tratamiento multimodal

Estudios experimentales aleatorizados revelan algunos resultados del programa. En estos se puede observar la mejora del estrés en los padres, progreso en la conducta problema del niño, la angustia interiorizada (es decir, la ansiedad y la depresión), y angustia social (principalmente en el colegio). También muestra cómo las capacitaciones a los niños, sobre conductas disruptivas y agresividad, mejoran las habilidades sociales y el estrés de los padres. (Reddy, 2005)

4. IMPLICACIONES DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS EN LOS PROCESOS Y MECANISMOS DE CAMBIO

Como se dijo anteriormente, este ensayo es el producto de la búsqueda

de información para la conformación de un estado del arte y la confrontación de supuestos teóricos con las hipótesis propuestas para el proyecto “Comparación de un tratamiento combinado y un tratamiento psicosocial en niños diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad”, el cual se encuentra en una fase final de desarrollo.

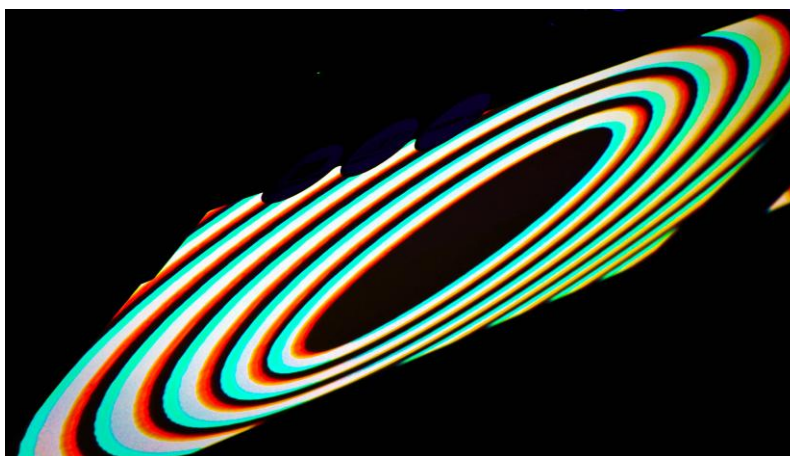
Si bien la literatura muestra que, tal como lo exponen Jensen et al. (2001 citados en Santos 2010):

“- La intervención farmacológica y combinada es más eficaz que aquella basada en la comunidad o conductual aisladas.

- La intervención combinada es más eficaz que la farmacológica o conductual o basada en la comunidad de forma aislada, para el tratamiento de las habilidades sociales, dificultades de aprendizaje, relaciones paterno-filiales, conducta oposicionista y ansiedad/depresión. (Intervención psicosocial)

- La disciplina y las actitudes paternas condicionan la respuesta en el tratamiento conductual y la terapia combinada”.

Zuluaga (en comunicación personal 11 de Septiembre de 2011) se plantea la inquietud por



DANIEL OCAMPO RINCÓN



DANIEL OCAMPO RINCÓN

los tipos de tratamiento y la efectividad de los mismos, con lo que se posibilita una discusión al respecto, y llevar a cabo nuevos estudios para determinar los puntos señalados por Zuluaga (2007). En este sentido, la tesis central de este texto aludía a hacer una revisión teórica y posteriormente dar cuenta de las dificultades observadas en la literatura y en la observación de campo que se realizó en la Clínica Atencional del Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro, de la ciudad de Manizales, encontrando que aunque hay evidencia considerable en todas las intervenciones en los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH, es posible observar ciertas limitaciones:

- Los tratamientos conductuales no funcionan igual para todos los niños y, a veces, no son suficientes. Esto puede deberse al grado de inatención del niño o por la sistematización de la implementación de las técnicas en el hogar por parte de los padres.
- Los tratamientos conductuales y médicos pueden ser más caros a corto plazo.
- Los tratamientos conductuales tienen efectividad pero esta se ve a largo plazo.

- Y existe la dificultad de capacitar a los padres, profesores, pues no todos tienen los mismos objetivos para el niño, y no todos los profesores están dispuestos a participar en el programa.

A pesar de que los tratamientos más comunes son los estimulantes (42%) y las intervenciones psicosociales (42%) (Brown, 2008) la respuesta al tratamiento puede variar según el patrón de uso; factores como el sexo, etnia, edad (Robinson et al., 2004, citados en Brown, 2008), cuestionando la funcionalidad de los diferentes tratamientos para todos los niños, especialmente cuando está relacionado con medicación. Frente a esto Brown et al. (1987) afirman que: “los niños afroamericanos pueden experimentar aumento de la presión arterial con el tratamiento con estimulantes” (p. 29). De igual forma, el tratamiento también se ve influenciado por la cobertura de los seguros médicos y el nivel socioeconómico de las familias.

La consideración mas importante en el tratamiento debe ser un análisis de riesgos y los beneficios asociados con el tratamiento de las dos modalidades (cognitivo conductual y farmacológico), el efecto que estos deben tener en los trastornos asociados, y las limitaciones que ya se presentaron en las modalidades de intervención, es decir, efectos secundarios de los medicamentos y

la falta de motivación intrínseca que producen los reforzadores. En este aspecto existe poca evidencia, es decir, existe documentación de efectos a corto plazo pero a largo plazo es poca; esto en cuanto medicamentos (Brown 2008, Gaillar 2004, Loro-López et al., 2009). Un estudio centrado en el uso del tratamiento conductual a largo plazo demostró que los resultados se mantienen en el tiempo, hasta dos años después del tratamiento (National Institute for Health and Clinical Excellence 2009); en ambos casos existe poca evidencia del tratamiento en adultos.

Frente a esta situación, existen cuestiones que en la actualidad no se han investigado, a pesar de ser importantes para la práctica clínica, v.g. la secuencia de las intervenciones en el TDAH, a saber, si se utiliza primero el medicamento, cuánto tiempo debe ser usado, en qué dosis, cuándo se debe empezar con la intervención conductual, cuánto debe durar, y cuándo se puede empezar con medicamento. Si tenemos en cuenta que el TDAH es un trastorno crónico (Miranda, 2002, 2006; Brown, 2008) el tratamiento debe ser largo; la pregunta principal sería ¿Cuándo parar? ¿El tratamiento debe ser modificado, cuándo? ¿Cuál debe ser el tipo de intervención en clase, médica conductual, más dedicación por parte del profesor? ¿Cómo



DANIEL OCAMPO RINCÓN



DANIEL OCAMPO RINCÓN

entregar información en las escuelas? Este tipo de preguntas, hasta el momento, han sido formuladas en otros estudios; se han diseñado protocolos de intervención, pero los componentes activos de éstos y los diseños metodológicos para la investigación, no logran el estatus para aportar la evidencia que se requiere en la consolidación de las propuestas de intervención (Galvis, 2011). De igual forma, al no identificar los componentes activos, y al no cambiar los diseños metodológicos, nuevas inquietudes surgen. Asimismo, los padres en algunas ocasiones no son realistas con el tratamiento y esto deja en evidencia el abandono del tratamiento porque los cambios no son simultáneos en diversas situaciones o lugares.

5. CONCLUSIÓN

No existen test biológicos para el diagnóstico del TDAH, lo que dificulta su diagnóstico, y ha llevado a errores en su categorización, donde la evaluación apunta a la aplicación de escalas a padres y profesores.

Partiendo de esto, es importante empezar a utilizar la observación y la realización de Análisis Funcional de la Conducta para una mejor decisión clínica, y de esta forma entrar a modificar conductas concretas que permitan optimizar el trabajo en casa y el colegio; asimismo, se deben tener en cuenta factores contextuales v.g, estrato socioeconómico, edad, grado de escolaridad, para lograr una mejor evaluación ideográfica. De esta forma se garantiza la buena utilización de las técnicas cognoscitivas-conductuales y, posteriormente, una evaluación centrada en el tratamiento y el seguimiento de los resultados de la intervención.

Con base en los puntos mencionados, es necesario revisar ciertas investigaciones con el fin de reducir costos económicos y temporales y, para esto es necesario considerar nuevos diseños de investigación como lo son los ensayos clínicos aleatorizados como el estándar dorado en la constitución de la mejor evidencia.

Asimismo, realizar evaluaciones sistemáticas de cada una de las intervenciones, en el área de la psicología clínica, pues brindan datos importantes para la investigación, como las bases de datos para realizar estudios comparativos en edades, tiempo y razas.

El tratamiento multimodal tiene como principal objetivo el control de los síntomas y la comorbilidad asociada y, aunque en la actualidad existan alternativas para el tratamiento, se debe insistir en la individualización de éste, ya que hasta la fecha no existe un tratamiento universalmente eficaz. Por último, la complejidad del trastorno requiere una intervención multimodal y de multicomponentes (clínico, social y educativo), pues es necesaria una estrecha comunicación con otros profesionales de la salud y la familia de cada niño con diagnóstico de TDAH.



DANIEL OCAMPO RINCÓN

Referencias

- Barkley, R. (1994) *Impaired delayed responding: a unified theory of attention deficit hyperactivity disorder*. In Routh DK, ed. *Disruptive behavior disorder in childhood: essays honoring Herbert C Quay*. New York: Plenum, p. 11-58
- Barkley, R., Murphy, K. y Bauermeister, J. (1998). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Estados Unidos de América: Guilford Publications. pp. 5- 17
- Barkley, R. (2002). Psychosocial Treatment for attention/deficit disorder in children. *Journal of clinical psychiatry*; 63 Suppl 12:36-43
- Brown, R., Antonuccio, D., DuPaul, G., Fristad, M., King, C., Leslie, et al. (2008). *Childhood mental health disorders: Evidence base and contextual factors for psychosocial, psychopharmacological, and combined interventions*. Washington, DC: APA, XII, 207 pp.

- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI editores.
- Castel, A., Lee, S., Humphreys, K. y Moore, A. (2011). Memory capacity, selective control, and value-directed remembering in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropsychology American Psychological Association*, 25(1), 15–24 DOI: 10.1037/a0020298
- Delgado, I (s.f). *La familia como coterapeuta en el tratamiento del niño(a) con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Una perspectiva desde la modificación de la conducta
- Faraone, S.V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention deficit/ hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-23
- Galvis, E. (2011). *Mecanismos y procesos de cambio: Una condición necesaria para la práctica basada en la evidencia*. Texto inédito realizado en la maestría en Psicología clínica y de salud. Bogotá: U. de Los Andes
- Gaillard, F., Quartier, V. y Besozzi, G. (2004) Más allá de la hiperactividad: Un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la U. de Lausanne. *Revista Argentina de Neuropsicología* 2, 15-25. Versión electrónica: http://www.revneuropsi.com.ar/pdf/Hiperactividad_Gaillard.pdf
- Herrero, O., Sánchez, F., Ajoy, M. y García, R. (2002). Evaluación de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad/ trastornos hiperquinéticos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*; 19 (4): 199-214
- Hibbs, D. (Ed)., Jensen, P. (Ed), (1996). Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice, (pp. 341-369). Washington, DC,: APA, XXI, 761 pp. doi: 10.1037/10196-014
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., et al. (2009). Actualización en el tratamiento del TDAH. *Rev neurol* 49 (5), 257-26
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A measure of developing self control. *Journal of abnormal psychology*, 77, 115-126.
- Miranda, A., Jarque, S. y Soriano, M. (1999). TDAH: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Rev neurol* 28 (Supl 2), S 182-S 188
- Miranda, A., García, R., Presentación, M. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev neurol*; 34 (Supl 1), S91-S97
- Miranda, A., Jarque, S. y Tárraga, R. (2006). Interventions in school settings for students with ADHD. *Exceptionality*, 14, 35-52. Versión electronic. Recuperado el día 25 de Agosto de 2011 de: http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr_727/a_9885/9885.html
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. Recuperado el 25 de Agosto de 2011 de : http://lpc-bw.de/archiv/news_2009/pdf/090803_adhd_guideline.pdf
- Nigg, J. T. (2005). Neuropsychologic theory and findings in attention-deficit/hyperactivity disorder: The state of the field and salient challenges for the coming decades. *Biological Psychiatry*, 57, 1424 –1435.
- Pelham, W. E., Fabiano, G. A. y Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Clin Child and Adolesc Psyc*, 34, 449-476.
- Ramsay, J. Russell, (2010). *Nonmedication treatments for adult ADHD*: Evaluating impact on daily functioning and well-being, (pp. 37-58). Washington, DC.: American Psychological Association, xi, 236 pp.
- Reddy, L. (Ed)., Files-Hall, M. (Ed)., Schaefer, C. (Ed), (2005). Empirically based play interventions for children, (pp. 145-167). Washington, DC.: APA, XVIII, 310 pp. doi:10.1037/11086-009
- Rodríguez, F. (2010) El TDAH: Causas e implicaciones para el tratamiento. *Psicología Educativa* 16(1), 31-40. ISSN: 1135-755X - DOI: 10.5093/ed2010v16n1a3
- Servera, M., Bornas, X. y Inmaculada, M. (2000). *Psicología Clínica*. Cap. 4 Hiperactividad infantil: conceptualización evaluación y tratamiento. Barcelona: Pirámide.
- Velasco, R. (1980). El niño hiperquinético. 2ª ed. México: Trillas, p. 29-38
- Vygotsky, L. (1988). *El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*. Cap. 6: Interacción entre Aprendizaje y Desarrollo. México: Grijalbo.
- Zuluaga, J.B. (2007). *Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños con diagnóstico de TDAH, a través de una intervención sobre la atención*. (Disertación doctoral, U. de Manizales- CINDE, 2007) base de datos doctorales. T616.858 9 z 94