

Más allá de la hiperactividad: Un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne

François Gaillard, Vincent Quartier, Giada Besozzi

Instituto de Psicología, Universidad de Lausanne, Suiza

Resumen

La aceptación de la hiperactividad representa un verdadero avance en la investigación y la descripción del comportamiento infantil. Esta patología no es un invento neuropsicológico ni psiquiátrico. Recién en los años noventa aparecieron en nuestra clínica quejas acerca de la hiperactividad como una entidad nosológica. Para nuestra sorpresa, durante esa década, la incidencia de la misma fue creciendo año tras año.

Como todos los niños que son derivados a nuestra unidad de trastornos de aprendizaje, los niños en edad escolar derivados por hiperactividad fueron sometidos a un profundo examen psicológico y neuropsicológico. En 2002 decidimos analizar retrospectivamente nuestros archivos, con dos preguntas en mente. En primer lugar, si un detallado estudio psicológico y neuropsicológico confirma en todos los casos el diagnóstico de hiperactividad. En segundo lugar, qué clases de comorbilidad aparecen en los casos confirmados y en los no confirmados.

Los resultados demuestran que, en una proporción significativa de casos, la hiperactividad enmascara alteraciones más profundas del desarrollo y el funcionamiento intelectual, emocional, vincular y social. Revelan, además, que la posibilidad de hiperactividad es aceptada demasiado rápida y fácilmente por los profesionales. Aún en aquellos casos en que la hiperactividad fue confirmada, invariablemente se encontró comorbilidad. En muchos de los casos comprobamos que se adoptó un tratamiento farmacológico que de algún modo justificaba la incapacidad de recurrir a otras clases de exámenes o tratamientos, que hubiesen sido adecuados para esos niños en particular.

Palabras clave: hiperactividad, ADHD;comorbilidad, neuropsicología infantil, clínica psicológica.

Abstract

The recognition of hyperactivity represents a genuine advance in the investigation and description of childhood behaviour. The condition is not a neuropsychological or psychiatric invention. Complaints about hyperactivity as a nosological entity only appeared in the 1990s in our clinic. To our surprise, the incidence progressively rose year after year during that decade. We submitted schoolchildren referred for hyperactivity to an in-depth psychological and neuropsychological examination, as with every child sent to our educational unit. In 2002 we decided to look retrospectively at our case file with two questions in mind. Firstly, does a thorough psychological and neuropsychological examination always confirm hyperactivity? Secondly, what kind of comorbidity do we find in confirmed and non-confirmed cases of hyperactivity?

The results show that, in a significant proportion of cases, hyperactivity serves as a mask that conceals deeper disturbances of intellectual, emotional, relational and social development and functioning. They further show that the possibility of hyperactivity is accepted too quickly and too readily by practitioners. Even in those children in whom hyperactivity was confirmed, comorbidity was almost invariably present. In numerous cases we noted that the transition to drug treatment somehow appeared to justify the failure to resort to other types of examination or treatment which we believe would have been indicated for the particular child.

Key words: hyperactivity, ADHD, comorbidity, child neuropsychology, psychological clinic

Colaboraron en esta investigación: Dra. Florence Mayer y Lic. Evelyne Cardonnens.

Correspondencia para el autor: fgaillard@ip.unil.ch

1. Introducción

Si bien el síndrome de hiperactividad ha sido incorporado recientemente a la psiquiatría infantil, este término se refiere a un tipo de comportamiento perturbador que siempre fue estigmatizado con los términos de agitación, inestabilidad psicomotriz e hiperkinesia. Como neuropsicólogos, nos gustaría subrayar que los términos “psicomotriz” e “hiperkinesia” remiten a un comportamiento *motor*, mientras que a nuestro juicio, el componente psicológico, caracterizado por los problemas de atención y la excitación de las ideas, justifica la identificación de un síndrome psicológico aparte, en el cual el componente motor es solamente la manifestación exterior.

El Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad o TDAH se ha convertido en una “epidemia”, dada la multiplicación de casos y el consiguiente aumento de publicaciones sobre el mismo. Si consultamos MEDLINE o PSYCLIT, encontraremos unos 4000 artículos publicados anualmente sobre el tema (Lussier y Flessas, 2001). También en nuestra clínica los médicos, pediatras, padres y maestros han notado un aumento de derivaciones por TDAH en los últimos tiempos.

La prevalencia de la hiperactividad es difícil de establecer. Encuestas llevadas a cabo en los Estados Unidos sostienen que el nivel fluctúa entre el 3 y el 10 por ciento de los niños en edad escolar (Barkley, 1997). Nos parece que la última cifra es muy exagerada y probablemente corresponda al total de los niños con trastornos de comportamiento. Mundialmente se observa que el número de niños supera al de niñas con hiperactividad en una proporción de tres a una. En un sentido amplio, la hiperactividad perturba fundamentalmente el funcionamiento social del niño. El DSM-IV clasifica la hiperactividad como un trastorno del comportamiento y también menciona problemas sociales, como oposicionismo con provocación. El ICD-10 otorga mayor importancia a los problemas emocionales en la hiperactividad. Sin embargo, la gente se pregunta si el TDAH es una entidad patológica individual o si forma parte de un trastorno de desarrollo social y emocional más amplio. El TDAH forma parte de un grupo de síndromes que se encuentran bajo sospecha por parte de la ciencia, ya que depende en gran medida de la imagen deseada que se tiene del niño y del umbral de tolerancia respecto de la desviación comportamental que aceptan educadores, padres y maestros.

Aunque no pretendemos ser los únicos árbitros del diagnóstico, podemos observar las demandas respecto del tema de la hiperactividad y nos damos cuenta de que el tema está sujeto a las variables de distintas culturas, tanto médicas como relativas a los medios de comunicación. En lo referente a las culturas médicas, se sabe que las actitudes son diferentes de un lado y del otro del Atlántico. En los trastornos comportamentales más permanentes y severos existe un componente genético, cuya incidencia se encuentra ampliamente documentada en los Estados Unidos y causa problemas en las familias europeas, que a veces exigen investigaciones genéticas imposibles. Otros, en cambio, pretenden que el entorno acepte al niño tal como está determinado genéticamente, ya que es así por naturaleza.

La hipótesis neuroquímica, que supone una disfunción de las conexiones fronto-estriadas, ya sea de origen anatómico o funcional, (Tannok, 1998; Pliszka et al. 1996) es utilizada como justificación para el uso del tratamiento farmacológico (en particular la Ritalina, un psicoestimulante que activa las redes inhibitorias del comportamiento). Si bien esta hipótesis sigue siendo interesante desde un punto de vista heurístico, tiende a considerar a toda la corteza como un órgano reflejo del lóbulo frontal, en lugar de verla

como el centro de control del comportamiento social, que también se ocupa de las respuestas al medio ambiente.

Desde otra perspectiva, los psiquiatras infantiles suelen adoptar una hipótesis psicógena, enfatizando el carácter general de los trastornos de ansiedad y los problemas de aprendizaje de los casos de TDAH que tratan (Ménéchal, 2001).

Nos preguntamos entonces: ¿Existe la hiperactividad como una patología primaria, sin ninguna clase de comorbilidad, ya sea neurológica o psiquiátrica? Como especialistas europeos, creemos que este síndrome, tal como se lo presenta en su forma “epidémica” no es una enfermedad en sí mismo. En consecuencia, nos resulta difícil comprender la opinión de Lussier y Flessas (2001), quienes sostienen que la comorbilidad es un hecho aceptado en los Estados Unidos, mientras que “en Europa, el diagnóstico se reserva para los casos de TDAH sin ninguna otra complicación o comorbilidad” (p. 328). Creemos, muy por el contrario, que el nivel de suspicacia y la perspectiva que tiene en cuenta una gran variedad de etiologías están más difundidas en Europa que en Norteamérica.

Respecto de la difusión masiva creemos que los especialistas, la industria farmacéutica, los educadores (padres y maestros) y todos los medios de comunicación comparten la responsabilidad de esa “epidemia” que rodea a la nueva entidad patológica.

El objetivo de este artículo es investigar qué sucede con las consultas por hiperactividad, a la luz de observaciones psicológicas, entrevistas, revisión de historias clínicas, pruebas y, finalmente, conversaciones con los pacientes y sus familias. Quisimos revisar los archivos de los casos registrados entre 1997 y 2001, ya que en ese período observamos un incremento en las derivaciones por hiperactividad. También añadimos la información sobre expectativas, medicación, resultados de tratamientos y comorbilidad.

2. Método

Sujetos

Revisamos las 200 historias clínicas más recientes de la Clínica de Día para niños y adolescentes del Departamento de Psicología de la Universidad de Lausanne, Suiza y las analizamos con la ayuda de un cuestionario estándar que fue completado por cada investigador. Además de ofrecer servicios a la comunidad, esta clínica de día se dedica a la formación de estudiantes universitarios. Por esta razón, los archivos, si bien son pocos en relación con los que tiene una clínica dedicada a la práctica de la psicología, están bien documentados. Además, las historias clínicas están cuidadosamente controladas y las evaluaciones del desarrollo son completas. Los datos almacenados se procesaron con métodos estadísticos descriptivos. El caso más reciente databa del otoño de 2001, mientras que el más antiguo llamó nuestra atención por primera vez en 1997.

Procedimiento

En el caso de que la derivación no hubiese sido específicamente por TDAH, el examen psicológico consistió en la observación del desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño o adolescente. En el caso de derivaciones específicas (por ejemplo, solicitud por parte del médico de un examen previo a la medicación) se complementó el examen psicológico tradicional con una investigación neuropsicológica de las funciones relacionadas con la atención y la función ejecutiva. Estamos de acuerdo con Lussier y

Flessas (2001) en que “el neuropsicólogo evalúa desde una mejor perspectiva la severidad del déficit de atención y su impacto potencial sobre el aprendizaje.” (pp. 328-329).

2.1. Resultado 1. Historia

Incidencia

En 30 de los 200 casos (15 %), se mencionaba la hiperactividad en la orden de derivación oral o escrita previa a la primera entrevista o durante la primera entrevista. La descripción estadística que se detalla a continuación corresponde a estos 30 casos.

Distribución por sexos

La proporción fue de cinco varones por cada niña.

Edades

Los treinta casos con presunta hiperactividad tenían una media de 10.3 años de edad, con un desvío estándar de 2.5 (muestra completa: media: 9.7, desvío estándar: 3.3). El paciente más pequeño tenía 5 años y el mayor, 14 años de edad (muestra completa de las consultas: de 2 a 23 años). Aunque no había diferencia de edades entre el grupo con presunta hiperactividad y la muestra completa, pudimos observar que todos los niños del primer grupo estaban en edad escolar.

Expectativas de los padres

Las expectativas de los pacientes estaban muy divididas: el 37% estaban conformes con los resultados del examen psicológico y, o bien buscaban un diagnóstico que les pareciera más certero (13%), o bien demandaban una solución para el problema educativo de sus hijos (24%). Por el contrario, el 30% no solicitaba algo nuevo, sino que se limitaba a cumplir con los consejos que se les habían dado. El 13% era claramente escéptico tanto respecto de la hiperactividad, como de lo que podía ofrecerles la evaluación psicológica. El último quinto de los padres daba múltiples respuestas, que iban desde la sorpresa a la desconfianza o la impaciencia. Si bien nos llamó la atención la militancia de algunos padres, que eran miembros de la Asociación de Padres de Niños Hiperactivos y que, por ejemplo, hacían sus propios diagnósticos basados en cuestionarios, la realidad es que la mayor parte de los padres no se mostraban muy entusiasmados con la idea de un diagnóstico de hiperactividad.

El origen de la idea de hiperactividad

En la mayor parte de los casos, el primero que insinuó el diagnóstico fue el médico pediatra. En un tercio de los casos, fueron los padres o sus amistades, informados por los medios de comunicación. En la gran mayoría de los casos (80%) los padres describieron varios tipos de problemas de conducta diferentes y persistentes. El fracaso escolar no apareció necesariamente, pero se vio que afectaba a un 40% de los niños y adolescentes. Un porcentaje parecido (37%) evidenció problemas en el desarrollo de las habilidades sociales.

Medicación

En el momento de la primer consulta, un tercio de los niños no tomaban Ritalina. En los casos en que sí la tomaban, generalmente indicada por el médico a pedido de los padres, los resultados subjetivos que pudieron apreciarse fueron los siguientes. Desde el

punto de vista de los niños mismos, un cuarto de ellos sentía que el tratamiento los hacía sentirse más felices. La mitad no percibía efectos y la otra cuarta parte oscilaba entre la duda, la indiferencia y los efectos negativos.

En el caso de los maestros, se registraron dos tipos de respuestas. En aproximadamente la mitad de los casos, opinaron positivamente, en el sentido de haber apreciado una mejoría en el comportamiento de los niños. La otra mitad de los maestros manifestó ausencia de efectos (no observaron diferencias o se mostraron indiferentes). Fueron escasas las opiniones negativas (cambios de comportamiento opuestos a los deseados) por parte de los docentes.

Finalmente, fueron los padres quienes expresaron opiniones más favorables respecto de los efectos de la Ritalina. Casi dos tercios de los padres notaron una mejoría en la conducta de los niños que recibían la medicación. Una cuarta parte no percibió efecto alguno. Una pequeña minoría no opinó y fue relativamente indiferente respecto de la prescripción del medicamento.

Desarrollo comportamental y físico

Las historias evidenciaron la existencia de trastornos del desarrollo y factores de riesgo en la primera infancia en dos tercios de los casos. En casi la mitad de los casos (43%) se observaron problemas de conducta tempranos y trastornos del sueño, como así también presencia de rasgos típicos de la presencia de TDAH. En un 23% de los casos se observaron como factores de riesgo distocia, un problema de salud desde el nacimiento, y prematurez en los casos de mellizos. Sólo en un tercio de las historias no aparecían problemas en la primera infancia.

Situación y dinámica familiares

En la muestra no había un exceso de representación de extranjeros o hijos de extranjeros: el 83% de los pacientes eran suizos, habían nacido en Suiza y se habían criado en un entorno de habla francesa.

Tampoco se observaban rasgos particulares en el estado civil de los padres: el 90% convivían con ambos padres, casados entre sí.

Respecto de la relación madre-hijo, en la mitad de los casos se observó una relación de mutua dependencia y de sobreprotección del niño. Sólo en una cuarta parte de los casos no hubo observaciones particulares el respecto. La cuarta parte restante corresponde a relaciones particularmente complejas. Estas se caracterizaban por ansiedad materna, rechazo, agresión mutua y conflictos frecuentes. Cabe señalar que las madres eran las más involucradas en la necesidad de integración social y escolar de sus hijos con trastornos de conducta.

Respecto de la relación padre-hijo, salvo en aquellos casos en los cuales el profesional no registró nada fuera de lo habitual (40%), el rasgo dominante fue una actitud de separación, desapego y distancia, consecuencia de la incapacidad paterna para tolerar la situación (25% de los casos). Algunos padres se mostraron incondicionalmente de acuerdo con las madres (15%), mientras que otros abierta y directamente sancionaban el comportamiento del niño (10%) y de los maestros (10%).

También analizamos, en entrevistas con los padres, el tipo de educación que se brindaba a los niños. En un tercio de los casos no fue especificada. En los otros dos tercios, predominaba una educación demandante, muy religiosa y controladora (27%). No era frecuente un tipo de educación sobreprotectora (15%). Los niños educados sin restricciones ni límites solamente ascendían al 10%, según los datos aportados por los padres. Esto podría sorprender a aquellos que piensan que una educación libre y sin

límites es una posible causa de aparición de trastornos de conducta. Sin embargo, de nuestra observación surgió que, por el contrario, una educación con control excesivo está hasta algún punto asociada con la queja de hiperactividad por parte de los padres.

También se controló la salud mental de cada uno de los padres. Tal vez por su mayor apertura, o por la presencia de sentimientos de culpa, las madres fueron más proclives que los padres a expresar sus propias dificultades.

Algunas de las madres parecían sentir un gran peso por su responsabilidad para con los hijos y manifestaban que les resultaba muy difícil tolerar esa situación dolorosa. Además, se quejaban de ansiedad y agotamiento. Ciertas madres del grupo estaban haciendo psicoterapia. En orden de importancia, los problemas que referían se relacionaban con una historia personal difícil y, en segundo término, con problemas físicos diversos tales como problemas diversos de salud y depresión endógena. Finalmente, algunas madres se culpaban de inmadurez respecto de su maternidad y reconocían que abordaban las relaciones de una manera ambigua y dependiente.

Sólo en algunos casos aislados los padres manifestaron este tipo de rasgos. Ninguna de las categorías aplicables a las madres fue aplicable a más de un padre.

Finalmente, intentamos integrar la información relativa a la vida de los padres como pareja. Si bien en la mitad de los casos las parejas no manifestaron nada “fuera de lo normal”, un 20% reconoció la existencia de tensiones importantes, discusiones y violencia conyugal. También se pudieron apreciar relaciones patológicas en el 7% de los casos. Sólo en casos aislados se observó la existencia de terapia de pareja, mediación y separación. Sin embargo, debemos evitar las generalizaciones y no podemos afirmar que, en general, los problemas de pareja sean origen de problemas de conducta.

Progreso académico del niño

La mayor parte de los niños y adolescentes asistían regularmente a la escuela. Dos tercios seguían la curricula habitual para su edad. Un niño estaba, inclusive, un año adelantado. Sin embargo, una cuarta parte de los niños (23%) requirieron su inclusión en escuelas especiales o en clases poco numerosas.

En varios de los niños presuntamente hiperactivos, los problemas de conducta iban de la mano con trastornos específicos de aprendizaje: la dificultad más frecuente era el trastorno de la escritura (17% de los casos). En segundo término, aparecieron los trastornos generales del lenguaje escrito y la aritmética (13%). En algunos casos aislados se registraron niños con problemas de desarrollo del lenguaje (síntomas de disfasia) y también se detectó un niño con un trastorno visuo-espacial (síntomas de dispraxia).

2.2. Resultados 2. Observación

Síntomas y signos de TDAH

Pocas veces se observaron síntomas de inquietud durante las consultas (17% de los casos). Tampoco fueron frecuentes la impulsividad ni los síntomas clínicos de problemas de atención (13% en ambos casos).

Atención

Las pruebas psicológicas y neuropsicológicas de atención fueron ligeramente más sensibles que la observación directa y mostraron problemas objetivos en menos de la cuarta parte de los casos (23%).

Pruebas cognitivas y aprendizaje académico

Respecto del nivel de desarrollo intelectual y del aprendizaje, la escala de Wechsler (WISC II) y la de Kaufman y Kaufman (K-ABC) arrojaron resultados normales en dos tercios de los casos.

Las pruebas que resultaron más sensibles para detectar las dificultades de los niños con presunta hiperactividad se enumeran en la Tabla 1, clasificadas por categorías. También se indica el porcentaje de casos que experimentaron fallas en las mismas (como mínimo un desvío estándar por debajo de la media).

TABLA 1. Pruebas sensibles, ordenadas por porcentaje de fracaso.

Habilidad Evaluada	Prueba	Porcentaje de Fracaso
Lectura – decodificación	K-ABC	33 %
Evocación de números	K-ABC y WISC III	25 %
Memoria espacial	K-ABC	24 %
Orden de palabras	K-ABC	22 %
Aritmética	K-ABC y WISC III	19 %
Praxias constructivas	K-ABC y WISC III	19 %
Codificación	WISC III	19 %
Movimientos manuales	K-ABC	18 %
Desarrollo oral / verbal	K-ABC y WISC III	18 %

Los déficits que se observaron con mayor frecuencia fueron dificultades en la decodificación de la lectura y en la evocación inmediata, ya fuese verbal (evocación de números, orden de palabras) o visuo-espacial (memoria espacial).

Sin embargo, si nos remitimos a escalas que permiten determinar un cociente de desarrollo, sólo la quinta parte de los alumnos derivados por hiperactividad obtuvieron un puntaje inferior al normal (más de un desvío estándar por debajo de la media), y sólo en relación con el desempeño en la escala de ejecución de Wechsler. También cabe señalar que los resultados fueron en general equilibrados, con tantos puntajes altos como bajos.

En síntesis, el panorama cognitivo no corresponde al de un déficit intelectual, sino al de ciertas dificultades de aprendizaje, particularmente de la lectura, acompañadas por los trastornos de atención que se evidencian en las pruebas de evocación inmediata.

2.3. Opinión diagnóstica

Teniendo en cuenta la muestra revisada, y aplicando estrictamente los criterios del DSM-IV (APA, 1994), se pudo confirmar el diagnóstico de hiperactividad sólo en cinco de treinta casos (17%).

Diagnóstico de co-morbilidad

Para investigar la comorbilidad en la hiperactividad y determinar posibles diagnósticos alternativos enumeramos a continuación todos los posibles diagnósticos diferenciales observados por nuestros terapeutas experimentados (profesores de neuropsicología y psicología clínica). Pese a que frecuentemente se produce una combinación de síndromes, restringimos nuestra elección a uno solo, que fuese

predominante en cada caso. La Tabla 2 muestra los diagnósticos diferenciales observados, tanto para la hiperactividad confirmada como para diagnósticos alternativos obtenidos

TABLA 2. Síndromes diferenciales tenidos en cuenta frente a presunta hiperactividad

Síndromes diferenciales	Comorbilidad en caso de hiperactividad confirmada	Diagnósticos alternativos cuando la hiperactividad no fue confirmada
Ninguno	1	4
Trastornos familiares severos		7
Trastornos de aprendizaje específicos	1	3
Retraso del lenguaje hablado	1	2
Ansiedad generalizada del niño	1	1
Agresividad descontrolada	1	1
Ansiedad generalizada de la madre		2
Retardo mental		2
Trastorno de personalidad en un mellizo		1
Psicosis		1
Maltrato psicológico parental		1

No se pudo observar ningún tipo de comorbilidad predominante en los casos de hiperactividad confirmada. En cuatro de los cinco casos se observaron síndromes comportamentales o neuropsicológicos asociados.

Cuando no se confirmó hiperactividad, se encontraron diagnósticos alternativos en el 80 % de los casos. Se observaron diversos trastornos del desarrollo (trastornos específicos de aprendizaje, retraso en la adquisición del lenguaje, retardo mental, trastornos de personalidad subsecuentes a prematuridad y distocia en un mellizo y funcionamiento psicótico). El diagnóstico más frecuente fue el de trastornos familiares severos. Se detectaron también alteraciones comportamentales y emocionales, muchas veces compartidas por los niños y los padres y que a veces llegaban hasta el maltrato psicológico del niño.

En el caso de un niño hiperactivo, no se observó ningún tipo de comorbilidad. Vale decir que sólo se encontró un caso de hiperactividad pura.

Curiosamente, cuatro de los 200 niños fueron derivados a la clínica por presunta hiperactividad, pero este cuadro no se confirmó, ni se reunieron los criterios para ningún diagnóstico alternativo. Esto puede ser consecuencia de la tendencia a “etiquetar” a esos niños para obtener un estudio exhaustivo, cuyo objetivo no resultó claro para psicólogos ni neuropsicólogos.

La Ritalina

A diecinueve de los pacientes se les había estado suministrando Ritalina antes de la primera consulta. Sólo en tres de esos casos se confirmó el diagnóstico de hiperactividad según la observación clínica y los criterios del DSM IV (APA, 1994). Por lo tanto, se concluye que la Ritalina fue administrada de un modo demasiado apresurado, sin esperar a la confirmación del diagnóstico. Los otros once pacientes no habían tomado Ritalina. Usando los mismos criterios, 2 de estos pacientes reunían los criterios para el diagnóstico de hiperactividad.

Aun cuando la mayor parte de los niños habían hecho consultas para tener una segunda opinión respecto de la prescripción de Ritalina, de todos modos la mayor parte de los padres deseaba que les confirmáramos si, a nuestro criterio, debían continuar con la medicación. Nuestro consejo se basó tanto en la historia clínica como en nuestras propias observaciones clínicas y experimentales. Sólo en un 20% de los casos alentamos la continuación del uso de la terapia farmacológica, en general porque no teníamos la convicción de que sería útil. Dado que la combinación de distintos factores solía indicar que las alteraciones observadas respondían a otras causas, pensábamos que otros tratamientos más específicos serían más adecuados, especialmente cuando se habían detectado problemas familiares, problemas de ansiedad y dificultades de aprendizaje.

Significación de la Ritalina para la familia

Las reacciones frente a nuestras indicaciones nos permitieron descubrir la significación que tenía la Ritalina, en el caso de aquellos niños que la recibían. Las reacciones iban desde la indiferencia hasta la militancia incansable. Encontramos padres que no conferían ninguna importancia a la droga (13%); otros que la aceptaban solamente porque no contaban con otro diagnóstico (13%); escépticos (13%); padres que se habían cuestionado acerca de si el medicamento aportaría alguna ayuda (10%); otros que ponían verdaderas esperanzas en la medicación (7%). También había padres que reconocían la presencia de efectos, y pensaban que se trataban de una forma aceptable del uso de drogas (3%). Algunos otros no estaban de acuerdo con el uso de la medicación, aunque por lo menos uno de ellos estaba dispuesto a que se hiciera el intento (3%). Encontramos en nuestra población algunos padres que creían firmemente en la necesidad de recurrir a la Ritalina (13%) y hasta militantes fanáticos del síndrome TDAH y su tratamiento farmacológico (13%).

Resumiendo, entre los padres, que reconocían los beneficios de la Ritalina, se observaba todo tipo de reacciones: desde desilusionados, pasando por esperanzados, hasta militantes. Este espectro demuestra hasta qué punto el deseo de lograr relaciones familiares armoniosas lleva a los padres a aceptar lo que el médico indique.

3. Conclusiones

De un grupo de niños y adolescentes derivados a la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne, el diagnóstico fue confirmado sólo en uno de cada cinco casos. Se debe tener en cuenta que se trata de una muestra que proviene de terapias psicológicas y que, por lo tanto, tiene sus particularidades. La muestra no es, por lo tanto, representativa de la población general. Sin embargo, creemos que la desventaja de haber reclutado una muestra pequeña tomada de un espectro restringido es compensada por el hecho de que cada consulta llevó a una observación detallada, que formaba parte del entrenamiento de los estudiantes de psicología. Aunque este estudio no es una investigación empírica que satisfaga todos los criterios de control científico, aporta información retrospectiva, fruto de cuidadosos exámenes psicológicos y neuropsicológicos, lo cual no suele ser posible en estudios prospectivos.

La mayor parte de los niños que llegaron a nuestra unidad con presunción de hiperactividad, derivados por el pediatra o por iniciativa de sus padres, recibieron diagnósticos correspondientes a otras alteraciones y no a TDAH. Muchos tenían alteraciones cognitivas, emocionales, vinculares y sociales que no habían sido diagnosticadas hasta ese momento. En términos generales, la presunción de

hiperactividad suele surgir de una búsqueda muy pragmática, donde se desea obtener un niño más fácil y más manejable, cada vez que se observa que tiene dificultades para adaptarse a condiciones difíciles.

Hemos demostrado que se tiende a medicar a los niños demasiado apresuradamente, sin haber confirmado el diagnóstico. Creemos que esta tendencia puede ser particularmente nociva ya que impide la verificación científica y desalienta el diagnóstico diferencial. En estos casos, el uso del tratamiento farmacológico justifica la ausencia de otras clases de tratamiento. Este abordaje nos parece lamentable, especialmente cuando la observación detallada sugiere que hay una variedad de alternativas terapéuticas que serían más adecuadas y que podrían liberar a estos niños del peso de una supuesta causa neurológica, atribuida con ligereza a sus conductas.

En los casos en los que se confirmó el diagnóstico de hiperactividad, se encontró también un alto grado de comorbilidad. En la base de los problemas de conducta encontramos etiologías psicológicas en la mitad de los casos y alteraciones neuropsicológicas, en una tercera parte. Estos hallazgos sugieren, por una parte, que la hiperactividad en estado puro es poco frecuente y, por otra, que los síntomas de hiperactividad suelen ser el resultado de una amplia gama de trastornos del desarrollo. Creemos que la hiperactividad no enmascara una única patología dominante, sino más bien una gran variedad de problemas de desarrollo.

A la luz de nuestra experiencia, creemos que la hiperactividad debe ser abordada por varias especialidades médicas. Por otra parte, nuestro estudio enfatiza el papel de actores no médicos en el tratamiento de estos niños: padres, maestros, psicólogos y terapeutas, además de los niños mismos. En consecuencia, nuestra investigación sugiere fuertemente la necesidad de un abordaje interdisciplinario de este síndrome. Teniendo en cuenta la significación psicológica del tratamiento farmacológico, tanto para los profesionales como para los pacientes, y sin descartar la eficacia de la droga en sí misma, sugerimos que se lleve a cabo un análisis que tenga en cuenta los aspectos del neurodesarrollo, tanto como los cognitivos, afectivos y sociales. Esto sólo se logrará si se dedica el tiempo necesario para la investigación a la etapa diagnóstica y se protege al niño de medidas terapéuticas apresuradas. Dado que se trata de un síndrome tan complejo, el mejor tratamiento para un niño hiperactivo es aquel que aborda las diversas dificultades que se observan tomándolas como una totalidad.

Agradecimientos

Deseo agradecer sinceramente a nuestros colaboradores y a los Dres. Jean Dumas, Profesor del Departamento de Ciencias Psicológicas de Purdue University, Indiana, USA e Irene Taussik, neuropsicóloga de Buenos Aires, Argentina, por su cuidadosa lectura del manuscrito, sus sugerencias y sus correcciones.

Referencias bibliográficas

APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barkley, R.A. (1997). Behavioural Inhibition, Sustained Attention and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

Lussier F., & Flessas, J. (2001). *Neuropsychologie de l'enfant*. Paris: Dunod.

Ménéchal, J. (Ed.) (2001). *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*. Paris: Dunod.

Pliszka , S.R., McCracken, J.T., y Maas, J.W. (1996). Catecholamines in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Current Perspective. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 264-272.

Tannock, R. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Advance in Cognitive, Neurobiological and Genetic Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 65-99.

*La traducción de este artículo fue realizada por la Lic. Adelaida Ruiz