

RESILIENCIA Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Especial referencia a A.D.H.D. (Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención)

Dres Elbio Néstor Suárez Ojeda¹ y José María Moyano Walker²

1. INTRODUCCION

En esta presentación se intentará resumir algunos conceptos esenciales sobre Resiliencia para considerar luego su aplicación en un trastorno del comportamiento de niños y adolescentes de alta prevalencia en los Estados Unidos y en varios países de hispano América. Se trata del A.D.H.D. o Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención.

El fortalecimiento de la Resiliencia en niños y adolescentes ha sido aplicada como estrategia en la reducción de varios problemas que los afectan, tales como conductas antisociales, deserción escolar, abuso de sustancias, etc. En este artículo nos enfocaremos en el A.D.H.D., afección de menor gravedad, pero de alto riesgo poblacional, dada su creciente prevalencia. Aumenta la trascendencia de este estudio la fundada presunción de que a menudo se exagera en su diagnóstico y se recurre a medicaciones cuyos riesgos y efectos colaterales no están todavía suficientemente establecidos y pueden ser origen de una peligrosa iatrogenia.

En primer lugar veremos sucintamente los conceptos actuales sobre la resiliencia, tomando en cuenta la literatura reciente de procedencia norteamericana (E.Grotberg, F. Infante), europea (B. Cyrulnik, S. Vanistendael) y latinoamericana (M.A. Kotliarenco, Suárez Ojeda y colaboradores). En segundo lugar, haremos una revisión de lo que se entiende actualmente por A.D.H.D., su epidemiología, fisiopatología y tratamiento, para finalizar con la descripción de la estrategia de manejo en la que se incluye resiliencia como un instrumento novedoso en el tratamiento y que abre perspectivas más esperanzadoras para estos niños.

Este trabajo ha surgido de la colaboración entre el C.I.E.R. (Centro Internacional de Estudio de la Resiliencia) organismo que forma parte de la Universidad Nacional de Lanús (Argentina) y el CEDAI (Centro de Estudios del Déficit Atencional Infantil) , organización no-gubernamental del mismo país. En este documento se presentan resultados de una primera fase de la investigación que estas instituciones están llevando a cabo en pre-escolares y escolares del gran Buenos Aires.

¹ Director del Centro Internacional de Investigación y Estudio de la Resiliencia.(CIER) Universidad Nacional de Lanús. Argentina

² Director del Centro de Estudios del Déficit Atencional Infantil (CEDAI)

2. CONCEPTOS ESENCIALES SOBRE RESILIENCIA

El paradigma de la resiliencia implica una perspectiva innovadora que surgió primero en las ciencias físicas y luego se ha incorporado en las ciencias humanas, emergiendo con inusitada rapidez desde diversos campos. Hoy se ha transformado en un concepto transdisciplinario a cuyo enriquecimiento contribuyen la Psicología, la Medicina, la Pedagogía y en los últimos tiempos la Salud Pública y la Sociología. El crecimiento de las publicaciones al respecto ha sido astronómico, como lo muestra el estudio de L. Burchinal, quien señala que de 3.366 referencias encontradas en 1997 se ha pasado a 865.000 a principios de este año, con una vertiginosa producción de más de 20,000 por mes.

La definición más aceptada de resiliencia es la que la considera “una condición humana que permite sobreponerse a las adversidades, construir sobre ellas y proyectarse en el futuro”. Muchos autores destacan su condición de ser un proceso dinámico que tiene como resultado el desarrollo positivo de la persona aún en contextos de gran adversidad. En tal sentido, es “más un estar que un ser “. Del “ser resiliente” se pasó a “estar resiliente” y actualmente pensamos que “se aprende” a ser resiliente. Asimismo, su aplicación programática ha tenido una expansión considerable, desde los programas iniciales focalizados en la infancia y adolescencia a los más recientes que se concentran en familias y adultos mayores, así como en instituciones y comunidades. Probablemente, el enfoque de Resiliencia Comunitaria es el área de más promisorias perspectivas para la investigación y las intervenciones sociales.

Se han descrito como pilares de la resiliencia una serie de atributos o cualidades de los niños que luego han demostrado ser resilientes. A los criterios iniciales descritos por Wolin y Wolin se han ido agregando otros y substituyendo algunos, a medida que nuevas investigaciones permiten una continua revisión. Hoy en día se acepta que la autoestima es un eje sustantivo en la personalidad del resiliente y entre los atributos se menciona con mayor frecuencia: CONFIANZA, INICIATIVA, CREATIVIDAD, HUMOR, PENSAMIENTO CRÍTICO, AUTONOMÍA Y CONCIENCIA SOCIAL. Sería demasiado extenso entrar en el análisis de cada uno de estos atributos, por lo que nos limitaremos a mencionarlos.

En la orientación pragmática que ha prevalecido en las últimas décadas se ha tratado de establecer “factores” que contribuyen a construir la resiliencia y se han señalado algunos fundamentales, tales como: APEGO, AMOR INCONDICIONAL, PROTAGONISMO INFANTIL, EXPRESION DE CARIÑO EN LA FAMILIA. La identificación de estos factores y el desarrollo de técnicas y normas para su promoción ha sido un paso sustantivo para desarrollar intervenciones y utilización terapéutica de resiliencia. En ese sentido, S. Vanistendael ha elaborado el modelo de “La Casita” que sintetiza muy bien los pasos para edificar esta condición.

Con frecuencia surge la pregunta sobre si resiliencia es una condición innata, que traen consigo algunos seres humanos privilegiados o si, por el contrario, es posible desarrollarla con adecuadas prácticas de crianza y educación. Al respecto se acepta el llamado Modelo Triádico, que considera que sobre las características genéticas y temperamentales influyen el ambiente favorable, la promoción de

fortalezas intrapsíquicas y el desarrollo de habilidades orientadas a la acción. El meta-análisis desarrollado por E. Grotberg y colaboradores estimó que un 30 % de la resiliencia observada en adolescentes estaría determinada genéticamente. Es decir que la familia, los profesionales y la escuela tienen un amplio campo de acción y esto es lo que abre las posibilidades para un uso terapéutico de la resiliencia en casos específicos como el A.D.H.D. que nos ocupa.

Para resumir diremos que la resiliencia implica un optimismo realista, que permite una mirada esperanzadora aún para niños que tienen diversos problemas de comportamiento. En estos casos se aplica muy especialmente el pensamiento de Boris Cyrulnik que nos habla del “OXIMORON” implícito en resiliencia y nos explica esa percepción que él refiere como “la maravilla del dolor”.

3. TRASTORNO POR HIPERACTIVIDAD Y DEFICIT DE ATENCIÓN (A.D.H.D.)

El término A.D.H.D. proviene de una sigla que en inglés significa: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, (Trastorno por hiperactividad y déficit de atención), y mediante este nombre se reúne una serie de manifestaciones del orden de la conducta y la atención caracterizados principalmente por hiperactividad, desatención e impulsividad.

En general afecta a niños a partir de la edad preescolar, pero puede extenderse a la adolescencia y hasta la vida adulta. El tema no es novedoso, en países anglosajones se lo conoce desde hace ya varias décadas, con diferentes nombres.

Solamente en Estados Unidos, más de tres millones de niños presentan el síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Lo padece del 3% al 8% de los niños en edad escolar, siendo de cuatro a nueve veces más frecuente en varones.

El niño que padece ADHD posee una atención lábil y dispersa que no da tiempo a incorporar información e impide realizar una tarea prolongada. Suele ser acompañada por una hiperactividad motora y poca tolerancia a las frustraciones. Son niños a los que les cuesta mucho controlar sus impulsos, esperar su turno en una fila, atender lo que la maestra habla en clase, mantener silencio, todo lo que se espera de un niño durante la jornada escolar. Cuando se les formula una pregunta responden antes de escucharla por completo, lo que genera una respuesta incorrecta, no por desconocimiento del tema sino por no haber esperado la formulación completa de la misma. Esto hace que en algunas ocasiones se confunda su verdadero potencial intelectual. Como se distraen con frecuencia, se aburren, y al aburrirse distraen a sus compañeros complicando la ya de por sí difícil tarea del docente.

Como se puede apreciar, la noción de ADHD encierra distintos comportamientos o características que no siempre coinciden en el mismo niño. A todos estos comportamientos se los puede reunir dentro de tres áreas bastante bien delimitadas:

- Hiperactividad
- Impulsividad
- Desatención

3.1 .HIPERACTIVIDAD

La hiperactividad es posiblemente la característica que más se hace notar de los niños con síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Mucho más frecuente en varones, les produce una serie de trastornos, no sólo a los que la padecen, sino también a las personas que comparten de una manera u otra la vida cotidiana de estos niños.

Es fundamental diferenciar *hiperactividad* de inquietud, notar que un niño *movedizo* no necesariamente sufre ADHD, para lo cual nada mejor que tratar de definir qué entendemos por hiperactividad.

Lo primero que deberíamos diferenciar es *hiperactividad* de *hipermotilidad*. Según algunos autores, la hipermotilidad constituye una variante de la normalidad, simplemente se trataría de niños con un patrón quinético o de psicomotricidad diferente, un poco más elevado que lo habitual para su edad. son los clásicos traviesos que van de aquí para allá, pero no son niños con algún impedimento más o menos importante que les dificulte realizar sus tareas. **La mayoría de los niños que son llevados a la consulta por presentar características de hiperactividad, en realidad son niños que presentan hipermotilidad.** Es decir, aquellos niños que no tienen problemas en terminar su tarea y además les queda tiempo para ir a jugar con sus amigos. Solamente que su *velocidad* es un poco diferente que la del resto.

¿Qué entendemos, entonces, por hiperactividad? Una de las definiciones más utilizada dice que la hiperactividad cursa con un funcionamiento psicomotriz alto pero inadecuado para la edad y el contexto en el que el niño se desenvuelve. Es decir, no sólo es inquieto, sino que además esa inquietud lo perjudica, porque no sólo le produce problemas en la escuela, sino que además lo hace propenso a correr riesgos y a sufrir accidentes. Es aquel niño que “se les va de las manos” a sus padres, hasta el punto que ellos se deciden a buscar ayuda o bien son alertados por las autoridades escolares.

Otra de las características que diferencia la hiperactividad de la hipermotilidad, es que la primera presenta un gran nivel de actividad sin un objetivo, un propósito determinado. Es aquel niño que salta de una actividad a otra en una forma inapropiada para su edad. Otras veces se manifiesta como un movimiento continuo de las manos, los pies o los dedos, las más de las veces estereotipado. Existen algunos instrumentos o escalas llamados “Criterios diagnósticos del DSM-IV” una suerte de nomenclador de enfermedades mentales de origen norteamericano que expone algunos criterios para evaluar cuándo un niño presenta signos de hiperactividad, o simplemente de hipermotilidad.

3.2. IMPULSIVIDAD

La impulsividad se manifiesta principalmente en dos áreas: la del comportamiento y la adquisición de conocimientos. Los niños con impulsividad manifestada principalmente en el área del comportamiento, no pueden parar y pensar antes de actuar. A diferencia de la mayoría de sus amigos, los niños impulsivos no pueden aprender de sus propios errores. El umbral de aprendizaje es muy elevado en estos

niños, y si sus padres o los docentes no los estimulan lo suficiente, no aprenden y cometen los mismos errores una y otra vez.

Los niños que padecen impulsividad no pueden esperar su turno en la fila o en un juego, “escupen” las respuestas en clase sin esperar que la maestra termine de formular la pregunta, hablan cuando se supone que deben permanecer callados y pueden mostrar un comportamiento agresivo, incluso pelear constantemente. Impulsivamente, dicen las cosas equivocadas en el lugar equivocado, o interrumpen las conversaciones ajenas.

Según R. Barkley, la impulsividad implica un déficit primario en el comportamiento o en la responsabilidad inhibitoria, específicamente en la habilidad para demorar respuestas o la tolerancia para demorar intervalos entre las tareas. En otras palabras, la impulsividad sería una desinhibición de la capacidad de demorar la respuesta. Esto implica otras consecuencias que forman parte de las características generales de los niños con ADHD: la poca tolerancia a las frustraciones. El niño impulsivo no puede detenerse a evaluar la conveniencia de actuar o demorar la respuesta. No es capaz de sacrificar una satisfacción inmediata en pos de una mejor recompensa a largo plazo.

3.3. DEFICIT DE ATENCION

Podríamos decir que desatención es el déficit de un sujeto en lograr una adecuada intensidad, mantenimiento, selección y control del foco atencional, en especial si se manifiestan en el curso de tareas cognitivas estructuradas y no automáticas. Cuando hablamos de atención, hablamos de dos diferentes tipos de habilidades: la habilidad de focalizar la atención en algo frente a nosotros, como la tarea escolar, y la habilidad de prestar atención en un sentido más general al mundo que nos rodea, como sentir la ropa sobre nuestra piel o los niños jugando fuera del aula. Muchos niños con problemas de atención atienden a todo lo que los rodea, sin realizar esta selección, sin priorizar un foco sobre otro. Estos niños deben estar muy motivados, muy interesados en lo que están haciendo para focalizar y mantener la debida atención.

La capacidad de prestar atención evoluciona con la edad. El tiempo que un niño puede permanecer atento a una actividad es de siete minutos a los dos años, nueve minutos a los tres años, trece minutos a los cuatro años y de quince minutos a los cinco años. En líneas generales, una persona puede trasladar su foco de atención de un estímulo a otro más global varias veces por segundo, sin por ello distraerse del foco principal. Eso se denomina flexibilidad. Parte del problema de atención de muchos niños con ADHD es que presentan poca flexibilidad en relación a la atención. Por ello les es muy difícil abstraerse de su foco de atención cuando es interesante, como en el ejemplo del videojuego, o por el contrario, focalizar su atención en algo en particular cuando están abstraídos en estímulos múltiples, como en el caso de un problema de matemáticas una vez finalizado el recreo. Su capacidad de mantener la atención en un foco determinado es muy corta, son aquellos niños que comienzan cinco tareas diferentes y no terminan ninguna.

3.4. FISIOPATOLOGÍA DEL ADHD

Una de las teorías que intenta explicar las causas del síndrome de hiperactividad y déficit de atención es la que habla de los neurotransmisores. Estas sustancias se liberan en forma lenta y sostenida pero también en mayores cantidades en respuesta a

estímulos más intensos. Una porción importante de estos neurotransmisores pertenece al grupo de las catecolaminas. Estas son la epinefrina, norepinefrina y la dopamina. Especialmente la última es la que nos interesa por su posible relación con el síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Los neurotransmisores conocidos como catecolaminas son la fenilalanina, la tirosina, la dopa, la dopamina, la noradrenalina y finalmente la adrenalina. Más de la mitad de los neurotransmisores circulantes en el sistema nervioso central perteneciente al grupo de las catecolaminas está compuesta por dopamina. Esta sustancia se halla en grandes concentraciones a nivel de la corteza cerebral, el hipotálamo y los denominados ganglios basales. Todas estas estructuras cerebrales están implicadas en la atención y la conducta, por lo que la acción inhibitoria o estimulante de la dopamina en estas áreas se relaciona presumiblemente con estas funciones ejecutivas. Los defensores de la teoría neurobiológica sostienen que el uso de drogas psicoestimulantes aumentan la concentración de dopamina en el espacio sináptico mejorando de este modo la atención y disminuyendo el grado de hiperactividad. Sin embargo, si bien los estimulantes pueden elevar los niveles de neurotransmisores, no debemos olvidar que este efecto se produce tanto en los individuos con niveles de dopamina disminuidos como en los que presentan valores normales. En otras palabras, los estimulantes del sistema nervioso central elevan la concentración de dopamina en cualquier persona, tenga ésta el síndrome de hiperactividad y déficit de atención o no. El hecho de que un niño mejore su atención o disminuya su grado de hiperactividad mediante la administración de psicofármacos no constituye de por sí un elemento diagnóstico de ADHD. Existe otro hecho alarmante en relación a la dopamina: no sólo posee efectos inhibitorios o estimulantes sobre la atención, sino que además tiene poderosos efectos sobre el corazón, los vasos sanguíneos, la tensión arterial, las glándulas salivales y sudoríparas, el intestino y los bronquios. Posee, además, acciones sobre el metabolismo del hígado y la secreción de insulina. Actuando a nivel del sistema nervioso produce disminución del apetito.

Otra corriente dentro de la medicina tradicional postula que el desarrollo de ciertas áreas del cerebro juega un papel fundamental en el síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Numerosos estudios científicos intentan demostrar diferencias anatómicas entre el cerebro de niños con ADHD y casos testigo que no presentan características de hiperactividad o déficit de atención. En los últimos años se han agregado estudios en el campo de la biología molecular en la búsqueda de una causa genética que arroje un poco de luz sobre la etiología del ADHD.

Las manifestaciones clínicas del síndrome de hiperactividad y déficit de atención se deberían a lesiones en la corteza pre- frontal, responsable de la conducta; el núcleo caudado y el globo pálido, otras estructuras del sistema nervioso central que contribuyen a retrasar la ejecución de las respuestas automáticas disminuyendo la impulsividad; el hipocampo, responsable de la maduración de las emociones; o el cerebelo, actuando sobre la coordinación motriz y visual. Las últimas teorías neuroanatómicas implican diversas alteraciones genéticas específicas como causantes del empobrecimiento de estas funciones ejecutivas en los niños con síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Los seguidores de esta línea de pensamiento también adhieren a la utilización de fármacos psicoestimulantes como solución a este grave problema, pues postulan que existiría un déficit de neurotransmisores en estas áreas específicas del cerebro y cerebelo antes mencionadas.

3.5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ADHD

A comienzos de la década del 60, en los Estados Unidos se comenzó a comercializar una droga conocida como Ritalina. Este medicamento no es otro que el metilfenidato, un derivado de las anfetaminas, agonista de la dopamina y cuyas acciones terapéuticas principales son el control de los impulsos y el aumento de la capacidad de concentración. El mecanismo de acción propuesto es el elevar la concentración de dopamina en el sistema nervioso central. La ritalina se comenzó a utilizar en los casos de ADHD con resultados eficaces en cuanto al control de algunos de sus síntomas. Los niños, durante las tres horas que duraba el efecto de la medicación, atendían más y se portaban mejor. El problema es que la ritalina, al ser una anfetamina, posee efectos colaterales muy peligrosos para los niños y los adolescentes. Cefaleas, irritabilidad, tendencia al llanto, marcada disminución del apetito e inclusive detención del crecimiento, son algunos de estos efectos indeseables. No olvidemos que uno de los efectos buscados de las anfetaminas es el efecto anorexígeno, es decir, que suprime la sensación de apetito, por lo que fue una droga muy consumida en las dietas para adelgazar, especialmente en los años 1960 a 1970. También era la droga que utilizaban los estudiantes para pasar extenuantes jornadas frente a los libros, ya que se trata de un estimulante cerebral.

Otras drogas utilizadas habitualmente para el tratamiento del ADHD son la dextroanfetamina; la pemolina, una oxazolidina estimulante del SNC; y los antidepresivos tricíclicos, como la imipramina y la desipramina. En el último año se está haciendo hincapié en el uso de atomoxetina, un psicofármaco no estimulante inhibidor de la recaptación de noradrenalina, como tratamiento del síndrome de hiperactividad y déficit de atención

3.6. OTRAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Ante el fracaso de los tratamientos basados en el uso de fármacos del sistema nervioso central como única terapéutica, se buscan diferentes alternativas. Una de las más sólidas la constituye la interdisciplina, un modelo terapéutico que incluye los aspectos psicopedagógicos, psicológico, familiar y social del niño o adolescente con síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Factores como la edad del niño, las características familiares, su personalidad, el entorno social y cultural y las exigencias académicas de la escuela a la que concurre modifican en forma sustancial el diagnóstico y tratamiento.

Diversas implicaciones, como la social, la cultural, o familiar hacen que cualquier intento por limitar sus manifestaciones al área científica sea un mero reduccionismo. La historia nos demuestra que los grandes descubrimientos, las geniales obras de arte de la humanidad, surgieron a partir de la diferencia. Pero cabría preguntarse: ¿Diferente a qué? ¿Distinto a quién? ¿Cuál es el referente de lo sano y lo enfermo, lo normal y lo anormal? Una respuesta posible es la singularidad. Un niño singular raramente nace, sino que se hace. Un niño singular proviene de una familia singular. Es el Yo y su circunstancia, según Ortega y Gasset. En la escuela, una de las peores cosas que le pueden suceder a la maestra es aquel niño que aprende en forma diferente a los demás, a su ritmo. Porque retrasa el ritmo del resto, porque distrae a los otros niños, que se aburren y hacen lío. Gente diferente, dice Peter Drucker, aprende de modo diferente. El aprendizaje es tan personal como las huellas digitales,

no hay dos personas que aprendan exactamente igual, cada una tiene su velocidad, su ritmo. No hace falta convertirse en un ser superior para ser singular. Todos, en una medida u otra somos singulares. Somos creativos. Donald Winnicott decía que lo que destaca al ser humano, que completa el desarrollo de su personalidad, es la posibilidad de ser creativo. Casi no es posible vivir sin cierta cuota de creatividad, y un alto grado de ella lleva a ciertos individuos a descollar en alguna actividad. Muchas personalidades del arte o de las ciencias fueron, de niños, considerados “especiales” y presentaban muchas características de lo que hoy conocemos como el Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención.

Ser singular implica tener una forma especial de vivir, de aprender y de relacionarse con los demás. Tal vez poseer una sensibilidad diferente. Lo que no debemos hacer es creer que esta singularidad, esta diferencia constituye una amenaza al estado de salud psíquica del niño plausible de ser tratada con anfetaminas.

3.7. LA RESILIENCIA COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DEL ADHD

Si tomamos en cuenta las dificultades personales, familiares y sociales de los niños y adolescentes con síndrome de hiperactividad y déficit de atención, podemos considerarlo como una situación de adversidad. Desde esta óptica resulta razonable fortalecer aquellos factores de resiliencia que sitúen a este niño o adolescente en una mejor posición para hacer frente a sus problemas escolares y de su entorno familiar.

ADHD COMO CAUSA DE ADVERSIDAD

- Problemas de conducta
- Trastornos de aprendizaje
- Baja autoestima
- Mala relación con sus pares

SITUACIÓN FAMILIAR COMO CAUSA DE ADVERSIDAD

- Rivalidad entre hermanos
- Conflictos entre los padres
- Familia poco continente
- Demasiada exigencia
- Inestabilidad emocional

PROMOVIENDO FACTORES DE RESILIENCIA

¿Qué pueden hacer los padres?

- Proveer afecto incondicional
- Expresar el afecto física y verbalmente, teniendo en cuenta la edad del paciente.
- Aplicar límites, comportamiento conciliador y recordatorios para ayudar al niño a modular sus sentimientos negativos y respuestas impulsivas.
- Exhibir un comportamiento adecuado que transmita valores y reglas, incluyendo factores de resiliencia.
- Clarificar lo que se espera del niño.
- Proveer oportunidades al paciente que le permitan enfrentar situaciones traumáticas en forma gradual, exponiéndolo a adversidades controlables.
- Proveer una guía adecuada para este proceso.

- Estimular la comunicación.
- Balancear la autonomía con ayuda disponible pero no impuesta.
- Regular las consecuencias de sus errores con afecto y empatía, permitiendo al niño fallar sin sentir demasiado estrés o temor.
- Estimular canales de negociación.
- Estimular al niño para que acepte la responsabilidad y las consecuencias de sus errores a través de la transmisión de confianza y optimismo en la mejoría.
- Estimular la flexibilidad en la elección de los factores de resiliencia que utilizará frente a situaciones adversas (humor).

EL NIÑO ADHD RESILIENTE ES CAPAZ DE DECIR...

TENGO

- Relaciones confiables.
- Un hogar estable con reglas predecibles y estables.
- Modelos que imitar.
- Estimulación para mi autonomía.
- Acceso a la salud, la educación y el bienestar.

SOY / ESTOY

- Querible y mi temperamento es atractivo.
- Empático, altruista y confiable.
- Cada vez más autónomo e independiente.
- Orgulloso de mí mismo.
- Lleno de esperanza, fe y confianza.

PUEDO

- Comunicarme con mi familia y mis amigos.
- Controlar mis impulsos.
- Concentrarme en mis estudios o en clases.
- Resolver problemas.
- Encontrar amigos confiables.

3.8. EXPERIENCIA Y CASUÍSTICA DE ADHD EN BUENOS AIRES, ARGENTINA.

Los investigadores de CEDAI y CIER están realizando un trabajo de campo con niños escolarizados en establecimientos públicos y privados con el fin de obtener una aproximación estadísticamente representativa de la incidencia del síndrome de

hiperactividad y déficit de atención en Buenos Aires. Otro de los objetivos del estudio es comparar la aplicación de escalas estandarizadas para el diagnóstico de ADHD de origen norteamericano y europeo (Conner's y Farré y Narbona) con adaptaciones propias más acordes a la realidad sociocultural y familiar argentinas. Para la realización del estudio se reclutaron 640 niños entre los nueve y los once años de edad, que concurrían a cuarto, quinto y sexto grado del ciclo de educación primaria. La selección se realizó en escuelas públicas y privadas de la ciudad de Buenos Aires. Los participantes no fueron discriminados según su sexo o condición socioeconómica. Fueron excluidos los niños que presentaban signos o síntomas claros de enfermedades genéticas o de alteraciones psiquiátricas, lo mismo que los niños que recibían medicación psicoestimulante.

RESULTADOS

Total de alumnos evaluados: 640

Total de alumnos excluidos: 10 (por recibir medicación estimulante)

Evaluación original (primeras 20 preguntas) Test De Farré y Narbona.

Para un conteo global, al punto de corte 30 (percentilo 95) = 115 casos positivos para ADHD (18%)

Media (punto de corte 12.97, percentilo 50) = 307 casos positivos para ADHD(48%)

Con las escalas adecuadas por CEDAI, se observó, utilizando la misma muestra de 640 alumnos:

Para un conteo global, al punto de corte 13 (percentilo 95):43 casos positivos para ADHD (6,7 %).

OBSERVACIONES

- Utilizando las escalas tradicionales, los porcentajes de casos positivos (centilo 95 y 50) para ADHD fueron significativamente superiores a los publicados en las estadísticas mundiales. Esto refleja la baja confiabilidad de la aplicación de las escalas tradicionales en la población estudiada.
- Los resultados demostrados con las nuevas escalas dan cifras razonables y compatibles con las que se consignan en la literatura internacional (6.7 %). Asimismo ponen de manifiesto diversas problemáticas de índole social y emocional que pueden afectar la atención de un niño, además de producir manifestaciones de hiperactividad e impulsividad. De esta forma, varios de los ítems utilizados en las escalas tradicionales dejan de tener valor, disminuyendo el alto porcentaje de ADHD detectado por la maestra a través de las mismas.

4. CONCLUSIONES

El paradigma de la resiliencia tiene actualmente un sustento teórico y pragmático que permite considerarlo como un instrumento útil en las intervenciones sociales y como una posibilidad cierta en el tratamiento de algunos trastornos del comportamiento infanto-juvenil como el ADHD, discutido en este trabajo. La bibliografía sobre el tema se ha expandido de manera impresionante en estos últimos años, adquiriendo un ritmo de más de 20 mil publicaciones anuales. Asimismo, se confirma una vez más, la importancia de adecuar siempre las escalas que intentan cuantificar comportamientos o grados de desarrollo a las realidades culturales vigentes en cada comunidad.

Nuevas experiencias y una mayor investigación son requeridas en este campo que abre sorprendentes posibilidades a tratamientos basados en el desarrollo de las propias fortalezas de cada ser humano. En concordancia con esta aseveración, CIER y CEDAI están iniciando una investigación específica en escolares residentes en el Municipio de Lanús.

La aplicación de la estrategia de resiliencia al tratamiento de los niños ADHD nos permite dar una mirada esperanzadora al porvenir de estos seres humanos a fin de que puedan desarrollar sus máximas potencialidades.

En tal sentido, es válido recordar el pensamiento de Ernesto Sábato, incansable luchador por los Derechos Humanos, que nos dice:

**“EL SER HUMANO SABE HACER DE LOS OBSTACULOS NUEVOS
CAMINOS, PORQUE A LA VIDA LE BASTA EL ESPACIO DE UNA
GRIETA PARA RENACER”.**

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grotberg, Edith y colaboradores: “Resilience for Today” Praeger Pub. USA.2003
2. Woolin, S. y colaboradores: “The resilient self”. Villard Books. USA. 1993.
3. Vanistendael, Stefan y Jacques Lecomte : Le bonheur est toujours possible .Bayard éditions. Paris.2000.
4. Boris Cyrulnik: El amor que nos cura. Gedisa Editorial. Barcelona .2005.
5. Boris Cyrulnik: “El murmullo de los fantasmas”.Gedisa Editorial. Barcelona.2004.
6. Haggerty, Robert J. y colaboradores: “Stress, Risk and Resilience in Children and Adolescents”. Cambridge University Press. UK.1996.
7. Suárez Ojeda, E.N.: “Una concepción latinoamericana, la resiliencia comunitaria” en Resiliencia, descubriendo las propias Fortalezas, Editorial Paidós. Bs.As. 2005.
8. Suárez Ojeda, E.N. en “Actualizaciones en Resiliencia” Editorial Edunla. Lanús. Argentina, 2003.
9. Kotliarenco, María Angélica “Desarrollo Infantil de Calidad: Interacción entre Resiliencia Biológica y Psicosocial”.Editorial Edunla. Lanús, Argentina. 2003
10. Infante, Francisca: “La resiliencia como proceso” en “Resiliencia, Descubriendo las propias Fortalezas”.Edit. Paidós. Bs.As. 2005.
11. Munist, Mabel y colaboradores: “Módulo de Enseñanza de la Resiliencia” en “Resiliencia y Subjetividad”. Edit. Paidós. Bs.As. 2004.
12. Conners, CK: The Conners’ Rating Scales Revised Technical Manual. NY 1991
DuPaul: Parent and teacher ratings of ADHD symptoms. J. Clin. Child. Psychol. 20:245-253, 1991.
13. Farré – Narbona: Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Tea ediciones. Madrid, Spain, 1998
14. Pediatric Clinics of North America: vol. 46, N °5, October 1999
15. American Psychology Association: Diagnostic and Statistical Manual, ed. IV, 1994.
16. Pelham,W; Hinshaw,S: Behavioral intervention for Attention Deficit Disorder Handbook of Clinical Behavior Therapy, Vol. 2, Wiley & Sons, New York, 1992.
17. Conners,C: Clinical use of Rating Scales in Diagnosis and Treatment of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. Pediatric Clinic of North America; Vol. 46, Num. 5 1999.
18. Pfiffner, I ; O’Leary,J : School Based Psychological Treatments. Handbook of Hyperactive Children, Allyn & Bacon, Boston, 1993.
19. Moyano Walker, J.M. y colaboradores: “ADHD: Enfermos o singulares”. Edit. Lumen Humanitas. Bs.As. 2004.
- 20.Munist, Mabel: “Resiliencia y ADHD” en obra citada. Edit.Lumen Humanitas