Lecciones Aprendidas, Mensajes Recibidos, Ideas Transmitidas

por Stephen P. Hinshaw, Ph.D.

Editor's Note: This is a Spanish translation of the preceding article.

POR MÁS DE TRES DÉCADAS he tenido el privilegio de trabajar con niños y adolescentes que experimentan trastornos del comportamiento, la mayor parte de las veces el TDA/H.

Cuando ingresé a la escuela graduada de la UCLA a finales de los años 70, comencé 25 años de trabajo con niños que en ese entonces se diagnosticaban con "hiperactividad". Con el paso de los años mis programas de verano han provisto oportunidades maravillosas de observar las conductas sociales y de enriquecer las vidas de muchos niños con el TDA/H, de investigar una variedad de influencias sobre el desarrollo de los niños, y de construir y evaluar estrategias de tratamiento potentes.

Recientemente he enfocado mi trabajo en las niñas con el TDA/H, en las estrategias de investigación longitudinal, en los enlaces entre la investigación de tratamientos y la teoría, y en el estigma profundo relacionado con la enfermedad mental en nuestra sociedad. Mi búsqueda dual ha sido, por un lado, el entender y ayudar a los niños y a las familias y, por otro lado, el abordar "grandes preguntas" de naturaleza conceptual y teórica.

Al reflexionar sobre mi jornada, he considerado asuntos científicos y clínicos mayores; tendencias en el campo; y el tema de lo que se ha aprendido con el paso de los años, positivamente y negativamente, en la búsqueda por ayudar a avanzar nuestros esfuerzos clínicos y científicos.

Primero, en las décadas pasadas ha prevalecido la tendencia de dar mayor importancia a realizar evaluaciones cuidadosas y diagnósticos certeros. En las versiones anteriores del *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) (p. ej. DSM-I, 1952; DSM-II, 1968), las categorías diagnósticas se describían ligeramente. Con el advenimiento del DSM-III en el 1980, y continuando con el DSM-IV en el 1994, la evaluación se hizo más precisa—con listas de síntomas específicos, períodos de duración y grados de impedimento incluidos en los criterios. De hecho, el diagnóstico del TDA/H puede hacerse con confiabilidad cuando se utilizan escalas de evaluación normalizadas, historiales cuidadosos, y

entrevistas y herramientas de evaluación apropiadas

Sin embargo, aún existen problemas fundamentales. Por un lado, el tiempo que se requiere para hacer una evaluación precisa es mucho mayor que los pocos minutos que se dedican a esto en la práctica real. Hay muchas razones de por qué un niño o un adulto pueden manifestar dificultades atencionales y problemas con el control de los impulsos (p. ej., abuso, estrés, otras condiciones médicas).

Sin el tiempo adecuado, y por consiguiente, sin una evaluación exhaustiva, puede muy fácilmente hacerse un diagnóstico excesivo. Por otro lado, a menos que los clínicos evaluadores entiendan que no se puede hacer un diagnóstico basado sólo en observaciones de oficina—o que las niñas, al igual que los niños, pueden tener esta condición—puede no hacerse un diagnóstico.

Para disminuir al máximo los riesgos de caer en alguno de estos problemas, los seguros para evaluaciones deben pagar los esfuerzos adecuados, la educación de los profesionales médicos y de la salud mental debe enriquecerse, y los sistemas diagnósticos futuros deben trascender las listas estáticas de síntomas y tomar en consideración el desarrollo que ocurre entre los individuos con trastornos atencionales o de otra índole.

Segundo, con el paso de los años el campo ha llegado a entender que los impedimentos asociados al TDA/H van más allá de los síntomas centrales de inatención, impulsividad y sobreactividad en términos de importancia. En realidad, el fracaso académico, el rechazo de los compañeros, la falta de armonía familiar y el riesgo serio de golpes accidentales con frecuencia acompañan al TDA/H, así como un riesgo significativo de problemas o condiciones psiquiátricas coexistentes. Tales impedimentos y trastornos no solo requieren una evaluación cuidadosa, sino que también requieren tratamiento en su propio mérito, dado que usualmente predicen más los problemas a largo plazo que los síntomas del TDA/H de por sí. Tal entendimiento es esencial, ya que el TDA/H no es sólo un trastorno de la niñez, sino que tiende a persistir a lo largo del desarrollo, otro entendimiento mayor durante la década pasada.

Tercero, estoy impresionado con el aumento en la sofisticación de la búsqueda de los procesos y mecanismos que subyacen al TDA/H. Los candidatos son muchos: procesos atencionales mal regulados, dificultades en los mecanismos de control inhibitorio, déficit en el "funcionamiento ejecutivo"—p. ej. planificación, mantenimiento de esquemas y cambio de esquemas, luchar contra las distracciones—ayudado por los lóbulos frontales y sus interconexiones con otras regiones importantes del cerebro, problemas con el manejo del tiempo, mayor sensibilidad a las recompensas, mala regulación de las emociones y déficit en la modulación de la excitación.

Tal vez la interrogante más crucial es cómo los precursores del TDA/H, tales como los problemas con el temperamento temprano en la vida, se desarrollan a lo largo del tiempo e interactúan con el ambiente familiar y escolar para dar forma a los síntomas y a los impedimentos. Todavía estamos lejos de tener una explicación teórica verdaderamente unificada y unificante del TDA/H, lo cual probablemente indica que el trastorno no es sólo "una cosa" sino que refleja diferentes condiciones que son el resultado de varios procesos de desarrollo desiguales. He estado dramáticamente influido por investigadores sabios dispuestos a tomar el reto de estudiar a lo largo del tiempo estos procesos de desarrollo tan complejos y fluidos.

Siguiendo esta línea, es difícil evitar la creciente sofisticación biológica del campo. En efecto, hace 30 años las teorías del TDA/H estaban relacionadas con estilos de crianza fallidos—o con nociones neurológicas algo vagas. Hoy día se reconoce claramente que los síntomas principales del TDA/H son altamente heredables, lo que significa que el riesgo a través de la población de presentar problemas en el nivel de actividad, inatención y desinhibición está formado más por los genes que por el ambiente. Pero muchos científicos

que de otro modo son perspicaces afirman que como las diferencias individuales en el TDA/H son atribuibles principalmente a los genes, los ambientes familiares y escolares no son importantes en términos del resultado final. Sencillamente, ese razonamiento es erróneo.

Los determinantes genéticos de un rasgo dado o de una condición dada no eliminan la posibilidad de que las influencias familiares, escolares o culturales puedan formar y moldear el curso de la vida de un individuo. El cerebro es altamente plástico: los genes pueden requerir el efecto de las influencias ambientales para expresarse, y el destino no reside completamente en el determinismo genético (como se afirma con frecuencia hoy día) o en los estilos de crianza familiar (como se creía en generaciones anteriores).

Como ilustración, destaco los hallazgos del Estudio Multimodal de Tratamiento de Niños con el TDA/H, también conocido como el Estudio MTA (Multimodal Treatment Study, por sus siglas en inglés), un estudio a gran escala financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental, el cual comparó el manejo con medicamentos, la intervención intensiva de conducta, la combinación de ambas y el cuidado comunitario en el tratamiento de niños con el TDA/H (para más detalles, véase la edición del diciembre de 2003 de la revista *Attention!*®). En un importante análisis secundario de los datos del MTA, nuestro equipo encontró que para los niños que estaban recibiendo el tratamiento combinado, la conducta disruptiva con base en la escuela no solo mejoraba sino que se reducía al rango normal, si y solamente si los padres mostraban una mejora clara en sus estilos de disciplina negativos/inefectivos (este trabajo se describe en Hinshaw et al., 2000, *Journal of Abnormal Child Psychology*). Seguramente, tal mejora en la crianza sirvió para mediar o para explicar los beneficios del tratamiento multimodal. A pesar de la realidad psicobiológica del TDA/H, la crianza todavía importa.

Con relación a los tratamientos, se ha alcanzado progreso en varias arenas. Por un lado, la medicación se ha reconocido cada vez más como una estrategia de intervención importante—en muchos casos esencial—para niños, adolescentes y adultos con el TDA/H. De hecho, los avances farmacológicos recientes han permitido el que haya formulaciones de una sola dosis que cubran las actividades escolares y luego de la escuela para los individuos que están siendo tratados.

La investigación cuidadosa también ha demostrado que una variedad de intervenciones conductuales (p. ej., adiestramiento a padres, consultas escolares, programación intensiva de la rutina del niño) son beneficiosas para los individuos con el TDA/H, a pesar de que, en promedio, los efectos son algo menores que los de la medicación. Definitivamente, el combinar la medicación con las intervenciones conductuales tiene la mejor probabilidad de producir beneficios clínicamente significativos, con el potencial de necesitar menores dosis de medicamentos que cuando sólo se usa como tratamiento la medicación. Tal progreso en la investigación es bienvenido, dado que hace varias décadas, las terapias individuales y orientadas a la introspección eran solicitadas como el tratamiento de preferencia para casi todos los niños con trastornos emocionales o del comportamiento.

Sin embargo, este no es momento para que el campo descanse en los laureles con relación al tratamiento. Aún hay una falta significativa de adiestramiento entre los practicantes en cuanto al uso de tratamientos conductuales y de medicamentos con apoyo empírico; también hay una falta de cubierta de seguros para las intervenciones con apoyo empírico. Aún más fundamentalmente, tanto los medicamentos como los trata-

mientos conductuales sufren de una limitación paralela clave. Específicamente, los efectos de ambos se disipan rápidamente cuando se detiene la intervención activa. Por lo tanto, los tratamientos actuales son de naturaleza paliativa; alivian los síntomas sin curar el trastorno. El desarrollar tratamientos que cumplan la promesa de producir cambios duraderos tomará un esfuerzo conceptual y clínico arduo.

Finalmente, ¿cuáles son las tendencias futuras? He notado en los diferentes campos de la salud mental un movimiento pequeño pero creciente con respecto a la combinación de los esfuerzos científicos con recuentos narrativos compasivos. Tradicionalmente, ha estado en contra de la naturaleza de los científicos el traicionar las razones personales que tienen para realizar el trabajo que hacen, por miedo de que tales explicaciones subjetivas puedan contaminar su objetividad. Del mismo modo, los clínicos han sido adiestrados para ser desapasionados, para que sus propios "asuntos" no interfieran con el tratamiento. ¿Pero cómo se interesan en su trabajo los científicos y los clínicos en primera instancia? Las experiencias personales y

continúa en la página 45

CHADD DOES NOT ENDORSE PRODUCTS, SERVICES, PUBLICATIONS, MEDICATIONS OR TREATMENTS, INCLUDING THOSE ADVERTISED IN ATTENTION!®

continúa de la página 41

familiares pueden ser fuentes completamente apropiadas de inspiración.

En términos de la ciencia, hay una buena razón para promover la objetividad durante las fases tardías del proceso de investigación, cuando se ponen las hipótesis a prueba; pero durante las fases de "descubrimiento" más tempranas de la investigación, las experiencias familiares y personales, así como la empatía y la compasión, son fuentes legítimas para determinar lo que se quiere investigar. Del mismo modo, los clínicos con frecuencia tienen razones personales y relacionadas con la familia para entrar al campo—esto es perfectamente correcto, siempre y cuando el tratamiento de por sí se provea de manera responsable y profesional.

En mi propia vida y en mi carrera, he tomado pasos lentamente hacia el entendimiento de las razones que tengo para mis intereses duales en las bases científicas de los trastornos de la niñez y la búsqueda de tratamientos efectivos. Tales razones incluyen el haber crecido en una familia en la que el trastorno mental serio estaba y está bastante presente.

Al contar la historia de la vida de mi padre—un filósofo que sufrió toda su vida de trastorno bipolar mal diagnosticado—en *The Years of Silence are Past* [Los Años de Silencio Pasaron], he intentado humanizar el trastorno mental serio al retratar su realidad y al discutir los asuntos que las familias enfrentan. De hecho, mi experiencia personal me ha sensibilizado hacia la importancia absoluta del diagnóstico certero y del tratamiento responsivo, a la resiliencia y la valentía (así como al dolor y la desesperación) que pueden acompañar al trastorno mental, y a la necesidad de apertura y comunicación sobre las enfermedades mentales dentro de las familias y a través de la sociedad.

En general, deseo ardientemente que la combinación de las explicaciones personales, científicas y clínicas del trastorno mental puedan servir de guía en el campo para un conjunto humanitario y responsivo de esfuerzos investigativos y relacionados con el tratamiento y que le dejen saber al público que la salud mental es una prioridad central. Aún existe el estigma relacionado con los trastornos mentales, incluyendo el TDA/H. Se requieren múltiples esfuerzos a nivel individual, familiar y social para reducir tal prejuicio y estigma, y por tanto aumentar el apoyo y el auspicio económico de los esfuerzos de investigación y tratamiento. ■

Stephen Hinshaw es profesor y catedrático de Psicología en la Universidad de California, Berkeley. Ha recibido numerosas subvenciones del Instituto Nacional de Salud Mental y es autor de más de 150 artículos y capítulos. Es Pasado Presidente de la Sociedad Internacional para la Investigación en Psicopatología de Niños y Adolescentes y de la Sociedad para la Psicología Clínica de Niños y Adolescentes. Es el Investigador Principal de los esfuerzos del centro de investigación de Berkeley en el Estudio de Tratamiento Multimodal de Niños con el TDA/H (Estudio MTA). Sus intereses abarcan las influencias familiares y de los compañeros, los riegos neuropsicológico, las autopercepciones, los patrones de desarrollo, las diferencias entre géneros y las estrategias de tratamiento relacionadas al TDA/H.

Traducido por: Carmen C. Salas, M.S., Ph.D.

Advertiser's Index

Brandon Hall School 26
Brehm Preparatory School, Inc. 25
Camp Buckskin 21
Cedars Academy 33
City Creek Press 31
Eagle Hill School 44
Eagle View Ranch 11
Frontier Travel Camp, Inc. 33
Get Organized 44
GSI Publications, Inc. 26
Kuendig, Dr. Richard 31
Landmark College 3
McNeil Consumer & Speciality Pharmaceuticals ..... Cover 2
NYU Summer Program 6
Paladin Academy 45
Schwab Learning 9
Shire US Inc. ..... Cover 4
Southpaw Enterprises 27
SOAR 11
Stone Mountain School 41
Summit Camp ..... Cover 3
Talisman Programs 41
The Learning Camp 24

CHADD DOES NOT ENDORSE PRODUCTS, SERVICES, PUBLICATIONS, MEDICATIONS OR TREATMENTS, INCLUDING THOSE ADVERTISED IN ATTENTION!®