

FUNDACIÓN ADANA
PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH. IIª JORNADA

TDAH: El control de las emociones

Rosa Nicolau i Palou
Psicóloga Clínica Infantil y Juvenil
Coordinadora del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil Eixample
SPPIJ- ICPP Hospital Clínico- Barcelona

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad viene definido por sus tres síntomas nucleares: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. Actualmente considerado un trastorno del desarrollo, del desarrollo en las tres áreas o síntomas descritos, en el que el sujeto tiene por el trastorno interferida la habilidad individual de mantener la atención, el manejo efectivo de las emociones, del nivel de actividad y de actuar consistentemente en función de las consecuencias, esa incapacidad o dificultad que tienen en inhibir la respuesta impulsiva, en parar la respuesta espontánea. Por tanto NO se trata de un trastorno emocional o de base emocional o de origen emocional, pero sí que es un trastorno que interfiere en el manejo de las emociones. La dificultad de autocontrol que presentan las personas con TDAH afecta incluso a nivel emocional.

Existen centenares de sentimientos que nos permiten describir nuestro estado emocional, aunque a menudo las personas utilizan el “me siento mal”, mal porque estoy triste, asustado, desesperanzado, frustrado, irritable, cansado, agotado, preocupado, traicionado, vacío, inútil, incapaz, mentiroso, atrapado, desilusionado, iracundo, incontrolable, confuso, atormentado, afligido, enfermo, dañado, ofendido, inseguro, molesto, perdido, alarmado, nervioso, perplejo, hostil, mordaz, encrespado, sulfurado, lleno de odio, humillado, rechazado, vencido, abatido, pesimista, malhumorado..... ¿Qué significa me siento mal? Si existen centenares de palabras para matizar los sentimientos, ¿porque reducirlo a una sola palabra? es muy distinto sentirse “incapaz” de sentirse “hostil”. La dificultad de expresión de sentimientos es muy generalizada entre los adultos, así pues difícilmente el niño o adolescente aprenderá a describir como se siente. Todos los sentimientos se engloban en cuatro emociones básicas, es decir todo el sufrimiento humano puede clasificarse en tres emociones: la tristeza, la ansiedad (miedo) y la rabia, la cuarta emoción es la felicidad (de la cual espero que todos estemos muy llenos, niños y mayores).

Los sentimientos son circunstanciales, frugales y temporales, cuando se sienten muchos sentimientos englobados en una emoción y estos sentimientos se manifiestan de forma más duradera, es cuando se está embargado por una emoción como la ansiedad. Es decir si una persona se siente asustada, nerviosa, preocupada, insegura, aterrorizada, está persona está invadida por el miedo o ansiedad.

Las emociones se caracterizan porque implican una respuesta cognitiva de pensamiento, fisiológica, motora y verbal. Así la persona que siente **miedo/ansiedad** ante los perros cuando ve según que perro ya se imagina una agresión que es la respuesta cognitiva, piensa “ ¡Qué peligro!, ¿cómo le lleva suelto?, ¡puede atacar!, hay que me mira ,que viene hacia aquí...”, fisiológicamente siente taquicardia, sudoración , dolor de estómago, sequedad de boca, necesidad de orinar o defecar, temblor de piernas...Verbalmente puede que no diga nada, si es un niño probablemente chillará “mamá!!”, y motrizmente apretará a correr con pánico, o se quedará petrificado como una piedra. Por tanto lo que esta persona siente le ha llevado a la emoción y de ella a la acción de huir o petrificarse.

Otra emoción es la **tristeza**, a nivel de pensamiento predominan los pensamientos que inducen a sentirse incapaz, inútil, faltar de ilusión, desesperanzado; “no puedo, estoy agotado”, “no sirve de nada haga lo que haga”, “me ha dejado para siempre, ¿que haré?”, indefensión, incerteza, a nivel fisiológico el cuerpo se enlentece, aparece fatiga, llanto, se altera el sueño y el apetito, puede acompañarse de dolores de cabeza, estómago...Verbalmente, se habla menos, más

lento, de forma más ambigua. Motrizmente se lentifica, se baja la cabeza, los hombros, se va, se aísla. La conducta a la que lleva esta emoción es al retraimiento, encerrarse en uno mismo, evitar los amigos, las fiestas, los juegos, a estar solo.

Finalmente la emoción de la **rabia**, a nivel de pensamiento la persona se percibe agredida “ya se está metiendo conmigo, nunca me deja en paz, mira como me provoca, hay que no aguanto más, no sabe la que le caerá”, fisiológicamente la musculatura del cuerpo se tensa, el organismo se activa, sube la adrenalina en sangre, verbalmente: amenazará, gritará, motrizmente apretará puños, los levantará, alzaré la cabeza- la mirada, su conducta será la agresión verbal o física.

En las personas con TDAH la emoción que más perjudica es la rabia, porque incide en las demás personas (que son “agredidas”) y repercute negativamente en su vida. En la tristeza y en la ansiedad en general, porque no siempre ocurre de este modo, la persona más perjudicada es el propio individuo no siendo así con la rabia. De este modo madres y padres de niños pequeños se quejan de cómo les trata verbalmente su hijo con TDAH cuando por ejemplo le obligan a hacer los deberes, el niño dice a su madre: “tú no sabes, vete, tú no has estudiado, tú no entiendes nada es papá quién sabe”, este tipo de agresión verbal es consecuencia de como se siente el niño, se siente frustrado y rabioso porque en vez de jugar y relajarse debe de ponerse a hacer deberes que le requieren de un esfuerzo adicional por sus dificultades atencionales, de inquietud motriz e impulsividad.

Se encuentran diferencias notables entre los niños con TDAH que agreden ocasionalmente y los niños con TDAH más otro trastorno del comportamiento como es el negativismo desafiante (afecta al 40-60% de niños con TDAH) o el trastorno de conducta disocial (afecta del 20-40% de niños con TDAH), habitualmente estos niños distorsionan la vida familiar y la escolar por sus manifestaciones agresivas, incluyendo el deterioro que sufren las relaciones del niño con sus compañeros. Miranda y Presentación (2000) analizan los efectos de dos programas de intervención cognitiva-conductual, uno es una adaptación del programa de Kendall et al.(1980) y la combinación de este programa con uno de técnicas de control de la ira. Los niños fueron agrupados en 4 grupos de tratamiento: grupo de TDAH que recibían tratamiento cognitivo-conductual de auto-control, grupo de TDAH que recibían el mismo tratamiento más el de entrenamiento de manejo de la ira (combinado), grupo de TDAH+conductas agresivas que recibían tratamiento cognitivo-conductual de auto-control y grupo TDAH+conductas agresivas que recibía el tratamiento combinado. Se suponía que ambos programas donde se utilizan técnicas autoinstruccionales, modelamiento, role-playing y técnicas conductuales de manejo de contingencias deberían contribuir a rectificar las deficiencias de autorregulación que presentan los niños con TDAH. Ambas intervenciones produjeron mejoras considerables tanto en los síntomas básicos como en problemas escolares asociados y en conductas antisociales. En el caso del grupo de niños con TDAH+conductas agresivas mostraba mayor eficacia en la reducción de comportamientos antisociales y en un mejor ajuste social, el tratamiento combinado, cuando se incluye el entrenamiento en el manejo de la ira.

Nosológicamente el TDAH es un trastorno crónico que interfiere en la capacidad de inhibir los propios impulsos y permitir la auto-regulación. Por tanto,

LOS INDIVIDUOS CON TDAH SABEN QUÉ DEBEN HACER PERO NO HACEN SIEMPRE LO QUE SABEN DEBIDO A SU INHABILIDAD EN PARAR Y PENSAR ANTES DE RESPONDER, INDEPENDIENTEMENTE DEL LUGAR Y DE LA TAREA.

Sam Goldstein 1998

Dentro de los objetivos de tratamiento psicológico uno de los principales es aumentar la capacidad de autocontrol, Hinshaw (1996) en el manejo de la rabia propone: entrenar al niño a reconocer las señales internas y externas que desencadenan la rabia, desarrollar estrategias cognitivas y comportamentales para su manejo y entrenar al niño a registrar qué situaciones reales con los compañeros le generan rabia para analizar que actuaciones puede tener. Como técnicas cognitivo-conductuales del control de la rabia generalmente se utiliza la relajación y la técnica de la tortuga propuesta por Schneider y Robin (1973) además de la técnica de resolución de problemas.

Por tanto debe de entrenarse al niño o adolescente a identificar las emociones que le invaden y le inducen a comportarse de ese modo, y en buscar de forma conjunta terapeuta-niño estrategias que le faciliten PARAR antes de ACTUAR. Debe, pero, tenerse en cuenta que el entrenamiento en autocontrol es una parte del tratamiento multimodal que requiere el trastorno y que el tratamiento que ha demostrado mayor eficacia es la aplicación de todo el paquete terapéutico.

Sobre el tratamiento comportamental o psicosocial basado en la terapia del comportamiento cognitivo-conductual es importante tener en cuenta que el informe de consenso de la NIH (National Institute of Mental Health) publicado en Febrero de 2000 insiste en que han demostrado su eficacia en el tratamiento del TDAH los fármacos (principalmente estimulantes y tricíclicos), así como las terapias comportamentales y los tratamientos combinados (multimodales) (Jensen., 2000, Pelham et al., 1998, Spencer et al., 1996). Los resultados del MTA (Cooperative Group, 1999) del estudio de la NIH señalan la superioridad del fármaco al compararse parámetro por parámetro (a 14 meses de seguimiento, dicha superioridad se encuentra en los síntomas nucleares del TDAH, básicamente en inatención e hiperactividad-impulsividad cuando los informantes son los padres). Pero el tratamiento combinado (la aplicación de fármaco más tratamiento psicosocial o psicológico) ofrece modestas pero importantes ventajas, permite por ejemplo reducir la cantidad de fármaco a utilizar (tal como se hizo en el estudio MTA, pero esta posibilidad necesita ser replicada y testada), incrementa el grado de satisfacción de padres y maestros y mejora las habilidades sociales de los niños (M.García Giral y R. Nicolau, 2001).

Según manifiesta la academia americana de psiquiatría en niños y adolescentes (Duavn et al. 1997), el aspecto más crucial del tratamiento consiste en establecer una alianza terapéutica con los padres, el paciente y la escuela que permita realizar una intervención específica e implantarla de forma consistente.

La guía clínica para el TDAH publicada por Taylor et al. en 1998 también propone el tratamiento multimodal como tratamiento de elección, y en el artículo que el mismo Taylor publica sobre el grupo de profesionales Europeos (Taylor 1999) afirma “parecería como si la combinación de tratamiento comportamental con la medicación, es de particular importancia para obtener un respuesta excelente”.

El tratamiento multimodal dentro del área de terapia de comportamiento incluye:

- Entrenamiento a padres. (Taylor et al., 1998, Barkley., 1998., Anastopoulos et al., 1996)
- Intervención escolar (Pelham et al., 1996., Swanson ., 1992)
- Tratamiento al niño básicamente haciendo uso de procedimientos conductuales, de autocontrol de la rabia y autoinstrucciones (Pelham et al. 1996., Hinshaw 1996).

Tomando de punto de partida la literatura sobre el trastorno y las estrategias de autocontrol que pueden serles útiles, se propone un tratamiento en grupo para niños y adolescentes. El contenido de las sesiones se basa en fomentar el autocontrol, las auto-instrucciones, la resolución de problemas y el uso de habilidades sociales. Se persigue que los sujetos reconozcan en sí mismos puntos fuertes y puntos débiles y tengan estrategias para afrontar los puntos débiles.

Se hace uso de contingencias; sistema de economía de fichas, refuerzo positivo, extinción, coste de respuesta. Se utiliza el modelaje así como el procedimiento autoinstruccional siguiendo la pauta propuesta por Kendall (1980).

Tratamiento en grupo para niños y adolescentes de autocontrol emocional y conductual; contenido de las sesiones:

- 1 Identificación de sentimientos
- 2 Clasificación en positivos y negativos.
- 3 Clasificación según las emociones básicas: Tristeza, Ansiedad, Rabia, Alegría, Amor-amistad.
- 4 La expresión de sentimientos; ventajas.

- 5 Mensajes "yo"
- 6 Autocontrol de las emociones
- 7 Primero identificarlas.
 - 7.1 Segundo analizar qué las genera.
 - 7.2 Decidir si primero autocontrolarse y/o expresar sentimientos.
- 8 Autocontrol de la rabia:
 - 8.1 La relajación según Jacobson.
 - 8.2 "Pararse"-autocontención, contar, visualización de imagen positiva.
 - 8.3 Auto-time-out.
 - 8.4 Técnica de la tortuga de Scheneider.
- 9 Las emociones de tristeza y ansiedad. Técnicas de afrontamiento.
 - 9.1 La relajación.
- 10 La autoestima.
 - 10.1 Areas: académica, deportes, relaciones, aspecto, conducta.
- 11 La autoestima.
- 12 Técnica de resolución de problemas; según Kendall.
- 13 Técnica de resolución de problemas y habilidades sociales: asertividad, agresividad, pasividad.
- 14 Técnica de resolución de problemas y habilidades sociales.

(R. Nicolau y M.García Giral, 2002)

Bibliografía: (en negrita la bibliografía en castellano)

Barkley RA (1998) Attention-Deficit Hyperactivity disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2nd Edition The Guilford Press.

Braswell, L. y Bloomquist, M.C. (1991),. Cognitive behavioral therapy with attention-deficit hyperactive disorder children. New York: Guilford.

Calderón, C. (2001) resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad. Anuario de Psicología, vol. 32, nº 4, 79-98.

Ducan MK, Benson MD. (1997) AACAP OFFICIAL ACTION, Summary of the Practique Parameters for de Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults With ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:9.

Miranda, A., y Presentación, M.J. (2000) Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. Psychology in the Scholls, Vol.37 (2).

M.García Giral y R. Nicolau. ACTUALIZACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. Año III, nº 3 .Aula Médica. 2001.

Hinshaw SP (1996) Enhancing Social Competence: Integrating Self-Management Strategies with Behavioral Procedures for Children with ADHD. (Chapter 14). Psychosocial Treatments for child and adolescent disorders. Edited:Hibbs ED, Jensen PS. American Psychological Association. Washington, DC.

Jensen, PS (2000) Commentary: The NIH ADHD Consensus Statement: Win, Lose, or Draw ?. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 39:2.

Kendall, P. y Braswell, L. (1985). Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. New York: Guilford Press.

Kendall, P.C., Padever, W y Zupan, B. (1980). Developing self-control in children: A manual of cognitive-behavioral strategies. Minneapolis: University of Minnesota.

R.Nicolau y M.García Giral TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Número Especial, Volumen 19, Mayo del 2002.Madrid. ISSN: 1130-9512, IBECS