

PRÓLOGO

A ningún especialista en psiquiatría infantil, que sea avezado en el ejercicio profesional, se le oculta que los trastornos por déficit de atención, con o sin hiperactividad, constituyen una entidad clínica harto compleja que, a pesar de las numerosas investigaciones de que han sido objeto en estas dos últimas décadas, todavía hoy constituye un poderoso reto, del que infortunadamente no siempre se sale bien parado.

Repárese en que la atención dirige la percepción selectivamente hacia determinados estímulos que, una vez percibidos, incidirán en el mapa cognitivo infantil del que en buena medida depende el aprendizaje. Por eso, si la atención falla, es muy probable que fracasen otras importantes funciones cognitivas como la comprensión, el procesamiento de la información —sólo fonemático o icónico, en lugar de semántico—, el almacenamiento, reconocimiento y recuperación de la información, etc. Es decir, todo ese vasto y complejo ámbito que constituye el entramado de las tareas de aprendizaje, las cuales —a pesar de su elementalidad o precisamente por ella— forman el soporte fundante que sostendrá y hará posible, más tarde, el acabalgamiento de futuros y más complejos aprendizajes.

No cabe duda que los trastornos de atención en el niño constituyen uno de esos problemas de aristas vivas que reclaman una atención muy especializada —y tan precoz como parsimoniosa— por parte del psiquiatra infantil, psicólogo, psicopedagogo, pediatra, etc. No es aquí congruente que el no especialista afronte el tratamiento de estos enfermos, dado el conjunto abigarrado de trastornos psicopatológicos que en ellos se concitan. Por eso mismo, lo más prudente y eficiente es su precoz derivación al especialista, y a un especialista que realmente lo sea. Aquí no hay tiempo que perder. Todo aplazamiento puede constituir una cierta hipoteca sobre la futura evolución del niño.

En el entramado poliédrico de esta enfermedad hay demasiados ámbitos sectoriales que no acaban de ajustar como debieran. De aquí la pertinencia de hacernos algunas preguntas. ¿Cómo se relacionan, por ejemplo, la impulsividad y los *trastornos de atención*? ¿Qué determina o condiciona a qué? ¿Qué relacio-

nes cabe establecer entre *hiperactividad e impulsividad*? ¿Son fenómenos dependientes de una única y misma causa o de causas diferentes? ¿Es el niño hiperactivo fácilmente irritable o, sencillamente, tolera mal la frustración? ¿Obedece la conducta hiperactiva a su intolerancia al aburrimiento o, más bien, a la imposibilidad de aburrirse? ¿Cuál es el significado del placer que estos niños parecen encontrar en las situaciones de alta estimulación, espontáneas o auto-provocadas, y/o en aquellos contextos muy saturados de estímulos novedosos? ¿Puede hablarse de alguna variable moduladora que dé cuenta de las posibles interacciones entre las aludidas manifestaciones sintomatológicas? Con los datos de que dispone en la actualidad la comunidad científica, hay que afirmar que no, que, por el momento, no disponemos de una respuesta satisfactoria a las anteriores preguntas.

En este punto, preciso es reconocer el acierto del DSM-IV (APA, 1994), al volver grupas a la hora de establecer sus criterios diagnósticos respecto del DSM-III-R —en el que se había optado por la unidimensionalidad criterial de la hiperactividad infantil— y reponer afortunadamente los criterios multidimensionales, previamente establecidos en el DSM-III (APA, 1980).

Esta última opción parece, desde luego, más recomendable. Pero aun así, deja fuera de foco otras muchas manifestaciones sintomáticas que, por su relevancia, no debieran haberse excluido en esta última taxonomía. Me refiero, principalmente, a los *signos neurológicos menores*, a los *trastornos afectivos* y al *déficit en habilidades sociales*, tan frecuentes en los niños hiperactivos. Ciertamente que estos trastornos no están siempre presentes en todos y cada uno de los niños hiperactivos, pero con ser harto frecuente su presentación, constituyen un factor decisivo en el futuro despliegue de algo tan importante e irrenunciable como su competencia social. ¿Es que acaso puede renunciarse o silenciarse el hecho de que el niño hiperactivo llame continuamente la atención de quienes le rodean, sea inseguro y muy susceptible, y cambie bruscamente su estado de ánimo? ¿Es renunciable el hecho de que no disponga de habilidades cooperativas, intente dominar a los demás, sea inoportuno y persistente en sus peleas y, en consecuencia, sus compañeros eviten encontrarse con él? ¿Puede socializarse un niño así? Y si su socialización se ve obstaculizada por estas causas, ¿no con vendría, tal vez, ocuparse de esta importante conducta deficitaria?

Lo mismo puede afirmarse respecto de otro ámbito no menos significativo. Me refiero, claro está, a su deficitario aprendizaje, déficit casi siempre mediado por los *estilos cognitivos impulsivo, rígido e independiente de campo* que caracterizan al niño hiperactivo, frente a los estilos cognitivos reflexivo, flexible y dependiente de campo de los niños no hiperactivos.

Por otra parte, los trastornos de atención en la infancia no aparecen como una entidad unívoca, sino que, en la mayoría de las ocasiones, se entrecruzan y asocian a un espectro muy dilatado de trastornos psicopatológicos (*comorbilidad*): impulsividad, exceso de actividad motora, trastornos de conducta, bajo rendimiento académico, trastornos afectivos, etc. Esto plantea una cuestión inaplazable: la del *diagnóstico diferencial*, principalmente, entre el déficit de atención y los trastornos por ansiedad, la agresividad, la depresión, los problemas

de aprendizaje, las ausencias epilépticas, el síndrome de Gilles de la Tourette, la corea de Sydenham y el autismo.

En la experiencia personal de quien esto escribe hay que afirmar que una de las relevantes cuestiones que debieran esclarecerse en el futuro —y que, sin duda alguna, interpelan al clínico— es la del *pronóstico* de estos niños. Una cuestión ésta a la que es conveniente contestar, no sólo por afectar al porvenir del niño, sino también porque habitualmente se plantea de forma lacerante en la mayoría de los padres. Pero no se podrá esclarecer esta relevante cuestión si no se realizan en el futuro —forzoso es reconocerlo— los pertinentes estudios de seguimiento de estos niños. De hecho —como en otras ocasiones se ha puntualizado—, el seguimiento de estos pacientes pone de manifiesto la emergencia en ellos, durante la adolescencia y después, de otras graves entidades psicopatológicas. Me refiero en concreto a los trastornos bipolares más frecuentemente con episodios de manía, ciertas formas de esquizofrenia, trastornos de adaptación y trastornos de personalidad. A ello hemos de añadir el mayor riesgo que estos niños tienen de consumo de drogas y abuso de alcohol, circunstancias éstas que les hacen aún más vulnerables.

Acaso pueda afirmarse que hay tres ámbitos en que los recientes avances parecen consolidarse. Me refiero al descubrimiento de las bases neurobiológicas de estos trastornos; al desarrollo experimentado en lo que se refiere a los instrumentos escalares hoy disponibles para uso diagnóstico; y a los tratamientos farmacológicos y psicopedagógicos de actual vigencia en nuestra comunidad científica.

Ciertamente, no disponemos de una panacea que nos permita abrigar, por el momento, una robusta esperanza —y mucho menos la supuesta omnipotencia terapéutica— en relación con estos problemas. Pero sería injusto ignorar el avance experimentado y, con él, la posibilidad de armar más poderosamente —y, también, más eficazmente— los brazos del psiquiatra infantil y del modificador de conducta.

El autor de estas líneas lleva dedicado al menester de la investigación de este problema más de quince años ininterrumpidos, como lo atestiguan las publicaciones que ha realizado sobre este particular. Y, no obstante, aún reconoce tener que hacer difíciles equilibrios en el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico de los niños hiperactivos.

A pesar de ser muchas las aportaciones recientes y los avances experimentados en este ámbito clínico, es mucho lo que todavía queda por hacer. Ha de concluirse que, en realidad, los trastornos de atención e hiperactividad infantil están todavía lejos de ser una cuestión agotada. Lo que, enunciado de otra forma, podría formularse afirmando que este problema constituye, todavía hoy, un reto para muchos investigadores, que se presenta con la tozuda y osada capacidad de suscitar en ellos un profundo agotamiento.

Sólo me restan unas palabras finales de obligado y honroso reconocimiento. Los resultados que a continuación se ofrecen han sido obtenidos por el equipo de investigadores que he tenido el honor de dirigir. Todos obtuvieron el grado de doctor hace ya más de un lustro. A ellos únicamente se debe el mérito

to que esta publicación pueda tener. A mí sólo me cabe el gozo de haberles dirigido y, ciertamente, los defectos que el atento lector pueda en ella encontrar o quiera atribuirme.

En las líneas que siguen, amable lector, encontrarás de forma sucinta muchas respuestas a algunos de los interrogantes planteados. El equipo de colaboradores y quien escribe este prólogo se sentirían muy halagados si a través de este trabajo hubieran podido contribuir a facilitar el quehacer clínico y la más pronta recuperación de estos jóvenes pacientes.

A. POLAINO-LORENTE
Catedrático de Psicopatología
Sierra de Madrid,
Enero de 1997