

IV Congreso Mundial de Psicoterapias - “La psicoterapia como puente entre culturas”
Buenos Aires - 27-30 de agosto de 2005

“El desafío de tratar adultos con AD/HD”

Lic. Ruth Irene Wilner
Vicedirectora del Centro de Terapia Cognitiva

Especificidad en el diagnóstico

Dado que los síntomas de ADHD son experimentados en algún momento por prácticamente todas las personas, el clínico tiene la responsabilidad de asegurarse que el individuo evaluado se encuentra limitado por sus síntomas de manera más sustancial que la mayoría de las personas de su nivel evolutivo, ver si esta persona sufre y se ve impedida por estos síntomas de manera más intensa, más frecuente y más sostenida que los demás.

Baterías psicológicas y neuro-psicológicas que cuantifiquen la dificultad:

- Evaluación de la visión de sí mismo a través de test gráfico y test de Rorschach.
- La mayoría de los adultos que han sufrido ADHD se sienten poco efectivos dada su historia de frustraciones y fracasos en la escuela, la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

Tratamiento

Tratamiento conjunto o por módulos en la que el equipo tratante prioriza:

- Evaluación y tratamiento farmacológico cuando es indicado.
- Evaluación y tratamiento psicológico y/o psicopedagógico cuando es indicado.

Tratamiento psicológico

Módulos que pueden trabajarse simultáneamente o sucesivamente.

- A. Centrado en el desarrollo de técnicas y estrategias.
- B. Centrado en el trabajo sobre la identidad.

A. *Centrado en el desarrollo de técnicas y estrategias:*

1. Incremento de la función ejecutiva
2. Incremento en la capacidad de atención
3. Incremento de la memoria a corto y largo plazo
4. Incremento en la capacidad de resolución de problemas
5. Incremento en la capacidad de manejo temporal
6. Incremento en la tolerancia al stress
7. Incremento del diálogo interno para organizar la conducta
8. Reorganización del entorno físico si fuera necesario
9. Trabajo sobre la autoestima

El primer módulo de trabajo, lo realizamos centrado en tres áreas:

- a) Aspectos psico-educacionales, organización y planeamiento

- b) Reducción de la distractibilidad
- c) Reorganización de pensamiento (incluye manejo de la dilación)
- a) En las primeras entrevistas de tratamiento se comienza con la utilización de ejercicios motivacionales para el cambio.
 Ejemplo: Evaluación de los pro y contras del cambio.
 Tal como en la terapia cognitiva clásica, se establece una agenda, se acuerdan los objetivos junto con el paciente, se conversa sobre la estructura de las sesiones, y se establece el acuerdo acerca de la auto-terapia ampliada que incluye las ejercitaciones entre entrevista y entrevista. Como específico a esta problemática se agrega la psico-educación acerca del desorden atencional, se evalúa la posibilidad de incluir a otro significativo en el tratamiento, y se trabaja sobre el uso de la agenda, esto implica el uso sistemático del calendario, y una lista de tareas diarias, que requieren ser visualizados por el paciente, el entrenamiento en resolución de problemas y el “gerenciamiento” de la organización.
 Uno de los puntos centrales de esta área de trabajo es el manejo de tareas múltiples. Las personas que sufren de esta problemática, muchas veces encuentran difícil jerarquizar las mismas. Se crea un sistema junto con el paciente que les permite codificaciones en categorías y así determinar cuáles deben resolverse antes y cuáles después.
 También se les enseñan técnicas de resolución de problemas que abarcan dos grandes grupos:
- 1) Seleccionar un plan de acción (técnica de resolución de problemas clásico)
 - 2) Desarmar una tarea abrumadora en pasos mas pequeños
- Se ayuda a los pacientes a crear un sistema de organización del escritorio de trabajo, ordenando los papeles y tareas en categorías y prioridades. Se discuten cuestiones, que en otro contexto podrían parecer nimias, como el lugar en donde poner los papeles, etc.
- b) Se trabaja aumentando el espectro atencional y disminuyendo la distractibilidad. Para ellos se trabaja en un diseño experimental, que permita el paciente determinar su propio espectro atencional. Ej: se le pide que tome el tiempo en que atiende a una tarea que no le resulte atractiva, y se repite el ejercicio varias veces. La próxima estrategia consiste en que utilice la técnica de resolución de problemas para convertir la tarea en pequeños pasos que pueda llevar adelante dentro del tiempo en que puede atender. A medida que adquiere recursos, esos tiempos se prolongan. Si el nivel de distractibilidad es alto, se le puede pedir que anote los temas que lo distraen y que evalúe solo una vez finalizada la tarea la prioridad que dichos temas tienen. El completar la tarea es un logro que no precisa de mayor refuerzo en un adulto.
 Algunas veces es necesario ayudar al paciente a reorganizar el entorno físico, para reducir las distracciones. Estas pueden incluir bajar el volumen de la alarma del teléfono, cerrar Internet, apagar la televisión y la radio, cambiar de lugar el escritorio, etc.
 También se pueden incluir flashcards de distintos colores que aludan a distintos elementos que lo distraen, si su entorno de trabajo es más público.
- c) En esta fase de reorganización del pensamiento, trabajamos con los pacientes el incremento de reflexión que permite registrar mayor información y detectar así

los pensamientos, emociones y conductas que al producir o mantener situaciones de stress interfieren con la consecución de los objetivos que se han propuesto para este primer módulo de trabajo. Esto les permite desarrollar estrategias de afrontamiento y la minimización de síntomas. Aprenden a reconocer cómo interactuar pensamientos, emociones y conductas en los síntomas que acompañan el trastorno atencional y cómo este ciclo puede exacerbar la desatención, la dilación, la frustración y la depresión.

Para romper este circuito deben reconocer sus estados internos y los pensamientos que intervienen.

Trabajamos también sobre un síntoma muy frecuente en las personas que padecen trastornos atencionales: la dilación o procastrinación. Estudiaremos con el paciente cuáles son las áreas en las que este problema se presenta con mayor frecuencia e intentaremos develar los factores emocionales que lo alimentan. Evaluaremos junto con ellos desventajas y ventajas de los mismos y los abordamos con las técnicas de resolución de problemas. Frecuentemente trabajamos sobre esquemas que subyacen, como por ejemplo el de perfeccionismo.

Finalmente, trabajamos sobre la prevención de recaídas.

B. Según Mahoney existe una dimensión tácita en psicoterapia llamada Core Ordering Proceses (COPs). Son experiencia psicológica. Implican cuatro temas:

- Realidad: La construcción de constancias preceptuales y dimensiones tales como
 - Estable – Inestable
 - Real – Falso
 - Posible – Imposible
 - Pleno de sentido – Sin sentido
- Valor: La construcción de juicios emocionales sobre dimensiones tales como
 - Agradable – Doloroso
 - Bueno – Malo
 - Positivo – Negativo
 - Correcto – Incorrecto
 - Aproximación – Alejamiento
- Self: La construcción del sentido de continuidad en las dimensiones
 - Cuerpo – Mundo
 - Yo – No yo
 - Yo – Tu
 - Nosotros – Ustedes
- Poder: La construcción del sentido de agencia y dimensiones tales como
 - Posible – Imposible
 - Esperanzado – Desesperanzado
 - Comprometido – No comprometido
 - Controlado – No controlado

Estas dimensiones crean un cierto orden.

Para que pueda darse el trabajo en el que una persona sienta que puede adquirir recursos, tal como plantea Rosenbaum, es necesaria la existencia de una auto-representación, una evaluación y una acción. Rosenbaum plantea que las conductas relacionadas con la “enfermedad” se adquieren y mantienen por el estilo de vida del individuo en la sociedad moderna, mientras que las conductas relacionadas con la salud

son aprendidas y mantenidas por el proceso de autocontrol que está bajo el control voluntario de la persona.

Es por eso que en esta parte del tratamiento trabajamos sobre la disonancia cognitiva en la auto-imagen que produce en el paciente el diagnóstico de esta problemática. Se permite así que el programa de auto-modificación tenga lugar.

Luego trabajamos sobre el monitoreo y auto-evaluación, teniendo en cuenta que tiene que haber una percepción de cambio posible. Tiene que existir una perspectiva de cambio en el futuro, de auto-eficacia predicha. También influye que el paciente crea que puede ser agente de este cambio. Este es uno de los obstáculos más frecuentes en estos tratamientos, ya que la persona necesita tener alguna esperanza de poseer la capacidad necesaria y que el terapeuta tenga la habilidad para ayudarlo a cambiar. Esto según Safran se da siguiendo una serie de pasos en los que esta transmisión es posible, ligado al reconocimiento de la desesperanza:

- El comenzar a desarrollar el sentido de agencia a través de expresar el propio deseo en oposición al terapeuta
- Aprender a aceptar la limitación para lograr el cambio, sin caer en una postura de resignación ni desconocimiento de las propias necesidades
- Aprender a relacionarse con los otros como sujetos, mas que como personajes de su propio drama

En nuestra experiencia, algunos pacientes pasan de lo fase A a la B del tratamiento, y otros no están interesados en las mismas. Para nosotros una de las posibilidades de prever quiénes pasarán de una a otra, o quienes cerrarán el tratamiento al concluir la primera fase, depende de la evaluación del estilo atribucional del paciente. Aquellos pacientes que poseen en su discurso un locus de control más interno estarán más interesados que aquellos que tienen un estilo atribucional más externo. También tomamos las dimensiones propuestas por Beutler para seleccionar el tratamiento adecuado, a partir de familias de intervenciones poniendo el énfasis mas en A o en B.

1. Nivel de actividad o deterioro funcional -> Decisión ligada con la intensidad del tratamiento
2. Estilo de afrontamiento -> Patrón de afrontamiento utilizado por el paciente para adaptarse a los cambios:
 - Internalizadores -> Más énfasis en B
 - Externalizadores -> Más énfasis en A
3. Complejidad -> Ligada a lo histórico
4. Nivel de malestar o distress -> nivel de angustia subjetiva -> influye en el nivel de motivación para el cambio
5. Nivel de reactancia -> Resistencia y/u oposición a las intervenciones del terapeuta. Esta característica se define en relación a lo que el paciente define como percepción de amenaza a su libertad o sometimiento y control. Esto define la directividad de la psicoterapia.

Tenemos también en cuenta que el mejor predictor del éxito terapéutico es la calidad de la alianza terapéutica (Mahoney-Safran).

Factores que favorecen el fracaso del abordaje

- Alteraciones en la alianza
- Dificultades familiares severas
- Comorbilidad con trastornos disociales

- Dificultades laborales
- Desavenencias en el equipo de trabajo
 - Mediación y/o tipos de abordajes
- Faltas de ajuste en el entonamiento para elegir la estrategia y también en la evaluación de los progresos y retrocesos
- Momento evolutivo en el que es detectado y erosión que ha provocado en el sistema

Bibliografía

- Lardani, A., Gagliesi, P.: “Selección sistemática de tratamiento. Antecedentes y desarrollo de un programa de validación en la Argentina” en Sistemas familiares y otros sistemas. Año 19 nros 1 y 2, 2003.
- Mahoney, M.: “Constructive Psychotherapy”. The Guildford Press, 2003.
- Rosenbaum, M.: “Research Reports on Health Psychology”. The William Schwartz Laboratory for Health Behavior Research. Tel Aviv University, Department of Psychology and the Golda Meier Institute, 1995.
- Safran, J.: “Fé y desesperanza en psicoterapia”. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol XI, Nro 3, 2003.