

APEGO E HIPERACTIVIDAD: UN ESTUDIO EXPLORATORIO DEL VÍNCULO MADRE-HIJO.

Manuela García Quiroga

Unidad de Salud Mental, Hospital de Quilpué (Chile). Universidad Autónoma Barcelona.

Margarita Ibáñez Fanes

Servicio de Psiquiatría Hospital San Juan de Dios. Universidad de Barcelona, España.

E-mail: psmanuelagarcia@gmail.com

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the main reasons for attending Child Psychological and Psychiatric services. Recent studies have suggested that ADHD may appear in the context of unsecure attachment. The present article shows the results on an exploratory study that inquires in the internal representations of children diagnosed with ADHD and their mothers, through psychological testing. The distribution of attachment is studied comparing it with non clinical population results, and a relationship between children and mothers attachment style is established, in terms of qualitative and quantitative characteristics as well as the symptoms of the disorder. The results show significant differences in attachment style in clinical and control patients. The clinical implications of the findings and the need for attachment considerations in the treatment of ADHD are discussed.

Key words: Attachment, hyperactivity, bond, attentional deficit.

INTRODUCCIÓN

a. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es actualmente uno de los más frecuentes motivos de consulta en los equipos de psiquiatría infantil. El aumento del diagnóstico de este trastorno ha producido un importante interés por estudiar sus causas y mejorar su evaluación y tratamiento. Diversos estudios y publicaciones reflejan una alta incidencia de esta problemática entre la población infantil. Se estima que entre un 3% y un 8% (Gratch, 2000; Green y Chee 2000; Orjales 1998) de niños menores de 10 años presentan Déficit de Atención con

Hiperactividad y que el trastorno es más frecuente en niños que en niñas en una proporción de 10 a 1 (Orjales, 1998).

Los síntomas principales del TDAH son la **falta de atención**, la **impulsividad** y la **hiperactividad**, algunos niños pueden presentar solo una de estas variantes pero lo más común es que exista una mezcla de ellas.

Los estudios realizados sobre TDAH permiten afirmar que se trata de un trastorno consensuado como un claro ejemplo de problemática bio-psico-social (Goldstein, 1998).

Respecto a la etiología, se considera que el TDAH es un trastorno multicausal, influyen en su aparición y curso factores de disposición genética, factores biológicos adquiridos, factores relacionados con la neuropsicología y condiciones familiares y escolares adversas que son especialmente importantes en la evolución del trastorno (Hervás, 2004).

El TDAH es un trastorno que afecta las distintas esferas de la vida del niño (escolar, familiar y social), generando una importante merma en su autoestima. Suele iniciarse tempranamente y persistir a lo largo de todo el período escolar hasta la vida adulta.

Las recomendaciones terapéuticas incluyen el tratamiento multimodal y multicontextual, otorgando una gran importancia al papel desempeñado por los padres en el tratamiento. La desregulación de la relación padres-niño es muy frecuente en los casos de TDAH y aumenta aún más las fuentes de excitación del niño, empeorando las características del trastorno (Ibáñez, 2004).

Las recomendaciones a los padres en general incluyen clarificación de las normas, ambiente familiar ordenado y organizado y exigencias adaptadas a las capacidades del niño. Sin embargo muchas veces estas recomendaciones se hacen difíciles de cumplir para los padres en gran medida debido a que muchos de estos padres también presentan o presentaron en su niñez TDAH (entre el 30 y el 40 % de los niños diagnosticados con TDAH, tienen familiares consanguíneos que tienen, o tuvieron cuando niños, similares dificultades, según señala Gratch, 2000), lo que los hace ser más impulsivos y distráctiles en la relación con sus hijos y muchas veces genera pautas disfuncionales en la familia. También influye de modo importante el desgaste que se va produciendo en la relación entre el niño y sus padres debido al escaso control de los impulsos que presenta el niño, su mal comportamiento, la poca eficacia de los métodos habituales de disciplina y la reiterada frustración que sienten los padres al intentar contener a su hijo, todo lo cual va generando estrés en la familia y empeorando progresivamente el vínculo entre el niño y sus padres. Lo anterior puede desencadenar en los padres actitudes de evitación o, por el contrario, de sobreinvolucramiento que pueden agravar el curso del trastorno o entorpecer el tratamiento indicado al niño.

b. Apego

Descrito por Bowlby en 1969, el apego consiste en “un conjunto de pautas de conducta características, en parte programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen por objetivo mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna” (sea esta la madre o su principal cuidador). Hacia el final del primer año, esta conducta se organiza como un sistema y se vuelve activa cada vez que se dan ciertas condiciones en las que la seguridad del niño pelagra de algún modo (situaciones atemorizantes, dolor, cansancio o cuando él siente que su madre es inaccesible). Este conjunto de conductas tiene como finalidad la protección y un rasgo importante es la intensidad de la emoción que la acompaña. La conducta de apego se alterna con la de exploración del medio, de manera que si la conducta de apego se activa el niño cesa temporalmente su conducta de exploración (Bowlby, 1989).

Se han definido cuatro tipos principales de apego, estudiados inicialmente por medio del procedimiento de “la situación extraña” creado por Mary Ainsworth:

a) Apego Seguro: Estos niños confían en que sus padres o figuras parentales serán accesibles, sensibles y colaboradoras si ellos se encuentran en una situación difícil o atemorizante, con esta seguridad se atreven a explorar el mundo.

En sus relaciones con otros niños en la edad escolar, tienen respeto y empatía con los niños afligidos, son menos susceptibles a los rechazos y cuando están en grupos grandes mantienen lealtad y confianza respecto a sus amigos más cercanos.

Este patrón de apego se ve favorecido por el progenitor cuando se muestra fácilmente accesible y atento a las señales de su hijo y amorosamente sensible cuando éste busca consuelo y cariño.

b) Apego Inseguro-Evitativo: Estos niños no confían en que cuando busquen cuidados recibirán una respuesta servicial, por el contrario, esperan ser desairados e intentan volverse autosuficientes.

En su relación con otros niños en la edad escolar parecen tener menor probabilidad de mostrar aflicción y dependencia cuando se lastiman o desilusionan, tienden a victimizar a los otros y pueden dar la falsa impresión de ser emocionalmente maduros sin embargo son menos capaces de disfrutar la proximidad y la intimidad.

Este patrón de apego suele ser el resultado de una actitud rechazante de la figura de apego cuando el niño se acerca a ella en busca de protección y consuelo (relacionada probablemente a su vez, con sus propias dificultades de apego), aquí el conflicto suele estar más oculto y es una forma relacional de adaptación a experiencias dolorosas y desbordantes para las capacidades psicológicas y emocionales del niño en la edad temprana.

c) Apego Inseguro-Ambivalente o Ansioso: Estos niños están inseguros de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite pero a la vez hay una abundante expresión de las emociones entre el niño y la figura de apego, aunque poco adecuadas a la experiencia que comparten en la realidad. A

causa de esta incertidumbre, el niño siempre tiene la tendencia a la separación ansiosa y al aferramiento y se muestra ansioso frente a la exploración del mundo.

En la edad escolar estos niños suelen tener más posibilidades de ser victimizados. Tienen una tendencia a mostrar falta de estabilidad, ser irritables y perder el control con facilidad.

Esta pauta de apego, en la que el conflicto es evidente, se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones, pero no en otras, y por las separaciones y amenazas de abandono utilizadas como medio de control.

d) Apego Inseguro Desorganizado: Esta categoría se estableció posteriormente (Main y Solomon, 1990), al observar que algunos niños no eran clasificables en ninguna de las categorías anteriores pero presentaban características en común. Estos niños muestran comportamientos desorganizados e incoherentes. Los movimientos parecen congelarse y muchas veces presentan conductas estereotipadas.

Este patrón de apego se ha encontrado con mayor frecuencia en poblaciones de niños de alto riesgo (tales como niños sometidos a deprivación, maltrato o abusos) y resulta predictivo de problemas de comportamiento en la infancia (Solomon, George & DeJong, 1995).

La distribución de estos patrones en población no clínica, según diversos estudios realizados en Estados Unidos y Europa es la siguiente (ver Brisch, 2002 para una revisión): **67%** de la población clasificada como teniendo un **vínculo seguro**, **21%** como **inseguro evitativo** y **12%** **inseguro ansioso**. Como ya se ha señalado, el porcentaje de niños que presentan conductas desorganizadas es más alto en muestras clínicas. Mientras más alto sean los niveles de riesgo del niño (incluyendo riesgo biológico) y los de los padres (por ejemplo psicopatología parental), con mayor frecuencia y claridad nos encontraremos con desorganización en el niño.

Los patrones de apego han demostrado ser flexibles en el primer tiempo pero luego se van estableciendo como formas estables de relación y crean las **representaciones internas del apego** o **modelos operativos internos** que suelen persistir hasta la edad adulta. “A medida que el niño crece la pauta se convierte cada vez más en una característica del niño mismo, lo que significa que tiende a imponerla (o a imponer alguna pauta derivada de ella) en las nuevas relaciones: con un maestro, una madre adoptiva o un terapeuta” (Bowlby, 1989).

c. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Apego

El tema de los modelos vinculares internos de Apego en los niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ha sido escasamente estudiado. Existe, sin embargo, un número importante de estudios en temas relacionados (ver Clarke, Ungerer, Chahoud, Jonson y Stiefel 2002 para una revisión) que entregan soporte para pensar en una asociación entre TDAH y

trastornos del vínculo:

En primer lugar los niños con TDAH presentan un importante déficit en las habilidades de auto-regulación (control de impulsos, capacidad de autocalmarse, perseverancia, inhibición, etc.), en cuyo desarrollo juega un rol fundamental la interacción temprana entre el niño y sus padres. Los bebés dependen inicialmente de la habilidad que tengan sus padres o cuidadores principales para contener y regular sus estados psicofisiológicos (Cassidy, 1994; Field, 1994), esta relación temprana establece la base sobre la cual el niño adquiere gradualmente las habilidades de autorregulación. En una relación conflictiva entre el niño y sus padres la adquisición de estas capacidades se ve afectada. De hecho se ha observado que los niños que presentan un vínculo inseguro son más vulnerables a presentar problemas de regulación de los afectos y la conducta, tal como ocurre en los niños con TDAH (Casidy, 1994).

En segundo lugar, complementando lo anterior, las investigaciones señalan que la seguridad en el vínculo tiene efectos positivos en el desarrollo de competencias en las que los niños con TDAH presentan dificultades, tales como la atención sostenida (Maslin-Cole & Spieker, 1990) persistencia en la resolución de tareas y afecto positivo (Matas, Arend & Sroufe, 1979), control cognitivo sobre los impulsos y postergación de la gratificación (Jacobsen, Huss, Fendrich, Kruesi & Ziegenhain, 1997; Olson, Bates & Bayles, 1990).

La investigación de las interacciones actuales entre padres e hijos con TDAH revelan patrones similares a los observados en el contexto de relaciones de apego inseguro (parentalidad caracterizada por bajo involucramiento, negatividad y falta de respuesta a las señales del niño o intrusividad). Estudios como los de Danforth, Berkley & Stokes (1991) muestran que las madres de niños con TDAH responden menos a interacciones neutrales o positivas iniciadas por el niño y tienden a un estilo de respuesta negativa-reactiva, impositiva y controladora y usan menos estrategias de parentalidad positivas.

Desde una perspectiva complementaria, es interesante también observar que muchas madres de niños con TDAH refieren que sus hijos desde muy pequeños fueron irritables, difíciles de calmar, muy activos y resistentes a los cambios en los patrones de alimentación. Esto hace que sean niños difíciles de cuidar, lo que influye negativamente en el establecimiento de un vínculo seguro entre el niño y sus padres (Clarke et al., 2002). De hecho, los padres de niños con TDAH suelen percibir la relación con sus hijos como significativamente más negativa que los padres de niños que no presentan este trastorno (Gerdes, Hoza & Pelham, 2003).

Hasta la fecha de realización de este estudio, existen dos trabajos de referencia en la literatura, específicos en el tema de hiperactividad y vínculo. El primero es un estudio de casos realizado en 1997 por Stiefel, con niños con diagnóstico de TDAH en el que se concluye que existirían dos patrones de apego que parecen ser relevantes en relación a este trastorno TDAH, en primer lugar un patrón ansioso-

preocupado y en segundo lugar uno caracterizado por la desorganización (que reflejaría mayor patología parental y factores sociales adversos). Este estudio también destaca que las madres de los niños con TDAH se muestran inseguras y estresadas en su rol maternal y que durante su propia infancia experimentaron un modo de relación con sus padres que no desean repetir con sus hijos, específicamente percibían la relación con sus madres como distante o conflictiva por lo que sus representaciones internas del vínculo les dificultan encarar su rol con suficiente confianza (Stiefel, 1997).

Luego de este estudio preliminar, la misma autora junto a otros investigadores realizaron en 2002 un estudio con 38 niños, estableciendo un grupo control y otro clínico con diagnóstico de TDAH. Las conclusiones de este estudio señalan que las respuestas de los niños con TDAH a las pruebas aplicadas, reflejan una historia vincular en la que los padres o cuidadores fueron poco accesibles y poco responsivos a las necesidades del niño. Los niños con TDAH tendieron a sobre reaccionar ante situaciones de separación, expresando conductas y sentimientos extremos. Estos niños también tendieron mucho más que los del grupo control a describir la relación con sus padres en términos negativos, los padres eran descritos como poco sensibles y poco creíbles. En otras ocasiones los niños describían un ciclo negativo en el que el mal comportamiento del hijo, en respuesta a una separación de los padres, elicitaba respuestas parentales agresivas. Asimismo los niños con TDAH mostraron menores niveles de orgullo en relación a su familia y mayores niveles de vulnerabilidad, tensión, enojo e inversión de roles madre-hijo.

Los autores sugieren una asociación entre TDAH y vínculo inseguro. El patrón vincular inseguro en este grupo se caracterizaría por una alta expresividad emocional y fuertes afectos fuera de control, lo que sería consistente con un estilo vincular ansioso ambivalente o desorganizado como predominante en el grupo de niños con TDAH. Los autores señalan también la importancia de considerar intervenciones a nivel de la relación entre los padres y el niño en los casos en los que el vínculo se encuentre afectado (Clarke, et al., 2002).

Todo lo anterior nos lleva a pensar que el TDAH es un trastorno en el que la relación entre el niño y sus padres se encuentra fuertemente afectada, existiendo aspectos relacionados con los estilos parentales y con las características del niño que dificultan el logro de un vínculo seguro. El estudio de los aspectos relativos al vínculo podría aportar indicadores de vulnerabilidad y de posibles relaciones con la respuesta al tratamiento.

II. METODOLOGÍA

1- Muestra

La muestra estuvo conformada por un grupo clínico de 17 niños (14 varones y 3 niñas) y sus madres. El promedio de edad de los niños fue de 7 años dentro de

un rango de entre 6 y 8 años de edad. Los niños provienen de una población clínica correspondientes a casos que se encuentran en tratamiento en los Servicios de Psicología y Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital San Juan de Dios en Barcelona (España), con el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Adicionalmente a los datos obtenidos en los 17 casos del grupo clínico, se dispuso de datos de población no-clínica, estudiada por el equipo investigador del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Juan de Dios de Barcelona. Estos datos corresponden a un grupo de niños de un promedio de 6 años cursando primero de primaria, sin trastornos psicopatológicos a los cuales se les aplicó las mismas pruebas que al grupo clínico. Los datos de este grupo control permiten realizar algunas comparaciones con el grupo clínico estudiado, en cuanto a las características de las representaciones vinculares de los niños.

2- Procedimiento y Pruebas empleadas

La evaluación de los casos clínicos se realizó en el contexto del seguimiento psicoterapéutico, en coordinación con el profesional a cargo y con el debido consentimiento de las familias. Al final del proceso se entregó un informe de evaluación de cada caso, con los resultados obtenidos, al profesional a cargo.

Se utilizaron las siguientes pruebas:

- a) Para objetivar el diagnóstico de TDAH :

Inventario de Síntomas infantiles (CSI-4, Sprafkin & Gadow, 1996).

Este inventario entrega información sobre la presencia de trastornos psicopatológicos en el niño. Los resultados se organizan según las categorías establecidas en el DSM-IV. Se utilizaron dos formas, la primera respondida por los padres y la segunda por los profesores para evaluar al niño en distintos contextos.

- b) Para evaluar las representaciones vinculares del niño :

Attachment Story Completion Task (ASCT) (I. Bretherton 1990), codificada con el CCH (R. Miljkovitch y B. Pierrehumbert, 2003) Esta prueba proporciona información sobre las representaciones de apego de los niños entre 3 y 8 años de edad. Consiste en la presentación, por medio de una familia de muñecos, de una serie de historias incompletas para las que el niño debe construir un final. Cada historia aborda un tema relevante en relación a la temática del apego y de las relaciones del niño y sus padres. El tiempo de aplicación de la prueba es de aproximadamente 30 minutos y la sesión es filmada en video (con el consentimiento de los padres) para su posterior corrección. Para la corrección se aplicó el sistema de codificación CCH que utiliza el método Q-sort para evaluar el narrativo del niño, presente a lo largo de las 7 historias propuestas. El tiempo aproximado de corrección es de dos horas por caso. El CCH proporciona las puntuaciones obtenidas por el niño en escalas que indican su situación en los distintos

tipos de apego (seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado) y también proporciona los puntajes obtenidos en 10 escalas descriptivas de las características de su narrativo: 1-competencia simbólica, 2-sostén parental, 3-resolución positiva, 4-expresión afectiva, 5- reacción a la separación, 6-distancia simbólica, 7- narrativo verbal, 8-presión parental, 9- falta de coherencia y 10- inseguridad a la reunión.

- c) Para evaluar la representación interna del apego de la madre respecto del niño: **Entrevista R** (Stern y otros, 1989), codificada con **Edicode** (B. Pierrehumbert 1999). Esta prueba proporciona información sobre el tipo de representaciones de apego de las madres con respecto al niño, dura aproximadamente una hora y es grabada en cintas de casete (con consentimiento de las madres) para su posterior análisis. Para la corrección se utilizó el sistema Edicode que consiste en la evaluación de las características del discurso (Grice, 1979) que se agrupan en 5 escalas: fluidez, coherencia, adecuación, reflexividad y autenticidad. El tiempo de corrección es de aproximadamente una hora. En base a las puntuaciones obtenidas en estas escalas se construye un perfil que corresponde a una de las tres categorías de apego: Seguro, Inseguro-Evitativo o Inseguro-Preocupado. Esta prueba no proporciona el perfil de la categoría desorganizada, pero se considera como características de alto riesgo en la narrativa materna la baja reflexividad y la baja coherencia.

3- Procesamiento de los datos

Considerando el tamaño de la muestra clínica (inferior a 30 casos) se utilizó la estadística para muestras pequeñas caracterizadas por pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney), para comparar las variables cuantitativas (escalas del grupo clínico con el tipo de apego). Para la relación entre variables categóricas (cualitativas), se utilizó la prueba de χ^2 (tablas de contingencia). Para comparar el grupo clínico con los datos del grupo control se utilizó la T Student para variables cuantitativas. La comparación de las escalas internamente se hizo mediante la correlación de Spearman.

III. RESULTADOS

1- REPRESENTACIONES VINCULARES DEL NIÑO

Tabla 1. Porcentaje de vínculo seguro e inseguro en grupo TDAH y grupo control		
	Porcentaje grupo TDAH	Porcentaje grupo Control
<i>Vínculo Seguro</i>	47.1	75
<i>Vínculo Inseguro</i>	52.9	25

Al comparar los datos del grupo clínico (47.1% de vínculo seguro y 52.9% de vínculo inseguro) con los obtenidos por el grupo control (75% y 25% respectivamente), se observa un mayor porcentaje de vínculos inseguros en el grupo de niños con TDAH aunque la diferencia no alcanza una significación estadística.

La distribución del tipo de apego inseguro en el grupo de niños con TDAH es la siguiente:

Tabla 2. Tipo de apego inseguro en grupo TDAH y grupo control			
	Porcentaje grupo TDAH	Puntuaciones medias grupo TDAH	Puntuaciones medias grupo control
<i>I. Evitativo</i>	17.6	-,0271	-,1177
<i>I. Ambivalente</i>	17.6	,0418 (a)	-,0897
<i>Desorganizado</i>	35.2	-,1218 (b)	-,4037
(a) $p=,002$ (b) $p=,004$			

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas por el grupo TDAH y el control encontramos diferencias estadísticamente significativas. El grupo TDAH obtiene puntuaciones significativamente mayores que el grupo control en las categorías de vinculación inseguro-ambivalente y desorganizado.

2- REPRESENTACIONES VINCULARES MATERNAS EN EL GRUPO CLÍNICO (TDAH).

Tabla 3. Tipo de vínculo en madres de niños TDAH		
	Porcentaje Madres - TDAH	Porcentaje Población General
Vínculo Seguro	23.5 (a)	67
Vínculo Inseguro	76.5	33
(a) $p=,006$		

Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre ambos subgrupos, con un porcentaje mucho mayor de representaciones vinculares maternas inseguras y un porcentaje bastante bajo de vinculación segura, si comparamos con los estudios existentes sobre el tema que dan como porcentajes habituales en población normal un 67% clasificados como seguros, y un 33% de vínculo inseguro.

Al analizar las características específicas del tipo de apego inseguro existente en las madres se observa lo siguiente:

Tabla 4. Tipo de vínculo inseguro en madres de niños TDAH		
	Porcentaje Madres TDAH	Porcentaje Población General
Seguro	23.5	67
Inseguro-Evitativo	35.3	21
Inseguro-Preocupado	41.2	12

La distribución es bastante similar entre las madres que presentan vínculos inseguros de tipo evitativo y las que presentan vínculos inseguros de tipo preocupado, con un leve predominio de estas últimas. Si bien no existen diferencias significativas estadísticamente, al comparar cualitativamente con los porcentajes habituales en población normal que señalan un 21% de vinculación de tipo evitativo y un 12% inseguro ansioso, vemos que en las madres del grupo clínico TDAH hay mayor vinculación insegura y, especialmente mayor vinculación de tipo ansioso-preocupado.

3- RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE APEGO DEL NIÑO Y EL TIPO DE APEGO DE LA MADRE

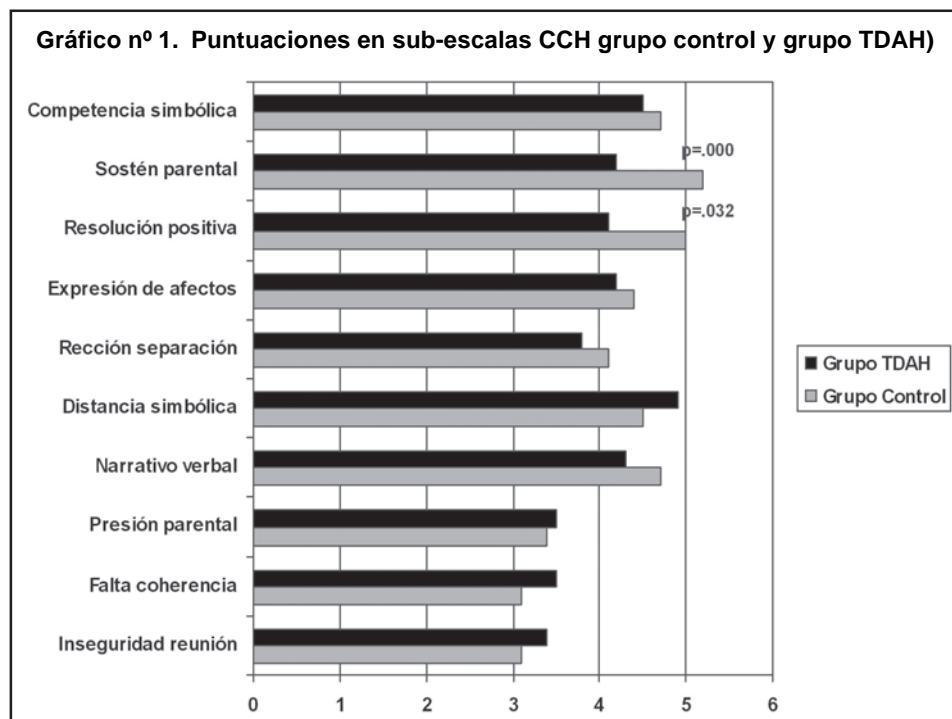
Los cálculos estadísticos indican que no existen diferencias significativas entre los distintos grupos cuando los clasificamos según vínculo seguro o inseguro para las madres y los niños con TDAH por lo que no se puede establecer una relación entre el estilo de apego del niño y el de la madre. Sin embargo cualitativamente al analizar los tipos de apego inseguro en los niños (ver tabla 5) es posible observar cierta tendencia a que los niños con TDAH que puntúan alto en las escalas de tipo de apego seguro, son hijos en su gran mayoría de madres que presentan unas representaciones vinculares seguras, lo mismo ocurre con los niños que puntúan alto en vínculo ambivalente y desorganizado. Sin embargo los niños con TDAH que puntúan alto en vínculo evitativo, son en su gran mayoría hijos de madres inseguras.

Tabla 5. Relación entre estilo vincular materno y puntuación del niño en escalas de tipo de apego		
	Tipo vinculación Madre	Puntuación promedio Niño
<i>Escala Vínculo Seguro</i>	Segura	10.25
	Insegura	8.62
<i>Escala Vínculo Evitativo</i>	Segura	6.75
	Insegura	9.69 *
<i>Escala Vínculo Ambivalente</i>	Segura	11.75
	Insegura	8.15
<i>Escala Vínculo Desorganizado</i>	Segura	11.50
	Insegura	8.23

4- PUNTUACIONES DE LOS NIÑOS EN SUB-ESCALAS CCH (Comparación entre grupo TDAH y grupo control)

El gráfico n° 1 nos muestra que existen diferencias en las distintas sub-escalas, así, los niños con TDAH puntúan significativamente más bajo que los niños del grupo control en las escalas de *sostén parental* y *resolución positiva*. Las diferencias en ambas sub-escalas son estadísticamente significativas.

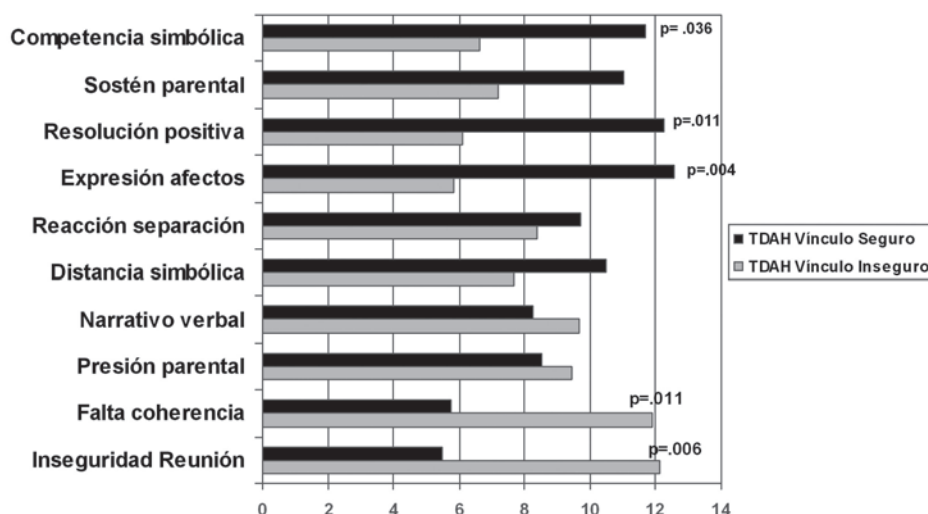
Existen también otras diferencias cualitativas pero que no llegan a ser significativas estadísticamente.



5- RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE APEGO DEL NIÑO CON TDAH (SEGURO/INSEGURO) Y LAS PUNTUACIONES EN LAS SUB-ESCALAS CCH

Aquí existen diferencias significativas estadísticamente (ver gráfico n° 2). Los niños con TDAH que presentan un **vínculo seguro** obtienen puntuaciones significativamente más altas en *competencia simbólica*, *sostén parental*, *resolución positiva* y *expresión de afectos*. Por otro lado, los niños con TDAH que presentan un **vínculo inseguro** obtienen puntuaciones significativamente más altas, en *falta de coherencia* e *inseguridad a la reunión*.

Gráfico nº 2. Puntuación Sub-escalas CCH de niños TDAH con vínculo seguro y niños TDAH con vínculo inseguro.)



6- RELACIÓN ENTRE TIPO DE VÍNCULO DEL NIÑO Y PUNTUACIÓN DE LA MADRE EN LAS ESCALAS EDICODE (ENTREVISTA R)

Tabla 6. Relación entre representación vincular del niño TDAH y la puntuación de la madre en las sub-escalas de la entrevista R

	Fluidez	Coherencia	Adecuación	Reflexividad	Autenticidad
Niño Vínculo Seguro	12,19 (a)	8,25	8,19	10,25	12,13 (b)
Niño Vínculo Inseguro	6,17	9,67	9,72	7,89	6,22
(a) p= .011 (b) p= .015					

En este punto existen diferencias estadísticamente significativas entre las madres de niños con TDAH que presentan vínculos seguros y los que presentan vínculos inseguros. Los niños con **vínculo seguro** tienen madres que puntúan significativamente más alto en las escalas de *fluidez* y *autenticidad*. En términos cualitativos también puntúan más alto en reflexividad aunque la diferencia no alcanza a ser estadísticamente significativa.

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Representaciones vinculares madre-hijo en niños con TDAH

Resulta interesante observar que tanto los niños con TDAH como sus madres, presentan un porcentaje mayor de representaciones vinculares inseguras que lo

esperable en población normal. Las representaciones vinculares inseguras en el grupo TDAH estarían caracterizadas por un patrón de tipo ambivalente y desorganizado en los niños y un patrón ansioso-preocupado en las madres, lo que coincide con los resultados de estudios previos, anteriormente mencionados.

El patrón ambivalente tiene importantes implicaciones en las relaciones sociales del niño hiperactivo ya que, como se mencionó anteriormente en el marco teórico, en la edad escolar estos niños suelen tener más posibilidades de ser victimizados, tienen una tendencia a mostrar falta de estabilidad, ser irritables y perder el control con facilidad. El patrón desorganizado, por otro lado, es bastante significativo clínicamente ya que se asocia fuertemente a la presencia de psicopatología.

Todo lo anterior refuerza la hipótesis de que, en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, la relación y el vínculo entre la madre y su hijo se ven afectados significativamente por lo que se va generando una interacción que, en muchos casos, puede agravar la sintomatología del niño y dificultar el tratamiento.

En relación a este punto, sería importante considerar en el diagnóstico las características de las representaciones vinculares del niño con el fin de poder elaborar un plan de tratamiento que refuerce los puntos debilitados de la relación y fortalezca el vínculo antes de entregar pautas educativas que probablemente los padres no podrían cumplir debido al deterioro de la relación con su hijo. La evaluación de estos aspectos relativos al vínculo permitiría ofrecer tratamientos más personalizados y adecuados a cada caso, así en los casos en que existan representaciones vinculares seguras se podrían abordar directamente los aspectos relativos al manejo de las conductas del niño con TDAH, incluyendo a los padres y al contexto educativo, por el contrario en los casos en que se observen alteraciones o dificultades en el vínculo habría que abordar ese aspecto para permitir luego una buena aplicación de las otras medidas terapéuticas.

Respecto a las representaciones vinculares maternas, es interesante el hecho de que hay un alto porcentaje de vínculos inseguros de tipo preocupado, es decir que las madres de los niños con TDAH tienden a verse sobrepasadas en la relación con su hijo y muchas veces desbordadas emocionalmente, es así que tienden a sobreinvolucrarse en la relación y a perder el control, lo que les dificulta poder ser una base segura para su hijo y probablemente, interfiera también en su capacidad para aplicar las sugerencias terapéuticas, tendiendo a ejercer presión sobre sus hijos y a ser inconsistentes en la aplicación de estilos de disciplina (lo que ha sido descrito en la literatura como característico en las familias de niños con TDAH).

También existe un grupo de madres de niños con TDAH que presentan una vinculación de tipo insegura-evitativa, este grupo aunque menor en frecuencia respecto al de vinculación insegura-preocupada, también sobrepasa lo esperado para población normal. Este tipo de vínculo implica que las madres, frente a las dificultades de su hijo tienden a aislarse y encerrarse en sí mismas dificultándose

enormemente la empatía y cercanía emocional con el niño, así, no logran ofrecer un sostén parental adecuado y muchas veces tienen dificultades para percibir lo que está ocurriendo con sus hijos. Lo anterior puede afectar también el curso del tratamiento.

Relación entre estilo vincular del niño y estilo vincular materno en el grupo TDAH

Al analizar las clasificaciones de vínculo seguro o inseguro no encontramos relación entre el tipo de vínculo materno y el del niño, un aspecto que puede influir en este punto se refiere al rol mediador que tiene el vínculo con el padre y otros factores mencionados en la literatura (como por ejemplo, el grado de satisfacción matrimonial de la madre que se ha mostrado como relevante en la transmisión intergeneracional de los patrones de apego (Cowan, P.A., Cohn, D. A., Cowan, C. P. & Pearson, J. L. 1996).

Sin embargo, al analizar con mayor detalle el tipo de vinculación insegura del niño, si bien no hay diferencias estadísticamente significativas, podemos observar una tendencia a que los niños que puntúan alto para vínculo inseguro-evitativo son hijos, en su gran mayoría, de madres con representaciones vinculares inseguras, lo que no ocurre en los otros tipos de vínculo.

Características de los niños con TDAH en las puntuaciones de las escalas CCH (ASCT)

Según los resultados obtenidos por los niños con TDAH y la comparación con el grupo control, podemos establecer ciertas características propias de este grupo clínico que resultan interesantes: el *grupo de niños con TDAH obtiene puntuaciones significativamente más bajas* que el grupo control en **las escalas de sostén parental y resolución positiva**. Los niños perciben a sus padres como poco sensibles a sus necesidades, poco protectores y faltos de sensibilidad, la baja puntuación en la escala de sostén parental refleja falta de apoyo, padres vistos como rechazantes, controladores, no disponibles o en los casos más extremos como esperando que los niños se hagan cargo de ellos (inversión de roles). Por otro lado la baja puntuación en resolución positiva indica una tonalidad de las historias más bien negativa y una dificultad para elaborar una solución a los conflictos.

Todo lo anterior nos indica que, en los niños con TDAH, la percepción de los padres se caracteriza mayoritariamente por el conflicto y la falta de apoyo y sostén, así como una sensación de control inadecuado. Frente a esto, los niños se sienten inseguros y tienen dificultades al enfrentarse a situaciones conflictivas, frente a las cuales no logran elaborar salidas o soluciones adecuadas. Todo lo anterior influye también en su capacidad para regular y expresar sus afectos y emociones que muchas veces los desbordan y tienden a pasar impulsivamente a la acción.

Estas características observadas en los resultados de las pruebas en relación a las representaciones vinculares son compatibles con las características clínicas del TDAH y nos entregan nuevos elementos de trabajo en relación a la interacción entre

el niño y sus padres y a la representación que el niño se ha ido construyendo de la relación con ellos. Todos estos elementos son factores importantes de ser abordados en el trabajo terapéutico.

Diferencias según el tipo de vinculación segura o insegura de los niños con TDAH en las puntuaciones de las escalas CCH (ASCT)

Según lo visto en el punto anterior hay diferencias importantes entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños control en cuanto a la puntuación en las escalas CCH, sin embargo un punto muy interesante y con importantes implicaciones para el trabajo terapéutico es que, dentro de este grupo de niños con TDAH, hay diferencias significativas en las puntuaciones de las escalas según tengan una representación del vínculo segura o insegura.

Los niños con TDAH que presentan un vínculo seguro tienden a puntuar más alto que los niños con el mismo trastorno pero con vínculo inseguro, en las escalas de **competencia simbólica, sostén parental, resolución positiva y expresión de afectos**. Vemos entonces que el vínculo seguro se transforma en un factor protector que estabiliza al niño y le permite un mejor desarrollo cognitivo y afectivo. Los niños con TDAH y vínculo seguro perciben la relación con sus padres de manera más positiva, ven en ellos una fuente de apoyo y sostén lo que les permite elaborar salidas adecuadas a las situaciones conflictivas y una mejor regulación y expresión de los afectos, así como también una mayor capacidad de simbolización y elaboración cognitiva de las situaciones a las que se enfrentan.

Los niños con TDAH y vínculo inseguro, por el contrario, puntúan más bajo en todas las escalas antes mencionadas y puntúan significativamente más alto que los niños con el mismo trastorno pero con vínculo seguro en las escalas de **falta de coherencia e inseguridad a la reunión**. Esto implica que la inseguridad en el vínculo les dificulta la construcción de historias lógicas y organizadas, tienden a un narrativo más caótico ya que les cuesta estructurar soluciones a los conflictos y tienden al desborde emocional y a la actuación de impulsos y afectos. Estos niños también muestran más conflicto en situaciones de reunión con sus padres ya que no los perciben como fuente segura y estable de apoyo y visualizan la relación con ellos como negativa.

Estas diferencias, dentro del mismo grupo clínico, marcadas por el tipo de representación vincular, resultan interesantes desde el punto de vista de la psicoterapia ya que un vínculo seguro puede resultar altamente protector y regulador de las conductas conflictivas características del TDAH, mientras que un vínculo inseguro por el contrario puede potenciar y agravar la sintomatología del niño. Lo anterior es otro dato que refuerza la idea de que es importante la consideración de la relación madre-hijo en la terapia con el niño TDAH. En este sentido la evaluación de las representaciones vinculares del niño nos permite considerar la necesidad de una intervención específica a nivel de la relación madre hijo (o padres-hijo según el caso) para potenciar los resultados del tratamiento o bien, si estas representaciones

del vínculo son seguras, saber que podemos contar con ese elemento como facilitador de otras medidas terapéuticas (considerando también, complementariamente como hemos visto la representaciones de la madre y/o los padres respecto del niño).

Relación entre la puntuación de las madres en las sub-escalas de la entrevista R (Edicode) y el tipo de vínculo de los niños con TDAH

En este punto encontramos diferencias interesantes entre las madres de los niños con TDAH que presentan un vínculo seguro y las de niños con TDAH con vínculo inseguro. En primer lugar las *madres de niños con vínculo seguro* puntúan significativamente más alto en la escala de **fluidez** por lo que podemos pensar que este puede ser un factor importante en el desarrollo de la relación madre-hijo, la capacidad de la madre para verbalizar sus experiencias de una manera continua, sin mayores lagunas o bloqueos puede estar contribuyendo al logro de un mejor comunicación con sus hijos. Por el contrario madres con baja fluidez pueden tener dificultades en la comunicación con sus hijos, tendiendo por un lado a una comunicación más bien distante, empobrecida o defensiva y por otro lado teniendo menos recursos para ayudar al niño a verbalizar y elaborar sus propias experiencias o sentimientos.

Lo anterior se relaciona con la escala de **autenticidad** en la que estas madres puntúan también significativamente más alto que las de niños con vinculación insegura. Esta diferencia de puntuación podría establecer una diferencia entre madres empáticas y pseudoempáticas con sus hijos. La autenticidad se refiere a la capacidad de las madres para acceder a sus propias experiencias de una manera personal e implicada más allá de frases clichés o vagas y lugares comunes, esto parece estar jugando un rol importante en la comunicación con sus hijos permitiendo un contacto afectivo real e implicado con las necesidades y sentimientos de los niños y con lo que a ellas les sucede en la relación con ellos. Por el contrario una baja autenticidad puede generar una relación en la que el niño siente que su madre no contacta realmente con él y con lo que a él le ocurre y con muestras de cariño o preocupación que no están en real sintonía emocional, lo que podría producir que el niño se distancie afectivamente (en un patrón más bien evitativo) o aumente su ansiedad y preocupación en la relación (patrón ansioso-preocupado).

Es importante considerar que una alta fluidez sin autenticidad puede también afectar negativamente la interacción lo que es característico en madres sobreinvolucradas y/o sobreprotectoras. Este hecho se relaciona con la tendencia observada de que los niños de madres que puntúa alto en fluidez tienden a puntuar alto en inseguridad a la reunión.

La escala de reflexividad, que mide la capacidad para pensar sobre sus propias experiencias y tener conciencia de la propia subjetividad y la de los demás, también mostró cierta tendencia a ser más alta en las madres cuyos hijos mostraron un estilo vincular seguro, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Limitaciones y Proyecciones del estudio

Una de las principales limitaciones del estudio se refiere al tamaño de la muestra clínica, en este sentido se puede considerar como un estudio preliminar que sería interesante ampliar posteriormente con un mayor número de casos.

Un aspecto interesante de incluir en una próxima investigación sería el estudio del vínculo del niño que presenta TDAH, con su padre, este punto aportaría matices a lo ya realizado entre el niño y su madre; y como se mencionó anteriormente, podría aportar elementos sobre la mediación del rol paterno en la construcción de los modelos vinculares internos del niño. Otro factor que se ha visto relacionado y que se podría incluir en un futuro estudio es el grado de satisfacción matrimonial como mediador entre los modelos vinculares de los padres y los observados en el niño.

Como principal aplicación, además de las ampliaciones posibles del estudio, está la consideración de los resultados en la elaboración de pautas de diagnóstico y tratamiento de los casos de TDAH, ya que como hemos visto, el tipo de vínculo podría agudizar o disminuir la sintomatología del cuadro y favorecer o dificultar la aplicación de las medidas terapéuticas habituales por parte de los padres.

V. CONCLUSIONES

Observando los resultados obtenidos en el estudio se confirma la idea de que el TDAH es un trastorno en el que la relación vincular se ve afectada, presentando tanto los niños como sus madres, mayores niveles de representaciones vinculares inseguras que lo esperado en población normal.

Resulta interesante también observar que dentro del grupo de niños con TDAH, existen diferencias según el tipo de representación vincular que tengan. Lo anterior indica que el logro de un vínculo seguro puede convertirse en un factor protector en relación a la agudización de la sintomatología del TDAH y sus posibles complicaciones. Por otro lado la existencia de un vínculo inseguro se puede considerar un factor de riesgo en relación al curso del TDAH y a las aplicaciones de las medidas terapéuticas.

Todo lo anterior destaca la importancia de la consideración de las representaciones vinculares en niños con TDAH, tanto durante la fase diagnóstica como en el curso del tratamiento psicoterapéutico.

En relación a futuros estudios resultaría interesante ampliar la muestra clínica y poder incluir otras variables mediadoras como por ejemplo el estudio del vínculo padre-hijo.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los principales motivos de consulta en los Servicios de Psiquiatría y Psicología Infantil. Estudios recientes han sugerido que el TDAH podría darse en el contexto de un vínculo inseguro. El presente artículo presenta los resultados de un estudio que explora las representaciones internas del vínculo en niños con diagnóstico de TDAH y en sus madres, mediante la aplicación de pruebas de evaluación. Se estudia la distribución de estilos vinculares comparándola con la encontrada en población no clínica, se establecen relaciones entre el estilo vincular del niño y el de su madre y se exploran aspectos cualitativos del vínculo y su relación con la sintomatología del cuadro. Los resultados señalan diferencias significativas entre el grupo control y el clínico en cuanto al vínculo madre-hijo. Se discuten las implicaciones clínicas de estos resultados y la necesidad de considerar los estilos vinculares en el tratamiento de los niños con TDAH.

Palabras clave: Apego, Hiperactividad, Vínculo, Déficit Atencional.

Nota editorial:

Este artículo fue publicado en *Terapia Psicológica* (2007), vol. 25, nº2, 123-134. Agradecemos a las autoras el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- BOWLBY, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- BRISCH, K. H. (2002). *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. New York: The Guilford Press.
- CASSIDY, J. (1994). Emotional regulation: Influences of attachment relationships. En: N. Fox (Ed.) *The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations. Monographs of the society for research in child development*, 59 (serial 240, 2-3), 228-249.
- CLARKE, L., UNGERER, J., CHAHOUD, K., JONSON, S. & STIEFEL, I. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 179-198.
- COWAN, P.A., COHN, D. A., COWAN, C. P. & PEARSON, J. L. (1996) Parent's Attachment Histories and Children's Externalizing and Internalizing Behaviors: Exploring Family Systems Models of Linkage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 53-63.
- DANFORTH, J., BARKLEY, R. & STOKES, T. (1991) Observation of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-722.
- FIELD, T. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotional regulation. En N. Fox (Ed) *The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations. Monographs of the society for research in child development*, 59 (serial 240, 2-3), 228-249.
- GERDES, A. C., HOZA, B. & PELMHAM, W. (2003) Attention-deficit/hyperactivity disorder boy's relationships with their mothers and fathers: Child, mother and father perceptions. *Development and Psychopathology*, 15, 363-382.
- GOLDSTEIN, S., & GOLDSTEIN, M. (1998) *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children: A guide for Practitioners*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- GRATCH, L. O. (2000). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD): Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- GREEN, C., & CHEE, K. (2000). *El niño muy movido o despistado: Entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona, España: Ediciones Medici.

- HERVÁS, A. (2004) ¿Qué es el TDAH? European Interdisciplinary Network for ADHD quality and assurance. Dossier no publicado de seminario EINAQ. Barcelona, España.
- IBÁÑEZ, M. (2004) *Psicoterapia individual, terapéutica de juego en la hiperactividad*. En J. Tomás (Ed) Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad Barcelona, España: Editorial Laertes.
- JACOBSEN, T., HUSS, M., FENDRICH, M., KRUESI, M.J.P. & ZIEGENHAIN, U. (1997). Children's ability to delay gratification: Longitudinal relations to mother-child attachment. *Journal of Genetic Psychology*, 158, 411-426.
- MAIN, M., & SOLOMON, J. (1990) *Discovery of a new, insecure-disorganized-disoriented attachment pattern*. En: T. B. Brazelton & M. Yogman Affective Development in Infancy. Norwood: Ablex.
- MASLIN-COLE, C. & SPIKER, S.J. (1990). *Attachment as a basis for independent motivation: a view from risk and nonrisk samples*. En M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cumminngs (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention (pp.245-272). Chicago: University of Chicago Press.
- MATAS, L., AREND, R.A., & SROUFE, L.A. (1978) Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child development*, 49, 547-556.
- OLSON, S.L., BATES, J.E., & BAYLES, K. (1990) Early antecedents of childhood impulsivity: The role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 317-334.
- ORJALES, I. V. (1998). *Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid, España: Editorial CEPE, ciencias de la educación preescolar y especial.
- SOLOMON, J., GEORGE, C. & DEJONG, A. (1995). Children as controlling at age six: evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-463.
- STIEFEL, I. (1997) Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Hiperactivity Disorder? A Case Discussion. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2 (1), 45-6