



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“ANÁLISIS COMPARATIVO DE BENEFICIOS Y LIMITACIONES ENTRE MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS DE MAYOR IMPACTO EN EL TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD”.

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORES: SOLANGE FERNANDA BAJAÑA GIA

MARCIA GUADALUPE QUIZHPI CRIOLLO

DIRECTOR: MSC. ESTEBAN CAÑIZARES

**CUENCA-
ECUADOR 2020**

*Yo me gradúe en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*



**“ANÁLISIS COMPARATIVO DE BENEFICIOS Y LIMITACIONES
ENTRE MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS Y PSICOFARMACOLÓGICOS
DE MAYOR IMPACTO EN EL TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD”.**

Solange Fernanda Bajaan Gía & Marcia Guadalupe Quizhpi Criollo

RESUMEN

El trabajo que se expone discute distintos abordajes desde perspectivas cognitivas, farmacológicas y sistémicas para el tratamiento psicológico de pacientes con Trastorno de Déficit de Atención (TDAH), tiene como objetivo principal dar a conocer a través de una línea de investigación bibliográfica distintos estudios que han sido ejecutados con el fin de afianzar el uso de terapias dentro del TDAH. Se abordan componentes conductuales, familiares y farmacológicos para exponer viabilidad y funcionalidad de estos modelos. El TDAH es considerado un problema de salud pública en Latinoamérica y ha afectado al 5% de toda la población mundial a niños y adolescentes. Esto hace necesario presentar un análisis bibliográfico en el cual se examinan distintos aspectos de abordaje para el TDAH, cómo este afecta al paciente, a la familia y al entorno social y escolar; por ello la investigación se orienta a los alcances y limitaciones que han resultado luego de analizar objetivamente las técnicas de mayor uso en los estudios presentados. No se ha descartado ningún modelo de intervención, aunque por las evidencias nos hemos inclinado el uso en conjunto de los más efectivos. Esta revisión ha integrado, por tanto, un programa psicoterapéutico integrando recursos factibles para la intervención del paciente con TDAH, ejecutando un esquema de intervención que podría ser utilizado por el profesional clínico para el tratamiento con pacientes y familiares. Además, el presente trabajo podría sugerir ser la base para desarrollar futuros estudios y programas específicos para abordar el TDAH dentro del contexto ecuatoriano y con los recursos disponibles en el mismo medio.

Palabras Clave: TDAH, modelos, cognitivo conductual, sistémica, farmacológica, propuesta psicoterapéutica.



ABSTRACT

The work that is presented discusses different approaches from cognitive, pharmacological and systemic perspectives for the psychological treatment of patients with Attention Deficit Disorder (ADHD), its main objective is to make known through a line of bibliographic research different studies that have been executed in order to strengthen the use of therapies within ADHD. We will address behavioral, family and pharmacological components to expose viability and functionality of these models. ADHD is considered a public health problem in Latin America and has affected 5% of the entire world population, children and adolescents. This makes it necessary to present a bibliographic analysis in which different aspects of the approach to ADHD are examined, how it affects the patient, the family and their social environment and school environment; For this reason, the research is oriented to the scope and limitations that have resulted after objectively analyzing the techniques most used in the studies presented. No intervention model has been ruled out, although the evidence has led us to use the most effective together. Therefore, this review has integrated a psychotherapeutic program integrating feasible resources for the intervention of the patient with ADHD, executing an intervention scheme that could be used by the clinical professional for the treatment of patients and their families. Furthermore, the present work could suggest being the basis for developing future studies and specific programs to address ADHD within the Ecuadorian context and with the resources available in the same environment.

Keywords: ADHD, models, cognitive behavioral, systemic, pharmacological, psychotherapeutic proposal.



1. Introducción:

1.1 Problemática

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) define el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), como un desajuste del neuro desarrollo, que afecta en mayor proporción a la población infanto-juvenil, en algunos casos en la edad adulta, y que se caracteriza por presentar un elevado patrón de impulsividad, excesiva, actividad motora y niveles elevados de desatención (García Domínguez, 2015). Según el Comité Directivo de la Federación Mundial del TDAH (2015), aproximadamente el 5% de la población mundial de niños/as y adolescentes padecen este trastorno. En Latinoamérica, el TDAH es considerado como un problema de salud pública que afecta aproximadamente a 36 millones de personas, es decir; un 5.29% de la población americana (Barragán, 2007). De particular preocupación representan su prevalencia, su inicio precoz, su afectación comportamental y emocional (Hidalgo Vicario & Soutullo Esperon, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 8% y el 10% de infantes en edad preescolar padecen de este trastorno a nivel mundial, e indican que si no se brinda el tratamiento adecuado se podría intensificar los síntomas hasta la edad adulta, limitando su capacidad general para desenvolverse en diferentes áreas como la dinámica familiar y su espectro afectivo (Suárez et al, 2018).

En este sentido, una publicación del diario *El Comercio*, el Ministerio de Educación en el Ecuador expone que en el periodo 2017, se han registrado 7918 casos de estudiantes con TDAH, mismo que se detecta a partir de los primeros años de educación básica (Villagómez, 2018). Asimismo, existe una prevalencia de TDAH del 7.3% en el



Ecuador; cifra asociada con un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, en niños de 6 a 11 años donde se encontró una prevalencia del 4.1% en el año 2014 (Bastidas, 2017).

Por otro lado, a nivel nacional, el Ministerio de Educación expuso que en el año 2017, se registraron 7918 casos de estudiantes con TDAH, condición que se detecta a partir de los primeros años de educación básica (Villagomez, 2018). Asimismo, Bastidas (2017), indica que existe una prevalencia de TDAH del 7.3% en el Ecuador, mientras que solo en la ciudad de Cuenca, para el año 2014 se encontró una prevalencia del 4.1% de casos entre niños de 6 a 11 años.

Del mismo modo, el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE zonal), en otro estudio realizado a 31 niños con diagnóstico de TDAH entre 7 y 12 años, de 6 instituciones educativas en la ciudad de Cuenca; se evidenció que existe dificultad en el manejo y control de emociones, las mismas que dan origen a una limitante para conseguir sus metas (Becerra & Rosales, 2018).

El trastorno TDAH ha sido investigado desde diferentes ángulos científicos: psicológicos, genéticos, neurobiológicos y psicosociales. Éstos recalcan la importancia de establecer y conocer lo que implica el trastorno y cómo influye e incide en el sistema familiar, ya que al ser una patología que se presenta en la primera infancia, crea conflictos de interacción con el medio social que no está preparado para lidiar con las limitaciones y situaciones adyacentes que implica el trastorno, es por ello que se convierte en unos de los principales problemas sociales al que se enfrenta, la familia, el medio escolar.

Del mismo modo, se establece a la familia como base nuclear donde se relacionan los lazos afectivos y de parentesco de los miembros, por lo que, si un miembro es



afectado directa o indirectamente, existirán consecuencias en todo el núcleo familiar, así; la aparición de un trastorno como el TDAH desestabilizaría a la familia del paciente, en tanto su impacto demandará mayor dedicación, formación y recursos económicos para afrontar el tratamiento incluso para el mismo paciente (Llanos et al., 2019).

Asimismo, en un estudio sobre los estilos educativos parentales y la relación con los trastornos de conducta en la infancia, se evidencia que, existe una relación entre los aspectos que prescriben el entorno familiar y el estilo de crianza de los padres, que puede influenciar en los componentes que pueden exponer niños con TDAH que manifiestan dificultades conductuales. Dentro de estos niños los factores contextuales y estructurales de la familia junto con las características de los estilos de crianza parentales están relacionadas con distintos ámbitos del desarrollo del niño, haciendo especial énfasis en la agresividad, hiperactividad o los problemas de conducta (Carrasco, 2019).

Finalmente, los modelos terapéuticos de intervención descritos anteriormente sugieren que en el medio clínico se podría establecer un modelo cognitivo para cambiar las conductas que empeoran el cuadro clínico como del paciente, su familia y su entorno social, disminuyendo los conflictos escolares y sociales, además de disminuir niveles de ansiedad y estrés en el paciente. No obstante, el modelo sistémico ofrece también localizar el origen y abordaje de las problemáticas en pro de mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia. Complementariamente, en un contexto multidisciplinario el modelo psicofarmacológico sería de gran importancia para tratar casos específicos que no respondan efectivamente a los acercamientos cognitivos, conductuales y sistémicos.



En este contexto, el presente trabajo sugiere una base para establecer futuros estudios y programas focalizados al abordaje del TDAH en razón de los recursos disponibles para las familias ecuatorianas, así como para los institutos y profesionales de la salud mental en nuestro medio.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

- Ejecutar una búsqueda bibliográfica de publicaciones indexadas durante la última década en relación a la aplicación de modelos cognitivo-conductuales, sistémicos y psicofarmacológicos para el tratamiento del TDAH alrededor del mundo analizando sus beneficios y limitaciones respectivas.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Analizar con criticidad objetiva las características, alcances y limitaciones de los modelos terapéuticos seleccionados, integrando los pros y contras de cada uno de ellos según el contexto de su aplicación.
- Formular un programa psicoterapéutico que integre las técnicas y recursos de mayor éxito en el tratamiento del TDAH tras comparar los alcances y limitaciones de los modelos de psicoterapia y psicofarmacología.

2. Método

La presente revisión bibliográfica recopila tanto aproximaciones conceptuales, como estudios actualizados basados en programas psicoterapéuticos que responden a nuestras variables de interés. En este sentido, se desarrollan inicialmente los puntos correspondientes al Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH), la



atención y sus mecanismos implicados, así como los principales modelos terapéuticos de intervención en el TDAH. De la misma manera, presentamos una recopilación de investigaciones basadas en modelos cognitivo conductuales, con enfoque sobre las técnicas mayormente utilizadas, así como los beneficios y limitaciones del mismo. En segundo lugar, se desarrolla una revisión sobre el abordaje del TDAH desde el modelo sistémico, la validez de su aplicabilidad y los potenciales limitantes de dicho tratamiento. Subsecuentemente, describimos investigaciones actualizadas sobre el tratamiento farmacológico de esta psicopatología, analizando asimismo los aspectos tanto positivos como negativos de esta aproximación terapéutica. En el cuarto capítulo se llevará a cabo un análisis comparativo y objetivo acerca de la pertinencia, eficacia y las limitaciones que presenta cada uno de los modelos descritos con anterioridad. Por último, esta investigación presenta una propuesta de psicoterapia integrada, basada en los tres modelos terapéuticos, misma que podrá ser aplicada en nuestro contexto social.

Por su parte, la presente revisión científica involucró la búsqueda y selección de artículos científicos, revistas de divulgación, libros y sitios web con publicaciones indexadas durante los últimos 10 años y relacionadas con estudios sobre modelos de psicoterapia y psicofarmacología, se describen igualmente los principales criterios diagnósticos para el TDAH proporcionados por el DSM-V y el CIE 10. La búsqueda bibliográfica utilizó fuentes como Dialnet, Redalyc, Scopus, EBSCO y Scielo entre otras; a partir de las siguientes palabras claves: TDAH, programas terapéuticos, intervención sistémica, terapia cognitiva, tratamiento psicológico, modelos integrales, psicofarmacología. Subsecuentemente, se obtuvieron 100 artículos originales de los que se apartaron los que sobrepasaban los 10 años desde su



publicación y aquellos de corte cualitativo. Finalmente, se reeligieron 53 artículos que sirvieron de base para el desarrollo de la presente revisión bibliográfica, misma que en su apartado final presenta una propuesta psicoterapéutica integral en base a los modelos abordados para el tratamiento del TDAH en nuestro medio local.

3. Desarrollo y Discusión

3.1 Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad

3.1.1 La Atención

El ser humano consciente o inconscientemente selecciona la información del entorno que lo rodea, sin embargo, no hace uso de toda esa información, si no que la relaciona con las actividades presentes o futuras. Por ello la atención es considerada como la capacidad de controlar la actividad mental y conductual, al tiempo que influye en los sistemas sensoriales al obtener información del mundo exterior e interior. La atención está muy relacionada con otros procesos psicológicos en los que influye (percepción, memoria, aprendizaje) o por los que se ve afectada (memoria, emoción). Sin embargo, es difícil establecer una concepción más o menos homogénea de la atención, aunque se podría afirmar que hay cierto consenso en considerarla como un mecanismo unitario estructuralmente modular (Tudela 1992; García-Sevilla 1997).

A nivel neurológico, se ha observado afectación de las regiones ricas en dopamina (DA) (región anterior o de la función ejecutiva) y de las regiones ricas en noradrenalina (NA) (región posterior de la flexibilidad cognitiva). El sistema atencional anterior (lóbulo frontal) está encargado de la función ejecutiva; la DA y NA son los neurotransmisores implicados. Su actividad es analizar la información y prepararse para responder. Las funciones más importantes son la inhibición motora, cognitiva y



emocional, la planificación, y la memoria de trabajo a corto plazo. El sistema atencional posterior (lóbulo parietal y cerebelo) encargado de la flexibilidad cognitiva; la NA es el neurotransmisor implicado. Su actividad es elegir la información más significativa, evitar lo que no sirve y fijar la atención en nuevos estímulos (Hidalgo Vicario & Soutullo Esperon, 2014).

Asimismo, se han determinado diferentes tipos o mecanismos de atención, por ejemplo:

3.1.2 Mecanismos implicados

3.1.2.1 Atención Selectiva, Dividida y Sostenida

La atención selectiva es la capacidad que posee una persona para reconocer o responder a una situación o tarea y abstenerse de las tareas que son irrelevantes; la atención dividida es cuando los recursos atencionales se distribuyen hacia una actividad compleja, puede referirse a la capacidad del ser humano para atender a más de un estímulo a la vez; la atención sostenida según Kirby y Grimley (1992), “viene a ser la atención que tiene lugar cuando un individuo debe mantenerse consciente de los requerimientos de una tarea y poder ocuparse de ella por un periodo de tiempo prolongado “ (Alava Sordo, 2018).

3.1.2.2 Grado de control: Atención Voluntaria e Involuntaria

La atención voluntaria es desarrollada en la infancia mediante el lenguaje. En primer lugar, el lenguaje de los padres será el que controle la atención del menor, (aún involuntaria). Después que el pequeño tenga la capacidad de señalar objetos nombrarlos y pueda interiorizar su lenguaje, será capaz de trasladar su atención de manera voluntaria



e independiente de los adultos, lo cual confirma que la atención voluntaria se desarrolla a partir de la involuntaria; la atención involuntaria está relacionada con la aparición de un estímulo nuevo, fuerte y significativo, y desaparece casi inmediatamente con el surgimiento de la repetición o monotonía. La atención involuntaria tiende a ser pasiva y emocional, pues la persona no se esfuerza ni orienta su actividad hacia el objeto o situación, ni tampoco está relacionada con sus necesidades, intereses y motivos inmediatos (Alava Sordo, 2018).

3.1.2.3 Objeto al que va dirigido: Atención Interna y Externa

La atención interna está orientada hacia nuestro propio conocimiento, nuestros recuerdos, emociones, sentimientos; por otro lado, la atención externa está orientada hacia los objetos o sucesos ambientales externos (Alvarez, 2011).

3.1.2.4 Amplitud e Intensidad: Atención Global y Selectiva:

La atención global posee como fin llevar a cabo un formato organizado de los elementos que compone una información y busca extenderse; la atención selectiva por otra parte, se centra en el análisis de detalles que componen una información y busca intensidad (Alvarez, 2011).

Entonces, “prestar atención” o atender radica en centrar selectivamente la conciencia, recogiendo o rechazando información como un proceso emergente desde diversos mecanismos neuronales, manejando el constante fluir de la información sensorial y trabajando para resolver la competencia entre los estímulos para su procesamiento en paralelo, temporizar las respuestas apropiadas y controlar la conducta (Chile, 2004).



Se puede concluir que la atención es un estado neuro cognitivo cerebral de preparación que se antepone a la percepción y a la acción, además, representa el resultado de una red de conexiones corticales ubicadas en la corteza pre frontal. De esta manera, la atención focaliza selectivamente nuestra consciencia para filtrar el constante flujo de la información sensorial, resolver la competencia entre los estímulos para su procesamiento en paralelo, reclutar y activar las zonas cerebrales para temporizar las respuestas apropiadas.

Como se ha mencionado anteriormente, en el caso del TDAH, el patrón de las ondas Beta y Teta se encuentra alterado, lo que se asocia a problemas atencionales, de concentración, inclusive de control de impulsos.

En este sentido, las primeras características y definiciones de los problemas de conducta en la infancia se dan en el siglo XIX, pero fue en el año de 1902 en donde Sir George Still detalló a un grupo de niños que tenían serias dificultades con la atención sostenida y problemas de conducta. Sin embargo, Still nunca utilizó la definición actual en estos niños quienes muy probablemente cumplirían hoy los criterios de diagnóstico. En esta misma década, se desarrollan conceptos como el de *“Disfunción cerebral mínima”* o *“Síndrome del niño con Daño Cerebral”*. Pero fue en los años 70 donde el estudio de la atención sostenida, el control de impulsos y la hiperactividad tuvieron más relevancia. A partir de esto algunos investigadores empiezan a agrupar en tres grupos principales los síntomas del TDAH, es decir: Déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Es entonces en el año de 1980 en donde todas estas características definiciones y síntomas toman el nombre de TDAH (Quinteros & Castano de la Mota, 2014).



El TDAH está considerado dentro de los trastornos de neuro desarrollo debido a que responde a variables neuro biológicas y clínicas. Los pacientes que poseen este diagnóstico no producen suficientes sustancias químicas en áreas claves del cerebro que son las encargadas de organizar el pensamiento, por lo que un déficit daría lugar a los síntomas propios TDAH. Asimismo, los estudios de genética molecular, registran marcadores moleculares que están asociados al trastorno con un cambio en los genes que se relacionan con los receptores de dopamina D2, D4 y D5 y con el gen transportador de dopamina, el gen receptor D4 de dopamina situado en el cromosoma 11 es el más consistentemente asociado al TDAH (Andrade, 2013).

Como posibles causas se describen, el uso de cigarrillo en los padres, abuso de sustancias durante el embarazo, la exposición de toxinas del medio ambiente, etc. (Cantero, 2011).

Algunos de los síntomas que se describen en el diagnóstico de TDAH son:

- No sigue instrucciones o le cuesta trabajo hacerlo.
- Dificultad para mantener atención en actividades cotidianas.
- Desorganización en las tareas.
- Olvida y no presta atención a los detalles.
- Dificultad para respetar normas sociales.
- Hiperactividad mientras realiza una acción (Giutsi et al., 2005).

El trastorno de déficit de atención se caracteriza por ser un síndrome neurológico que se determina por presentar hiperactividad, impulsividad y una capacidad de atención baja.



Los estudios neuroquímicos describen al TDAH como una disfunción de los sistemas de neurotransmisión. En los niños con este trastorno se observa una disminución de la actividad del lóbulo frontal, alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral y en su metabolismo. Se reportan también patrones de actividad eléctrica cerebral en los pacientes con este trastorno, caracterizados por un incremento en las ondas cerebrales theta que se relacionan con el estado de vigilia y una disminución de las ondas alfa y beta. Es decir, los niños con TDAH poseen un incremento de la actividad de excitación y una disminución del estado de relajación, de la atención consciente, que a nivel comportamental resulta en hiperactividad y distractibilidad (Andrade, 2013).

El TDAH es considerado como uno de los diagnósticos más frecuentes entre niños y adolescentes. Este trastorno está asociado a una alteración en el desarrollo integral de los pacientes afectados, que indiscutiblemente se relaciona con alteraciones familiares importantes; se conoce que a un 50 % de niños con este diagnóstico le resulta conflictivo establecer buenas relaciones interpersonales y que el 70% de algunos pacientes tienen notables falencias para integrarse armónicamente a grupos sociales debido a las limitaciones que existen por el trastorno. Coexisten diferentes impedimentos que las familias de los pacientes mencionan sobre la discapacidad que se asocia al trastorno y cómo éste afecta directamente a la escolaridad, intercambio social, vida diaria, relaciones familiares, y directamente en el paciente, sobre todo con un alto impacto sobre la autoestima (Llanos et al., 2019).

En este aspecto, se conoce que el TDAH puede adquirirse o modularse por factores biológicos adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal, como la exposición intrauterina al alcohol, nicotina y determinados fármacos (*benzodiazepinas*,



anticonvulsivantes), la prematuridad o bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales como encefalitis o traumatismos que afectan a la corteza pre frontal, una hipoxia, la hipoglucemia o la exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana. Por lo que sí existe un desequilibrio que involucra el correcto funcionamiento del cerebro va a resultar afectado un sin número de zonas que implican las emociones y conductas. (Llanos et al., 2019).

Complementariamente, el DSM-V manifiesta que el TDAH interfiere negativamente con el desarrollo y el normal funcionamiento social, académico y ocupacional de quien lo padece, caracterizado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad o impulsividad (Alava Sordo, 2018). Mientras que la Organización Mundial de Salud, describe que las características de un infante con TDAH son: la distractibilidad la desinhibición, la impulsividad, la hiperactividad, los cambios marcados de humor y agresividad (Llanos et al., 2019).

Consecuentemente, se establece que el TDAH es un trastorno que tiene sus inicios en la etapa infantil y cuyas principales características son los problemas para conservar la atención, el exceso de movimientos o hiperactividad, además de presentar dificultades en el control de los impulsos, afectando no solo al paciente que padece el trastorno sino a todo el sistema familiar que lo rodea.

Además, existen criterios que la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE 10) involucran a la atención como un signo de alarma para establecer un posible diagnóstico de TDAH. Estos son:



3.2 Modelos Terapéuticos para intervención en el TDAH

Para trabajar con infantes con TDAH los modelos psicoterapéuticos comúnmente selectos son: Modelo Cognitivo Conductual, Modelo Sistémico y Modelo Psicofarmacológico, los mismos que se describen a continuación (Bados Lopez , 2008).

3.2.1 Modelo Cognitivo Conductual

Este modelo nace en 1960 y 1980. Los terapeutas conductuales usan definiciones que se dieron de la investigación experimental de aprendizaje, realizada por Iván Pavlov en el siglo XX en Rusia y en los Estados Unidos por el psicólogo B. F. Skinner en 1930. Este modelo se enfoca en los procesos de pensamiento y en cómo estos afectan la forma en la que el individuo edifica su experiencia del entorno, promoviéndolo a desplegar emociones disfuncionales y problemas conductuales (Benito, 2008).

De este modo, las conductas que son calificadas como inadecuadas se adquieren, mantienen y cambian según los propios principios que normalizan las conductas consideradas adecuadas. Por ello, el modelo cognitivo conductual ha sido creado y se utiliza para prevenir, eliminar o reducir las conductas inapropiadas y, a potenciar o enseñar las adecuadas teniendo en claro cuáles son las variables que intervienen en estas conductas (Bados Lopez , 2008).

Por consiguiente, en el TDAH los síntomas de inatención que presentan los niños afectan el área académica, y los síntomas impulsivos pueden ocasionar que el niño rompa o incumpla reglas en la familia, en el ámbito interpersonal o educativo. Por ello el enfoque cognitivo conductual es uno de los modelos más utilizados, pues su estudio se basa en el análisis funcional de la conducta en donde se reconoce los factores



mantenedores de la conducta inadecuada, en el refuerzo positivo y en la penalización en función del comportamiento observado. Este modelo de intervención tiene como fin un doble propósito en los niños, el primero es reforzar, desarrollar o mantener una conducta deseada, y el segundo es reducir o eliminar una conducta no deseada (Ruiz, 2017).

En una investigación realizada por Arco et al (2004), en la Universidad de Granada se buscó determinar el impacto del modelo cognitivo conductual y otras variables mediadoras sobre una muestra de alumnos con TDAH. Esta muestra de estudiantes estaba formada por 20 varones (86,96%) y 3 mujeres (13,04%) entre los siete y nueve años. Se involucraron padres de familia, docentes y especialistas. Dicho estudio de tipo longitudinal tuvo cuatro etapas de desarrollo: la primera fue, el análisis de los requerimientos y propuestas de intervención; el segundo fue, la obtención de línea de base (pre); el tercero fue, la puesta en práctica de la intervención y evaluación del proceso y por ultimo evaluación del impacto y comunicación de resultados. Los resultados mostraron mejoras importantes en las conductas de los estudiantes tanto en el ámbito familiar como educativo como por ejemplo: mayor concentración de los pacientes, socialización positiva con el grupo de estudio y mejoría en la recepción de instrucciones.

3.2.2 Modelo Sistémico

En el año de 1968 Bertalanffy expuso la Teoría General de Sistemas (TGS) que expone que “No se considera la patología como conflicto del individuo sino como patología de la relación” (Cibanal, 2006). El modelo sistémico está basado en un enfoque explicativo, heurístico y de evaluación familiar, que sirve para fundamentar la intervención familiar.



En el trastorno del TDAH, el modelo sistemático busca localizar las problemáticas que se generan a raíz del diagnóstico que se le da al niño y que provocan crisis de desvalimiento en uno o más de los miembros dependientes del sistema familiar, el individuo dependiente, que vendría siendo el infante en este caso, mantiene ligada la familia con sus requerimientos de cuidado y atención (Bedoya & Alviar, 2013).

En este aspecto, un estudio que se llevó a cabo en Medellín – Colombia, por Alvear y Bedoya (2013), realizó un análisis de los cambios en el funcionamiento familiar de niños con TDAH tras haber participado en un proceso de terapia sistémica. El tipo de metodología que se utilizó para esta investigación fue de orden cualitativo con tendencia hermenéutica, misma pretendía hallar una mejora en la comprensión de la forma en que las familias construyen significados, vivencias y cambios en el funcionamiento familiar en relación con el TDAH. Para este proceso de investigación participaron 5 familias, las cuales siguieron el proceso de terapia familiar sistémica y 5 familias como grupo de control. Se procesó la historia clínica y se sistematizó el instrumento FACES III (pretest y postest) mismo que permitió analizar el funcionamiento familiar de ambos grupos (control y proceso terapéutico) y se desarrolló el análisis de la información a la luz de los objetivos planteados en la investigación que facilitó además de llegar a las conclusiones teóricas dar cuenta del desarrollo de los procesos terapéuticos.

Finalmente se obtuvo como resultado que las familias de la investigación no tenían características particulares que mostraran un patrón específico en su funcionamiento familiar, sin embargo, se encontró que estas familias enfrentan situaciones igualitarias en cuanto a los problemas del ejercicio efectivo de la autoridad de diferentes maneras. Según este estudio es posible afirmar que las familias en donde uno de sus miembros posee TDAH son como cualquier otra familia ya que no existen patrones ni tendencias,



pero en cuanto al funcionamiento familiar, se identifican estilos que pueden facilitar u obstaculizar el proceso de los desafíos que el trastorno impone (Bedoya & Alviar, 2013).

De la misma forma, este artículo habla del modelo sistémico en el tratamiento del TDAH, el cual se utilizó como una estrategia de intervención, para mejorar la calidad de vida del infante y su familia. Este enfoque no solo involucra al niño, sino también a los progenitores y aquellos otros integrantes de la familia que se consideren facilitadores en el proceso del cambio que se espera. Menciona además que a diferencia de los distintos tratamientos que se dan para este trastorno, que por lo general se centran en tácticas precisas en el ejercicio de la autoridad y la crianza, y que se consideran válidos para estas situaciones, la terapia sistémica desarrolla y posibilita el afrontamiento de situaciones problemáticas que puedan surgir a partir de la convivencia con el trastorno gracias a sus creencias y relaciones establecidas entre los diferentes miembros de la familia. Por ello recomienda el uso de este modelo ya que posibilita a las familias la identificación de las situaciones difíciles misma que se convierten en el motivo principal de sus perturbaciones, a más de la identificación de la forma en que se ha construido y consolidado dichas situaciones y los intentos fallidos que han aumentado la desesperanza del cambio (Bedoya & Alviar, 2013).

3.2.3 Modelo Psicofarmacológico

El modelo psicofarmacológico tiene sus principios como una disciplina científica y línea de estudio de las acciones conductuales de los fármacos.

En la actualidad la psicofarmacología está basada en la investigación de los fármacos que modifican el comportamiento y la función mental por medio de la acción en el sistema neuroendocrino, destacando en sí el estudio de las interacciones entre fármacos, el sistema nervioso y el comportamiento normal y patológico (Torres & Arce Andres,



2017).

De la misma forma, para el uso de fármacos en el tratamiento de TDAH se requiere una atención especial para cada patrón de comorbilidad. Es de suma importancia identificar correctamente el TDAH y evaluarlo minuciosamente para otorgar un tratamiento, ya que en ocasiones el uso de los medicamentos no es necesario, pues se puede modificar la conducta con otros modelos terapéuticos como el modelo cognitivo conductual en casos leves (Gandi et al., 2007).

Los niños con TDAH poseen un desequilibrio de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina, que ocasiona un desajuste en el funcionamiento cerebral (Cadah, 2019). Para tratar este trastorno existen algunas mediaciones que ayudan al niño, como por ejemplo los fármacos psicoestimulantes y los no estimulantes. Los fármacos psicoestimulantes ayudan a mejorar los aspectos cognitivos implicados en el TDAH, como el déficit de atención funciones ejecutivas, la memoria de trabajo y la impulsividad. Por lo que, su objetivo es aumentar las concentraciones de dopamina y noradrenalina a nivel inter sináptico. El mecanismo principal es la inhibición de la recaptación de dopamina y noradrenalina inter sináptica en la corteza prefrontal (Sanchez & Hervas, 2018).

Entre estos fármacos se puede encontrar el metilfenidato (MPH) que es el tratamiento farmacológico de elección para el TDAH, puesto que controla tanto la hiperactividad como la inatención en estos niños. Por otro lado, los fármacos no estimulantes se emplean como una opción a los anteriores en el caso de que éstos no tengan efecto alguno o por la aparición de efectos secundarios; entre estos están la atomoxetina, inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (ISRN) y guanfacina de liberación prolongada (Cadah, 2019).



A través de un estudio realizado en el 2015 por Ruso, se persiguió determinar la eficacia de los tratamientos e identificar variables predictoras de la respuesta farmacológica en una muestra de 30 niños entre 8 y 12 años de edad. Este proceso inicio con la evaluación y concluyó con la intervención. Las personas involucradas realizaron durante diez semanas una de tres modalidades: farmacológica, entrenamiento cognitivo y placebo e intervención cognitivo-conductual y placebo. La investigación menciona que no se obtuvo diferencias a corto plazo entre los grupos en la gravedad y en los síntomas percibidos por las figuras parentales, pese a percepción de mejoras más pronunciadas por los profesores en la sintomatología total y de hiperactividad-impulsividad tras el tratamiento farmacológico que en la intervención cognitivo-conductual y placebo. Tampoco se diferenciaron los grupos en los dominios del funcionamiento, en la valoración conductual del funcionamiento ejecutivo y en los estilos educativos parentales (Ruso, 2015).

De hecho, se confirmó un mejor rendimiento académico con la toma de psicoestimulantes, que tras la intervención cognitivo conductual y placebo. El coeficiente intelectual pre mórbido, el rendimiento en tareas de memoria inmediata y a corto plazo predijeron, de manera independiente, la respuesta al tratamiento farmacológico. El funcionamiento en rutinas y habilidades vitales y el desempeño en tareas de memoria viso espacial y a largo plazo fueron predictores independientes de la respuesta al entrenamiento cognitivo y placebo. Estos hallazgos demuestran los beneficios de los tratamientos, que podrán ser complementarios a la atención tradicional en salud mental. Sobresale la necesidad de investigar los predictores de la respuesta al tratamiento a fin de desarrollar intervenciones más individualizadas que fomenten la adaptación del menor con TDAH al entorno (Russo , 2015).



De tal modo, los diferentes modelos psicoterapéuticos que se han presentado, son de gran utilidad para el tratamiento del TDAH, como el modelo cognitivo conductual que se utiliza para prevenir, eliminar o reducir las conductas inapropiadas y potenciar o enseñar las adecuadas; el modelo sistémico que busca apoyar al infante con la participación del entorno que lo rodea (padres, hermanos, docentes), para un mejor rendimiento; así como también el modelo farmacológico que busca aumentar la concentración de los neuro transmisores para un mejor desenvolvimiento del niño en las áreas de atención, memoria y más. Luego de hacer un análisis de los modelos psicoterapéuticos y la eficacia de cada uno de ellos se puede concluir que se podría realizar un tratamiento multimodal en donde cada uno de ellos proporcione su aporte según el caso de cada niño, ya que se ve necesario trabajar en familia para poder ayudar al paciente a mejorar sus problemas de conducta, así como su déficit de atención, como también trabajar con el pequeño de forma individual pero siempre dando información del avance a sus progenitores, el uso de la psicofarmacología se dará luego de una indagación minuciosa y con la debida consulta de un profesional como el médico psiquiatra, para ello el niño como los padres deben estar psico educados en estos términos.

4. Estado del Arte

4.1 Principales hallazgos empíricos sobre el abordaje Cognitivo-Conductual del TDAH

El abordaje terapéutico para el TDAH basado en el modelo cognitivo conductual se lleva a cabo por medio de varias herramientas y técnicas validadas empíricamente, de la misma manera estas formulaciones teóricas deben estar sujetas a actualizaciones y modificaciones, como en los estudios descritos a continuación.



Los autores Lopez y Zuluaga (2017), realizaron un estudio cuyo propósito fue comprobar la evolución del estilo cognitivo en niños con TDAH del Hospital Infantil de Manizales, Colombia bajo tres modelos de intervención: multimodal, psicológico y farmacológico, frente a un grupo de control. La población estuvo compuesta por 40 individuos, entre varones y mujeres, segmentados en 4 grupos de 10 participantes diagnosticados con TDAH entre los 7 y 11 años de edad. Para medir el estilo cognitivo se utilizó el test de figuras enmascaradas para niños de Witkin et al (1990). El análisis de datos se realizó a través del software de procesamiento estadístico SPSS-21, tomando como variable independiente el tratamiento utilizado en la intervención de cada uno de los grupos. Como resultado se encontró que al comparar la diferencia porcentual del estilo cognitivo entre la fase pretratamiento y postratamiento, se observó un avance terapéutico del 95,9% en el tratamiento multimodal, uno del 85,2% en el tratamiento TCC y, por último un avance del 35,1% en relación al modelo farmacológico. Mientras que el grupo sin tratamiento tuvo un descenso de un 9,8%. Los resultados confirman que es posible la evolución del estilo cognitivo hacia la independencia de campo cuanto más integral es la intervención (Zuluaga & Lopez, 2017). En este sentido, podemos inferir que la importancia de los modelos integrativos parece manifestar alta eficacia respecto de la reducción sintomatológica de enfermedades como el TDAH.

Por su parte, Rodriguez (2017), realizó una investigación de diseño experimental (*pretest-posttest*) con el objetivo de conocer los beneficios de la TCC en niños con TDAH escolarizados de Alicante-España frente a un grupo de control. La muestra estuvo compuesta por 6 niños entre 6 y 12 años que participaron con la autorización de los padres mediante consentimiento informado, por su parte. La variable independiente consistió en el modelo TCC de intervención aplicado y las variables dependientes fueron la atención, la hiperactividad y la impulsividad. Para la intervención se utilizaron



técnicas de entrenamiento de solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional, modelado, autoevaluación y utilización de contingencias. Estas técnicas se aplicaron durante 16 sesiones de 45 minutos. Los resultados obtenidos demostraron una gran mejora de las dificultades de los niños con TDAH tras la intervención del programa TCC que mejoró positivamente su conducta. Los 3 participantes que mostraron dificultades al iniciar la intervención en items de atención, auto instrucción e impulsividad mejoraron notablemente después de la terapia, así, los valores en atención y autoinstrucciones puntúan con 1 antes de la terapia y 2 -3 después de la terapia, por lo que es importante resaltar que el estudio fue satisfactorio para que los individuos mejoraran en tareas dirigidas por auto instrucciones. Por último, podemos manifestar que el aval empírico de las intervenciones TCC, se han fortificado durante décadas en el tratamiento y mejora de los niños con técnicas y herramientas que mejoran significativamente la conducta disfuncional a largo plazo demostrando efectividad en intervenciones para mejorar la conducta del individuo con TDAH. Es importante señalar que la intervención clínica que involucra técnicas cognitivas muestra resultados positivos para el manejo de su conducta en sus distintos escenarios de vida.

De igual manera, Ruales (2014) ejecutó un estudio en Quito, Ecuador con una población de 20 niños entre 6 y 9 años aproximadamente con TDAH, además de baja autoestima. Se utilizó el método clínico para recolectar información mediante la historia clínica y la estadística para procesar la información. Se utilizó la observación que permitió establecer contacto con los signos de los pacientes, además de obtener información por medio de la aplicación de test y reactivos psicológicos.

Los instrumentos aplicados fueron Escala de Autoestima de Lucy Reidl (2013) que mide los niveles de autoestima en niños, Test proyectivo HTP, Buck (1948), que indican



ideales o experiencias emocionales unidas al desarrollo de la personalidad, El Test proyectivo de la Familia (Porot, 1952), un test gráfico donde el examinado refleja sus deseos, fantasías y miedos dentro de la dinámica familiar, además del lugar que ocupa el paciente. Los resultados obtenidos previos a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) indicaban que el 55% de pacientes respondieron al ítem de autoestima en un nivel insuficiente, el 30% con autoestima suficiente, 15% autoestima deficiente mientras que para autoestima buena y muy buena el valor es de 0% (ver tabla 1).

Tabla 1

Evaluación previa aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Muy bueno	0	0%
Bueno	0	0%
Suficiente	6	30%
Insuficiente	11	55%
Deficiente	3	15%
Total	20	100%

Nota. Fuente: Resultados de frecuencia previa a la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual.

En los resultados posteriores a la aplicación de la TCC se pudo observar que el 70% de los participantes presento niveles de buena autoestima buena, mientras que la autoestima suficiente se correspondió con el 30%, por su parte se mostraron valores del 0% para autoestima muy buena, insuficiente y deficiente (ver tabla 2).



Tabla 2

Evaluación posterior aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Muy bueno	0	0%
Bueno	6	30%
Suficiente	14	70%
Insuficiente	11	0%
Deficiente	0	0%
Total	20	100%

Nota. Fuente: Resultados de frecuencia posterior a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual

De acuerdo a la investigación realizada se evidenció que los pacientes reaccionaron positivamente a la intervención que, de acuerdo a la aplicación de las técnicas operantes combinada con técnicas como la reestructuración cognitiva, se mejoró el control de impulsos, atención y concentración; lo cual dio como resultado un buen ajuste en el entorno social del paciente mejorando su autoestima y permitiéndoles ingresar a un círculo social reafirmando su seguridad personal.

Del mismo modo, Rivera (2015) ejecutó un estudio realizado en Arequipa, Perú con 10 participantes (9 niños y 1 niña). En esta investigación se utilizó un diseño cuasi experimental con pre test y post test, se empleó el entrenamiento cognitivo auto instruccional que fue desarrollado por Meichenbaum y Goodman en 1971, que se refiere a que el paciente impulsivo hable consigo mismo sobre algún aspecto que desea aprender o un conflicto que quiere solucionar, primero en voz alta y luego simulando una conversación con su interior, con la finalidad de desarrollar y aumentar el auto control, esto se desarrolló según el autor como primer nivel de formación, donde el



terapeuta modela comportamientos que llevan a la finalización de una tarea exitosa mientras se dice en voz alta las instrucciones que guían el comportamiento del paciente. Estas verbalizaciones o auto instrucciones son específicas. Este estudio consistió en 30 sesiones grupales que fueron dirigidas a 3 grupos previamente conformados de acuerdo a la edad cronológica de sus participantes. Se utilizó la prueba de MFF-20 de Matching Familiar Figures de Cairns y Cammock (2005), que consiste en una prueba perceptiva que se utiliza para medir la reflexión que hace el individuo frente a la respuesta cognitiva. Finalmente, se evidenció una disminución significativa en el percentil de impulsividad, es decir existen diferencias significativas entre el pre test con 59.30 y el pos test con 1.70, con ello se demostró la efectividad del entrenamiento de auto instrucción para reducir la impulsividad cognitiva en niños con TDAH. La importancia que muestra el estudio es que puso en práctica un programa para abordar conflictos cognitivos en niños con TDAH que influyen en su entorno escolar y familiar, por lo que en base a los resultados, el entrenamiento en auto instrucciones reduce la impulsividad y favorece el rendimiento académico y personal en el paciente (Rivera, 2015).

Por su parte, Young et al., (2015), realizó un estudio dentro de los Servicios de Salud Mental en Landspítali, Hospital Universitario Nacional de Islandia, este contó con 95 pacientes adultos; 62 de sexo femenino y 33 de sexo masculino, las edades comprendidas fueron entre 35 y 45 años, todos con diagnóstico de TDAH, los participantes fueron asignados para recibir 15 sesiones de terapia cognitivo conductual y además medicación. Para la intervención se utilizó R & R2ADHD que se emplea tanto para modalidad grupal como individual. Esta es una versión que consta de 15 sesiones de 90 minutos que tiene como objetivo disminuir síntomas del TDAH, mejorar relaciones sociales, habilidades organizativas y resolución de conflictos. Posee cinco



módulos de intervención: 1) neuro cognitivo orientado a desarrollar estrategias para mejorar la atención, memoria, control y planificación de impulsos, 2) resolución de problemas, 3) control emocional, el paciente pueda manejar sentimientos de ira y ansiedad, 4) habilidades pro sociales, el individuo es capaz de identificar sentimientos de los demás y tener empatía, 5) razonamiento crítico. Este programa de intervención fue desarrollado para jóvenes y adultos con TDAH por Young y Ross en el 2007. Es una versión que tiene como objetivo disminuir los síntomas del TDAH y con ello mejorar notablemente las relaciones sociales, las habilidades para resolución de problemas y organicidad. El estudio tuvo una duración de 3 meses aproximadamente, que se dividió en 3 momentos: línea de base, final del tratamiento y 3 meses después de recibir el programa. Las sesiones grupales se dieron dos veces a la semana, cada terapeuta se reunió con los participantes para que se pueda transferir habilidades aprendidas en el grupo a su vida habitual. Se dividieron en dos grupos respectivamente, los participantes que recibían Terapia Cognitiva más medicación (metilfenidato, atomoxetina y bupropión respectivamente). Los instrumentos que se utilizaron fueron: la Escala de síntomas actuales de Barkley (1998), que mide síntomas del TDAH, esta es una escala compuesta por dos sub escalas, una mide la falta de atención, mientras que la segunda mide la hiperactividad e impulsividad. Finalmente, los resultados revelaron sólidos descubrimientos, hubo una reducción significativa en los resultados primarios de los síntomas base del TDAH previamente evaluados; así, el grupo que recibió tratamiento farmacológico y TCC al inició del estudio contó con un porcentaje de 21,70% para inatención, y finalizó con 16,55%, así como el porcentaje para hiperactividad e impulsividad fue de 17,66% con una reducción a 14,06%. No obstante, el grupo que recibió medicación más su tratamiento habitual no tuvo cambios



significativos, así para el ítem de inatención, el valor inicial fue de 20,87 %, y al final tan solo se dio una reducción no significativa del 19,88%. Para hiperactividad e impulsividad se disminuyó del fue 16,67% al 15,58%. Es así como existió una aceptación positiva al tratamiento de Terapia Cognitiva. En comparación con los participantes que habían recibido sus tratamientos habituales, el éxito de la investigación también se dio gracias a la fase de seguimiento que presentó el estudio.

De la misma forma, Miranda (2014), diseñaron un estudio realizado en Valencia, España donde participaron dos grupos de niños con diagnóstico de TDAH. El primer grupo experimental estuvo conformado por 32 participantes con TDAH de 9 y 12 años de edad. El segundo grupo de control sin tratamiento estuvo constituido por 16 niños, este sirvió como referencia para relacionar los resultados en los análisis de cambio. Dentro del procedimiento se realizó una evaluación de pre tratamiento para luego iniciar con la intervención de 22 sesiones, con duración de una hora, dos veces a la semana. Para el programa de intervención se aplicó el programa adaptado de auto control “Párate y Piensa” de Kendall et al (1980), este incluye distintas técnicas cognitivas como las auto instrucciones, solución de problemas y el modelado, las mismas que se utilizan para la resolución de conflictos y el entrenamiento en el control de la ira Además, se valoró los efectos de la intervención con cuestionarios como el de Conners (1973), el Inventario de Problemas en la Escuela IPE de Miranda et al (1993) y finalmente el Cuestionario de Evaluación para Habilidades Sociales en Clase de Goldstein (1988) para los profesores. De igual manera los padres utilizaron el Cuestionario de Hiperactividad del DSM III-R (APA, 1987), al que deben responder según 4 alternativas: la frecuencia de conductas hiperactivas de sus hijos en razón de adaptación social, ansiedad, conducta anti social, etc. además, la Escala de Problemas de Conducta



EPC (Navarro et al., 1993), ésta por su parte, ofrece información sobre cómo es y actúa el niño en todos los escenarios en los que convive. El resultado del estudio demuestra que la combinación de técnicas cognitivo-conductuales como auto instrucción, solución de problemas y refuerzo, ha producido respuestas satisfactorias en aspectos como Conductas antisociales y problemas escolares en los pacientes con TDAH. Los porcentajes obtenidos después del estudio son descritos a continuación (ver tabla 3).

Tabla 3

Porcentajes de recuperación y cambios fiables según los cuestionarios de hiperactividad DSM III-R y Conners.

DSM III-R	Post test	Seguimiento
Recuperados	25%	50%
Cambio fiable	25%	31,25%
Conners (profesores)		
Recuperados	6,25%	18,75%
Cambio fiable	12,5%	18,75%

Nota. Fuente: Porcentajes de recuperación y cambio fiable en los dos momentos post test y seguimiento.

Asimismo, Gordóvil & Faust (2012), hicieron referencia a resultados positivos mediante una técnica complementaria, el Neurofeedback de tipo conductual, en la que se regula la actividad neuronal disfuncional que resulta en la disminución de síntomas y la optimización del comportamiento. Mediante el Neurofeedback, el individuo toma de forma consciente parámetros fisiológicos que antes no podría percibir. En este caso, el



paciente recibe refuerzos positivos que pueden ser visuales o acústicos, por lo que dicho reforzador resalta el esfuerzo y logro del individuo, por el contrario, sino llega al resultado esperado, este incentivo no aparece. Esta técnica podría realizarse a partir de los 6 años con una duración de 45 minutos por sesión. Para que este proceso sea duradero y efectivo el paciente debería entrenar la técnica durante 6 meses y este debe ser aplicado por un profesional calificado. Por lo que en la actualidad el entrenamiento con Neurofeedback es una opción terapéutica en algunos países como Alemania y Holanda de acuerdo a los estudios mencionados anteriormente. Finalmente, se dan resultados claros de mejoría en aspectos como: atención, concentración y control de comportamiento y además un efecto perdurable a través del tiempo de duración de la intervención.

4.2. Estudios sobre aplicación de Terapia Sistémica para el tratamiento del TDAH.

Asimismo, para el estudio de la aplicación de terapia sistémica, Montalvo et al (2010), ejecutaron un estudio cuasi experimental, cuantitativo, exploratorio y transversal en la ciudad de México. Los participantes fueron cinco familias con miembros que padecen TDAH (niños/as alrededor de los 9 años). Todos recibieron apoyo pedagógico sin tratamiento farmacológico. Los instrumentos utilizados fueron: el sistema LIFE, (Kesser, 2008), que consta de una caja metálica que se conecta a cinco arneses, cada uno se conecta a distintas partes del cuerpo; la Escala de Auto identificación de síntomas de TDAH (ESAN), para niños y niñas en edad escolar que consta de 34 reactivos (Ortiz, 2007); la prueba ADHDT, que se aplicó a los padres, ésta consiste en una guía de entrevista para identificar la estructura familiar. El procedimiento constó de dos fases, además de continuar la evaluación durante el estudio. En la fase diagnóstica se aplicó la prueba de ADHDT y la entrevista que llevó a identificar como estaban estructuradas las



familias observadas, a los pacientes con TDAH se le aplicó la escala ESAN y la prueba del sistema LIFE. En la fase de intervención se hicieron tres sesiones de retroalimentación. En el proceso de intervención se utilizaron técnicas de terapia breve sistémica como apoyo a las familias en relación a los cambios que se trazó como objetivos dentro de la intervención.

Para los resultados de la fase diagnóstica en la aplicación de la prueba ESAN coincidieron cuatro de los cinco casos para considerar el diagnóstico de TDAH, por el contrario, en la prueba aplicada a los padres ADHDT la puntuación fue indicativa para el trastorno en todas las familias. Para la evaluación de la estructura familiar se encontraron cuatro y ocho factores disfuncionales, lo más comunes fueron: el sobre involucramiento de la madre con el paciente, la periferia del padre, la centralidad negativa del paciente identificado, límites confusos dentro del sistema familiar y al menos una relación conflictiva entre los miembros de la familia. Para la fase de intervención se aplicó la técnica de *Retroalimentación Estructural Familiar* o REF, que consiste en entrevistar a la familia para conocer los parámetros estructurales que dan sentido a sus relaciones y con ello elaborar un familiograma para luego presentar esta información a los pacientes; además se utilizó la psicoeducación sobre elementos existentes que eran disfuncionales y funcionales. Todos los participantes se mostraron receptivos con la información. También, con la ayuda del terapeuta se estableció objetivos para alcanzar metas en cuanto a cambios que se consideraron necesarios. Se aplicó por segunda vez la prueba ADHDT a los padres y a los pacientes la prueba ESAN. Se realizó comparaciones con cada resultado, reflejando cambios en muchos de los aspectos observados (ver gráficos 1 y 2).

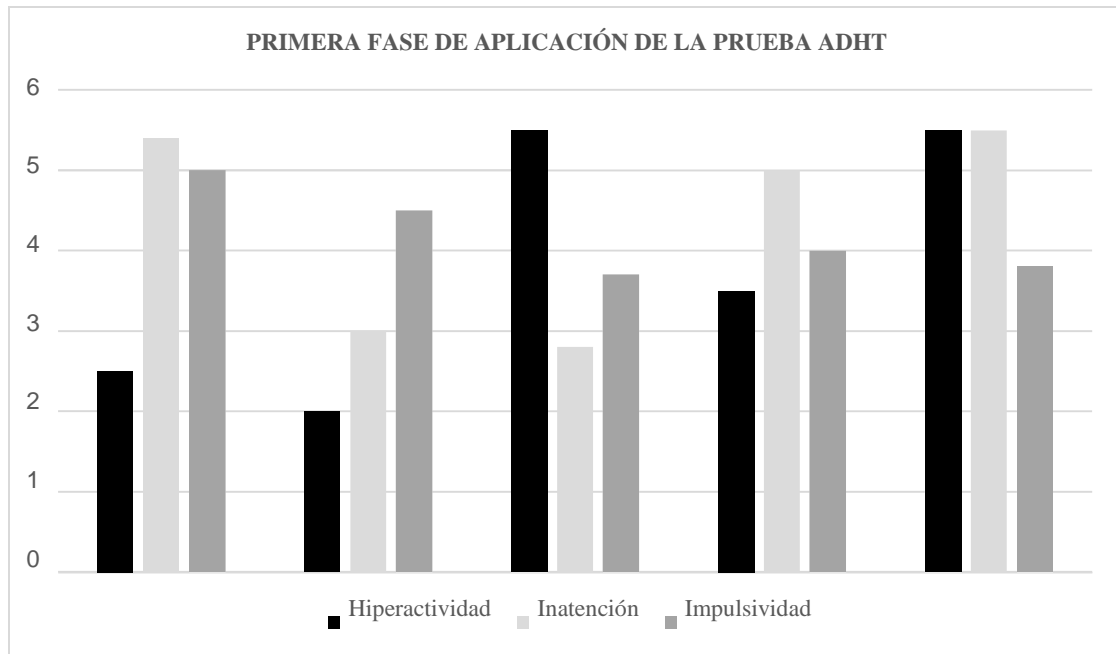


Gráfico 1: Resultados de la aplicación de la prueba ADHT en la primera aplicación (Montalvo et al., 2010).

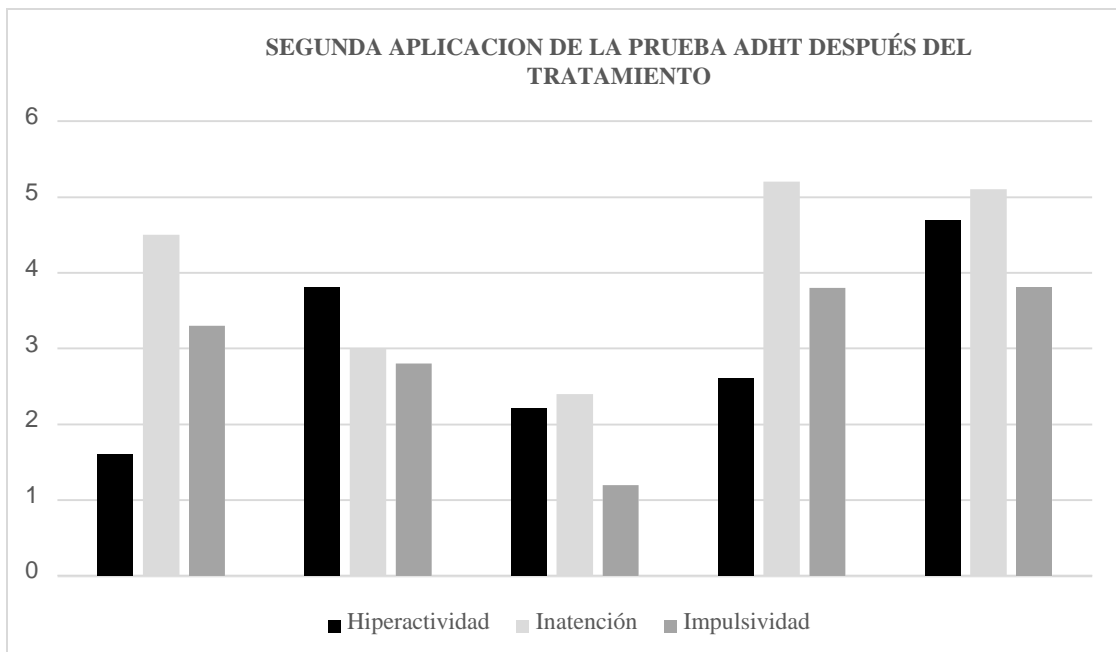


Gráfico 2: Resultados de la aplicación de la prueba ADHT en la segunda aplicación (Montalvo et al., 2010).



Finalmente, el estudio concluye con resultados satisfactorios ya que la mayoría de las familias reportaron cambios en niveles psicológicos e interaccionales, además como reflejan los datos, estos corroboran que la terapia sistémica con sus diferentes variaciones está indicada para la intervención y la ayuda a la familia en el proceso de cambio hacia el TDAH.

Del mismo modo, Fernández et al (2018), desarrollaron un estudio en España a siete familias que fueron derivadas de la Unidad Infanto Juvenil, las variables que se estudiaron fueron: la estructura familiar y la intervención durante el proceso. La terapia sistémica es la que se encarga de la intervención y tratamiento de toda la dinámica familiar, por lo que se establece un número de sesiones desde tres hasta quince. El objetivo de esta investigación fue constatar los beneficios de la intervención en pacientes con TDAH y otros trastornos, por lo que, el resultado fue que no solo se puede entender al paciente desde una visión individual, sino desde una mirada más amplia sobre el contexto, es decir, el sistema que pertenece el individuo: la familia. En este estudio se encontraron ciertos aspectos comunes que intensifican la triada de síntomas del paciente como: normas y límites, comunicación entre los pares y separación e individuación de los hijos. Se ha concluido con que el abordaje familiar es el que permite descubrir como la dinámica de la familia intensifica la sintomatología del individuo en relación a su trastorno. En definitiva, sistemas con un funcionamiento interno enfermo, desarrollarían conductas patológicas dentro de la dinámica familiar.

Asimismo, González et al (2014), desarrollaron un estudio en Mar del Plata, Argentina con 120 participantes con edades comprendidas entre 8 y 12 años junto con sus padres; esta muestra se dividió en un grupo de control con 102 individuos y 18 participantes para la muestra clínica con diagnóstico de TDAH. Los instrumentos que



se utilizaron fueron dos escalas que evalúan estilos educativos parentales Bersabé et al., (2001), cada escala corresponde a cuestionarios de tipo Likert donde cada participante, es decir: papá, mamá y paciente, expresan su grado de aceptación de acuerdo a las afirmaciones. Los resultados que se obtuvieron indican una diferencia en cuanto a la percepción de los estilos parentales en pacientes con TDAH en comparación al grupo de control, lo cual refleja que hubo un estilo parental diferencial y propio en las familias que tienen un miembro con TDAH. Los hallazgos demostraron que, en el sistema familiar, los padres eran menos afectuosos, pero más controladores o más negligentes. Además, se estableció que el rol de la madre era de sobreprotección y del padre de autoritarismo, en este escenario, el resultado mostró comportamientos negativos por parte de sus hijos. Finalmente, los datos que se reflejaron contribuyeron a que en la intervención clínica con las familias con niños diagnosticados con TDAH sea favorecer el desarrollo de técnicas más efectivas de disciplina y mejorar la comunicación y afecto en la relación padres-hijos.

En la misma línea, Mendoza (2014), ejecutó un estudio observacional, analítico y transversal en México con 75 participantes con diagnóstico de TDAH. Existió un grupo de control y grupo clínico, a los dos se les aplicó instrumentos que valoraron la información en cuanto al trastorno, así como sus repercusiones a nivel social y familiar, también se utilizó el test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) para valorar su funcionalidad. Los resultados finales demostraron que no hay mayor significancia para la relación entre la disfunción familiar y el trastorno de TDAH. El FF-SIL reflejó un 48% de familias disfuncionales, y un 16% de familias funcionales. Por lo que, el que un paciente con TDAH pertenezca a una familia disfuncional, llevaría a conflictos internos entre los padres, así como agresividad física, que podría deberse a la falta de



conocimiento para manejar la conducta del paciente; esto a diferencia de las familias funcionales en donde el mayor conflicto se reflejó principalmente entre los hermanos.

4.3 Investigación psicofarmacológica sobre el TDAH: principales hallazgos

Se han realizado algunas investigaciones para verificar el efecto del tratamiento farmacológico para pacientes con TDAH. Así, Saiz (2018), ejecutó una investigación en el Multimodal Treatment Study of Children para conocer los efectos a largo plazo del metilfenidato, que es promovido por el National Institute of Mental Health (NIMH). Los participantes fueron pacientes con diagnóstico de TDAH, se incluyeron 579 niños entre 7 y 10 años de edad. El grupo 1 debía recibir tratamiento farmacológico (metilfenidato), el grupo 2 recibió tratamiento psicosocial y el tercer grupo recibió tratamiento combinado. Finalmente, aunque los resultados a los 14 meses indicaron una diferencia significativa entre el grupo medicado y el combinado; sobre todo en las variables de estado de ánimo y en agresividad, un seguimiento tres años después, determinó que no era posible identificar las diferencias entre grupos, por lo que el NIMH ha concluido que no existe resultados positivos a largo plazo para el uso del metilfenidato. Asimismo, es preciso mencionar que en España un estudio de las mismas características afianza el resultado antes descrito ya que señala que la duración media de un tratamiento farmacológico para el TDAH es de solamente cuatro años.

Del mismo modo, Álvarez (2016), desarrolló un estudio en Castilla-La Mancha (CLM), España desde 1992 hasta el 2015, en las edades de 5 a 19 años respectivamente; este estudio trató de analizar el efecto que tiene el paso del tiempo en el uso de fármacos para el tratamiento del TDAH. Esto ha sido posible ya que el Servicio de Control Farmacéutico del Servicio de Salud mantiene un registro sobre el consumo extra



hospitalario de fármacos mediante receta oficial del Sistema Nacional de Salud. Se utilizaron modelos de regresión join point o modelos segmentados de regresión debido a que son eficaces al momento de identificar los cambios con el paso del tiempo. Como resultado significativo se estableció que el consumo de fármacos para el TDAH se ha incrementado en un 98,8%. Aunque el estudio muestra un incremento del uso de fármacos para la enfermedad, en el 2014 se aprobó una resolución de la Asamblea del Consejo de Europa para que se garantice el tratamiento de forma integral de los niños con TDAH. En la cual se propone que el uso farmacológico no se utilice como primer recurso en casos leves y que además esté acompañado con otras terapias como psicoeducativas.

De la misma forma Barragán et al (2018), ejecutó un estudio experimental y longitudinal realizado en el Servicio Ambulatorio de Neurología Pediátrica en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, entre junio de 2016 y febrero de 2017. La población incluyó pacientes de ambos sexos con edades entre los 6 y 16 con TDAH según los criterios del DSM-V. Se formaron tres grupos; el primero estuvo compuesto por pacientes sin tratamiento farmacológico previo (48 pacientes), el segundo con aquellos que habían tenido tratamiento con metilfenidato (57 pacientes), y el último grupo (39 participantes) con tratamiento previo en el uso de otros medicamentos no estimulantes como la atomoxetina o medicamentos antiepilépticos. Se realizaron evaluaciones clínicas en cuatro visitas: al inicio, pasado el 1er mes, y a los tres y seis meses respectivamente. Además, se hizo una evaluación de respuesta al tratamiento con la impresión clínica global de escala de severidad de síntomas y deterioro funcional (GCI), y el instrumento ADHD-RS. Para medir el nivel de reducción de los síntomas se utilizó GCI y ADHD-RS. Entre los resultados se encontró que el primer grupo mostró una mejora significativa del 95% al igual que el segundo y tercer grupo, es decir se



estableció que el uso de fármacos que se desarrollaron en el estudio influyó forma positiva en los pacientes con TDAH.

Asimismo, Martínez (2018), desarrolló un estudio observacional retrospectivo en Murcia, España, utilizando la dispensación de medicamentos para el tratamiento del TDAH mediante prescripción de 2010 a 2014. Las cantidades de consumo fueron determinadas como dosis diarias por mil habitantes estratificados por sexo y edad. Entre los resultados se identificó que, el consumo de fármaco para el tratamiento de TDAH se duplicó, es decir de 5,58 en el 2010 para llegar al 6,71 en el 2014. Los pacientes que mostraron más tasas de consumo fueron los niños de 10 a 14 años, además se evidenció una alta variación por ubicación geográfica ya que existió un menor consumo en la zona rural.

Del mismo modo Gallardo et al., (2017), desarrolló un estudio en México a 3 grupos de 30 participantes, cada uno con diagnóstico de TDAH y edades comprendidas entre 6 y 10 años. Se dividieron los grupos en A, B y C. Los dos primeros recibieron tratamiento farmacológico, mientras que el último recibió arte-terapia. Los instrumentos de medición utilizados fueron la Escala de Conners (1973) versión corta para padres y madres y la Prueba Psicológica WISC-IV David Wechsler (2005). El tratamiento consistió en metilfenidato de acuerdo al peso del paciente con una tableta diaria durante 6 meses. Además, se incluyeron 9 tratamientos con arte-terapia: dibujo, pintura, escultura, literatura, danza, relajación, meditación, música y teatro (3 veces a la semana a razón de 3 horas por sesión durante 6 meses). Los resultados del estudio no mostraron cambios significativos salvo por diferencias cognitivas en el índice de comprensión verbal. Para el último grupo, existió una mejora en la expresión, contención y



transformación a través de la creatividad, ya que se describe al arte como medio para mejorar habilidades de concentración, aumento de autoestima y confrontación de la autoestima. En este grupo hubo una diferencia en la velocidad de procesamiento cognitivo. Otro aporte importante es que se pudo analizar el apoyo que tienen los pacientes con TDAH por parte de sus familias, el grupo C tuvo mejor resultado de tratamiento debido a que sus padres podían dedicar más tiempo para ayudar en casa, no así el grupo A y B.

Por otro lado, Álvarez et al., (2016), han utilizado bases de datos de medicamentos de la Sub Dirección General de Asistencia y Prestación Farmacéutica del Ministerio de Sanidad de Salud de Castilla-La Mancha, España en el periodo de 2002 al 2015. Se han utilizado dosis media diaria de metilfenidato (MPH), la lisdexanfetamina (LDX), y no estimulantes como la atomoxetina (ATX). Los participantes tenían entre 5 y 19 años. Se utilizaron modelos de regresión de joinpoint (modelos segmentados de regresión de Poisson) ya que son eficaces para identificar cambios en la tendencia, lo que se quiere es analizar el efecto que tiene el tiempo o cambios a nivel de consumo. Finalmente, los resultados mostraron que para el 2015, el fármaco más utilizado es el MPH con un 89,6 %, el segundo lugar lo ocupa el LDX con un 8%, por último, el ATX es el menos consumido con 2,4 %. Además, se muestra un alto consumo de fármacos para la enfermedad, por lo que, en el 2014, se aprueba una resolución de la Asamblea del Consejo de Europa para garantizar tratamiento integral a pacientes con TDAH, en este se propone que el tratamiento farmacológico no se dé como primer recurso y que además este acompañado de otras terapias como psico educación, ya que los fármacos han demostrado eficacia solamente en tratamientos a corto plazo. Entonces, el uso de medicina para intervenir con el TDAH resulta una cómoda, aunque relativamente



adecuada opción, ya que muestra resultados palpables a corto plazo, además de ser menos costosa, sin embargo, no parece demostrar eficacia en síntomas a largo plazo, lo que sugiere otro tipo de intervención.

Del mismo modo, Carpio & Serrano (2016), desarrollaron un estudio en España, con la participación de 24 niños con diagnóstico de TDAH, de los cuales 21 eran hombres y 3 mujeres, con edades de entre 8 y 12 años de edad. El objetivo fue evaluar si la creatividad se ve afectada por la terapia farmacológica en el tratamiento para TDAH. Se midió la creatividad con las pruebas figurativas de Torrance del pensamiento creativo (Torrance, 1998, 2008), que mide las características de la personalidad creativa. El fármaco utilizado fue el Osmotic Release Oral System (OROS) metilfenidato, se dio tratamiento para cada niño con una dosis de 18 mg a 36 mg por día. Entre los resultados, se dieron diferencias estadísticamente significativas en el índice creativo, fluidez, originalidad y fortalezas creativas cuando no toma la medicación que cuando si la toma. Es decir, los niños medicados experimentan mayor atención, resultan efectivas las tareas cognitivas en la escuela, aunque no será igual las que impliquen el pensamiento creativo. Actualmente, el uso de metilfenidato es común para el tratamiento de TDAH, la acción de este medicamento se relaciona con la neurotransmisión de dopamina que a su vez mejora la atención y disminuye la distracción del individuo. Además de mejorar la transmisión dopaminérgica en las áreas involucradas con la cognición y emoción, estas que se relacionan directamente con la etiología del TDAH. Por lo que el tratamiento con fármacos afectaría y limitaría la capacidad creativa en niños con TDAH.

De la misma forma, Pérez et al., (2016), en un estudio realizado en Medellín, Colombia a 15 niños con diagnóstico de TDAH con edades de 8 y 9 años, de los cuales



11 eran hombres y 4 mujeres con diagnóstico de TDAH de subtipo inatento y 9 con subtipo combinado. De todos los participantes 12 de ellos recibieron medicación con psico estimulantes y antipsicóticos atípicos y 3 niños no recibieron el tratamiento por decisión médica y de sus tutores. Se aplicaron pruebas neuropsicológicas para conocer características cognitivas antes y después del tratamiento, esta intervención tuvo una duración de 30 sesiones, además de una evaluación cualitativa acerca de la percepción de la mejoría sintomática que tuvieron los profesores y los padres. En la primera etapa se evaluó las funciones cognitivas como: velocidad de procesamiento, análisis y síntesis viso espacial, atención y memoria de trabajo; funciones ejecutivas como flexibilidad cognitiva, planeación, control inhibitorio y abstracción. Para la etapa siguiente cada niño fue asignado a grupos de 2 o 3 pareados por edad, en la etapa final se estableció el tratamiento integral a los niños que recibieron el seguimiento médico. Los instrumentos que se utilizaron fue la batería para evaluación de Funciones Ejecutivas de Julio Flores (BANFE) (2014), que mide memoria de trabajo viso espacial. Para los resultados, se muestran diferencias significativas en atención, hiperactividad, impulsividad, conducta y desempeño académico, esto demuestra una evolución positiva durante el proceso del tratamiento. Para la atención al inicio del estudio tiene un promedio de 51 % y al finalizar alcanza el 77%, para la dimensión de hiperactividad los pacientes inician con el 53% de cumplimiento y al culminar llega a un promedio de 83%. En impulsividad inician con el 42% de cumplimiento para finalizar con el 74 %, logrando un nivel superior. Finalmente, es importante resaltar que el tratamiento farmacológico ayuda en el control de los síntomas, pero este debe estar asociado con la terapia cognitivo conductual, entrenamiento a padres y adaptaciones en el entorno escolar para que sea una intervención integral. En el estudio además los padres refirieron que los niños



lograron disminuir la severidad de los síntomas logrando así sostener la atención en tiempo más largos, tener mayor capacidad de realizar y organizar tareas, además de velocidad para su ejecución. Por su parte, los docentes manifestaron que se notó una mejoría en los niños y que sienten la necesidad de que haya capacitaciones con adaptaciones curriculares para mejorar la calidad de enseñanza-aprendizaje en los niños con TDAH. Por otro lado, los niños que no recibieron tratamiento con fármacos, mejoraron en su desempeño en las pruebas, pero no hubo una disminución de los síntomas en cuanto a impulsividad e hiperactividad. En base a lo expuesto, es de relevancia mencionar que el tratamiento farmacológico tiene mayor beneficio cuando se administra la medicina a largo plazo, pero sin dejar de lado las intervenciones con terapias psicológicas anexas.

Sin embargo, para Jaque (2012), en las últimas dos décadas se han analizado la eficacia de los enfoques de intervención para el TDAH en la infancia y la adolescencia donde se señala que la modalidad de intervención que más ha sido utilizada es el tratamiento farmacológico, entre los medicamentos más utilizados son los psicoestimulantes como metilfenidato. Por lo que se concluye que los estimulantes son los fármacos con más eficacia para el TDAH ya que han sido medicamentos de primera elección debido a su mayor seguridad y eficacia.

4.4 Análisis comparativo sobre los alcances y limitaciones de los modelos expuestos

Se ha puntualizado en el capítulo anterior, estudios que describieron la efectividad en terapias utilizadas en conjunto y de otras que no han dado resultados satisfactorios. Para la terapia cognitivo conductual se estableció que la intervención clínica con esta



terapia ha dado resultados positivos en cuanto a la conducta del paciente con TDAH, además de ser la más utilizada, el objetivo específico de la intervención cognitiva conductual es sin duda reducir comportamientos conflictivos y la modificación de pensamientos disfuncionales. El abordaje se orienta en programas de intervención clínica que han denotado resultados deseados y mejoría en entornos escolares y familiares. Algunos de estos han utilizado el entrenamiento en auto instrucciones que han dado efectos positivos para reducir la impulsividad y con ello favorecer el rendimiento académico y personal. En la actualidad el tratamiento con Neurofeedback también es una opción terapéutica ya que han demostrado mejoría en aspectos específicos como atención, concentración y el control del comportamiento. Es importante señalar que la terapia cognitiva conductual tiene efecto que perdura durante la intervención e inclusive después de esta. Por otro lado, la terapia sistémica ha sido orientada a la familia, como el entorno del paciente influye en su conducta. Dentro de este se analiza la estructura familiar ya que el abordaje que ofrece esta terapia es integral. En los estudios analizados la familia podría intensificar los síntomas del paciente llevándolo a conductas disfuncionales que se reflejan en los demás familiares. Para conocer algunos aspectos se utilizaron test de Funcionamiento Familiar que reflejan funcionalidad o disfuncionalidad respectivamente. En este sentido, la terapia sistémica está indicada para la intervención clínica en el proceso de cambio del TDAH, ya que definitivamente un sistema enfermo conlleva a conductas conflictivas y patológicas dentro de la dinámica familiar. Además, el que la familia no lleve un proceso en conjunto llevaría a crear problemas entre padres que desencadenarían en agresiones físicas o psicológicas a consecuencia de la falta de conocimiento para manejar el trastorno del paciente.



Desde el punto de vista farmacológico el TDAH ha sido controlado por el uso de medicamentos, de acuerdo a diversos estudios desarrollados anteriormente el uso de metilfenidato ha demostrado alta eficacia para el tratamiento del trastorno. No obstante, es importante señalar que el uso de medicina ha mejorado los síntomas a corto plazo. Es decir, en un tiempo determinado esto podría desaparecer, por lo que se describe el uso de fármacos más terapias convencionales como: Cognitivo Conductual y Sistémica. De hecho, en algunos casos se ha demostrado que el uso prolongado de fármacos limitaría la capacidad creativa de quien la toma, aunque se recurre a su uso porque es menos costosa y de fácil alcance. Finalmente, se recomienda usarla de acuerdo al grado de severidad del caso y siempre acompañada de terapia como psico educación con la familia y otras terapias que se orienten a la conducta del paciente.

4.5 Propuesta de aplicación psicoterapéutica integral para el TDAH

El programa propuesto por las autoras del presente trabajo se ha estructurado con base a las técnicas de mayor impacto benéfico a nivel terapéutico para el tratamiento integral del TDAH. Dichos modelos hacen hincapié en el uso de terapias Cognitivo Conductual y Sistémica constituyéndose como un modelo integral.

El modelo se acopla a las necesidades de los pacientes a nivel general, considerando edades entre 8 y 17 años. Se ha establecido un aproximado de 12 sesiones repartidas entre 3 meses tomando en cuenta las investigaciones descritas previamente, se espera trabajar un promedio de 1 horas semanales. El esquema aplicación del modelo propuesto se describe en las tablas a continuación:



Tabla 4
Programa de abordaje integral de TDAH en base a los modelos cognitivo conductuales

Síntomas	Técnicas	Instrumentos	Método de aplicación	Resultados esperados	
Inatención	Técnica del modelado	Auto instrucciones	Para la aplicación de la Técnica del Modelado se ejecutará instrucciones en voz alta, primero el terapeuta luego el paciente con una duración de 30 Minutos	Ayudar al paciente a regular su propia conducta	
Ira	Técnica de relajación	“Escucha la campana”	En la aplicación de la técnica de relajación se trabaja de forma grupal con la introducción adaptada a las edades de los pacientes, duración de 30 minutos	Tensión y relajación de grupos musculares específicos	
Sintomatología cognitiva y conductual	Impulsividad	Reforzamiento positivo	Economía de fichas	Para el reforzamiento positivo se va a utilizar economía de fichas que será previamente explicado a la madre y el niño, además se establece un acuerdo para los reforzadores	Modificación de conducta

Nota. Fuente: Esquema general de aplicación del modelo integral para sintomatología cognitivo-conductual del TDAH.



Tabla 5

Programa de abordaje integral del TDAH en base al modelo sistémico

	Síntomas	Técnicas	Instrumentos	Método de aplicación	Resultados esperados
Sintomatología	Relaciones conflictivas	Técnica de retroalimentación estructural familiar	Entrevista Psico educación a la familia sobre el TDAH, causas, efectos y tratamientos	Para la aplicación se realiza una entrevista a la familia para conocer los parámetros estructurales, con una duración de 40 minutos	Visualizar los conflictos que poseen la familia, origen y afectación
	Funcionamiento familiar	Psico terapia breve	Test de funcionamiento familiar (FF-SIL)	En la aplicación se evalúa primero el funcionamiento familiar para luego intervenir con la psicoterapia identificando los problemas y posibles soluciones mediante el aquí y el ahora; duración de 45 minutos	Desarrollar habilidades para mejorar las relaciones entre los miembros y el paciente
	Roles confusos	Terapia Breve Estratégica	Psico educación	Para esta terapia se aborda el comportamiento funcional o disfuncional que tiene el paciente dentro del núcleo de la familia	Resolución de conflictos internos del sistema familiar

Nota. Fuente: Esquema general de aplicación del modelo integral sistémico para conflictos intra familiares con pacientes con TDAH.



5. Conclusión

El Trastorno por Déficit de Atención ha sido definido como un desajuste del neuro desarrollo que se caracteriza por un patrón elevado de impulsividad, altos niveles de desatención y excesiva actividad motora, este afecta con mayor medida a la población infantil, aunque existen casos en la edad adulta. Es por ello que debe este ser abordado con objetividad, además es significativo señalar que existe mucha desinformación, falta de conocimiento para enfrentar este trastorno tanto a nivel familiar, escolar y social. Los estudios evidencian que más del 10 % de niños poseen este trastorno que se ha tratado de catalogar como un trastorno de neuro desarrollo solamente, sin embargo, se demuestra todo lo contrario, ya que el TDAH no solo afecta un solo aspecto en la vida de quienes son diagnosticados sino en los patrones de comportamiento y funcionamiento cognitivo que provocan conflictos en todas las áreas en las que se desenvuelve el niño o adolescente. La familia es un pilar fundamental para influenciar de manera positiva o negativa en el desarrollo del niño, se debe tener en cuenta que hay que considerar los diversos escenarios de riesgo y morbilidades que se asocian al trastorno y que pueden agravarse con la edad por lo que resulta importante el diagnóstico inicial; entre las dificultades que se destacan son las conductas de oposición, conflictos en la escolaridad, dificultades en las relaciones interpersonales y de adaptación.

Además, el paciente no es el único que experimenta cambios en su vida sino también la familia. Y este es un aspecto que se desarrolló en la investigación, como la familia puede ser partícipe de mejorar la conducta del niño y mantener las relaciones internas positivas. Finalmente, el presente trabajo diseña un programa de intervención con técnicas de mayor viabilidad para el uso en el tratamiento con pacientes con TDAH. En el programa existe el uso en conjunto de la terapia Cognitivo Conductual y Sistémica ya que se evidencia mejoría durante y después de la intervención, es importante señalar que la



familia es la red de apoyo que sobresale para que el proceso sea satisfactorio de forma integral, por esta razón se muestra el uso de terapias convencionales para tratar el TDAH, no se descarta totalmente el uso farmacológico pero si se recomienda el trabajo con un equipo multidisciplinario para evaluar los recursos disponibles y ejecutarlos.



AGRADECIMIENTOS

Al terminar la presente investigación, mi objetivo más grande que se cierra con el término de este trabajo, por lo que quiero plasmar mi agradecimiento a quien ha sido la fuerza, motor, motivación, ejemplo de perseverancia y mi referencia de no de rendirme, mi mamá. Quiero agradecerle por cada palabra de aliento y cada sacudida para continuar, es por ella y para ella. También, a mí querido hermano que me ha abrazado en este proceso con su luz y amor.

Agradezco también a mi familia, a quienes estuvieron detrás de este sueño con su cariño y apoyo, de manera especial y afectuosa a mi Tío Manuel, Bar y Rebeca. Han sido parte de todo este camino y los llevo en mi corazón. No quiero dejar de agradecer a quien también llevo presente en los recuerdos, mi abuelita, gracias al cielo por el cariño, gracias por ser parte de mí.

Agradezco a mi compañero, mi amigo, por estar acompañándome en la recta final para lograr esta meta, por soñar conmigo, por su entrega, amor y sostenerme cada día.

Agradezco a la Universidad Católica de Cuenca porque me dio la oportunidad de pertenecer como estudiante, de llenarme de conocimientos, de culminar un sueño de llegar a ser profesional. Sin duda, me abrieron las puertas. Y no quiero dejar de agradecer a los docentes por brindar sus conocimientos y profesionalismo en cada año de estudio, de manera especial a la Dra. Guillermina Guillen que con su luz afianzo mi pasión por esta carrera.

Agradezco también a mi tutor, el MSc. Esteban Cañizares, por su guía oportuna y profesional para llevar a cabo esta investigación, que no hubiera sido posible sin su ayuda. Gracias por el tiempo brindado, la paciencia y la comprensión.

Solange Fernanda Bajaña Gia



Al finalizar con este trabajo son varias personas a las que desearía nombrar; en primer lugar, agradezco a Dios por la vida y por permitirme concluir con una de mis metas. En segundo momento a la Universidad Católica de Cuenca, por apoyar los trabajos de investigación de cada estudiante, y a todos los docentes que tuve el honor de conocer, quienes me brindaron su apoyo y compartieron sus conocimientos y en algunos casos su amistad.

En tercer lugar, al Dr. Esteban Cañizares, por el apoyo brindado como tutor de nuestro tema de investigación y a mi compañera Solange Bajaña por todo el esfuerzo y dedicación para desarrollar este arduo trabajo.

Además, agradezco a mis padres, hermanos, amigos y toda mi familia que en algún momento me brindaron su apoyo. También a mi pareja, Cristian Parra, por acompañarme en cada momento y compartir conmigo mis triunfos y fracasos. Y por último, pero no menos importante agradezco a mi abuelita Carmelina Pérez por todo lo que ella hizo por mí.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zuluaga, J., & Lopez, E. (2017). Evolución del estilo cognitivo en niños con TDAH bajo tres tipos de intervención junto a un grupo sin ningún tipo de tratamiento. *Dialnet*, 23-46. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6134478>
- : Miranda, A. (2015). Efectos de un tratamiento cognitivo conductual en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos. 5-22.
- Alava Sordo, S. (2018). *Relación entre diagnóstico de TDAH y los procesos intelectuales y atencionales en muestra clínica: comparación entre TDAH y Trastorno de Aprendizaje*. Madrid. Obtenido de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685757/alava_sordo_silvia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Álvarez, C. (2016). Variabilidad y tendencias en el consumo de fármacos. *Scopus*, 1-9.
- Alvarez, M. (2011). *VENTAJAS Y DESVENTAJAS EN LA ATENCIÓN ESCOLAR CONCENTRADA Y DISPERSA, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA*. Obtenido de http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/12167/1/43973_1.pdf
- Andrade, S. (29 de Febrero de 2013). *Bitstream*. Obtenido de Bitstream: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3209/1/09983.pdf>
- Bados Lopez, A. (2008). *LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: CARACTERÍSTICAS Y MODELOS*. Universidad de Barcelona, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología. Obtenido de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Barragan, E. (Agosto de 2007). *Medigraph-Artemisa*. Obtenido de http://tdahlatinoamerica.org/documentos/05_CARPETA_5_Barragan_y_otros_Primer_Consenso.pdf
- Barragán, E., García, J., & Hidalgo, R. (2018). Evaluation of the response of lisdexamfetamine. *Scopus*, 1-7.
- Bastidas, J. (2017). *IDENTIFICACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD A ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MUNICIPAL QUITUMBE, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE CONNERS*. Quito. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13948/DOCUMENTO%20FINAL%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Becerra, J., & Rosales, E. (2018). *“Características de las funciones ejecutivas en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Cuenca”*. Cuenca. Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31366/1/Trabajo%20de%20Titulaci%C3%B3n.pdf>
- Bedoya, L., & Alviar, M. (2013). Familias atrapadas en la hiperactividad. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 29(29). Obtenido de [file:///C:/Users/Santiago/Downloads/2336-4666-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Santiago/Downloads/2336-4666-1-SM%20(1).pdf)



- Benito, E. (abril de 2008). LAS PSICOTERAPIAS. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1).
- Borja, J. (13 de 12 de 2017). *Psiquiatria y Salud Mental*. Obtenido de Psiquiatria y Salud Mental: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/-la-familia-es-la-solucion-al-problema-de-personas-con-tdah--6368>
- Cadah. (2019). *FUNDACIÓN CADAH*. Obtenido de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/metodos-y-tecnicas-de-intervencion-psicologica-en-el-tdah.html>
- Calderon, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 78-98.
- Cantero, C. (2011). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Dialnet*.
- Carpio, G., & Serrano, J. (2016). Medication and creativity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psicothema*, 1-6.
- Carrasco, E. (2019). *Estilos de crianza y su relación con los factores del TDAH en niños y niñas de la Unidad Educativa Numa Pompilio Llona, en el periodo 2018-2019*. Quito. Obtenido de [file:///C:/Users/Santiago/Downloads/T-UCE-0007-CPS-162%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Santiago/Downloads/T-UCE-0007-CPS-162%20(1).pdf)
- Chile, U. d. (2004). *TDAH*. Obtenido de [file:///C:/Users/Santiago/Downloads/45.UNIVERSIDAD-DE-CHILE-TDAH%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Santiago/Downloads/45.UNIVERSIDAD-DE-CHILE-TDAH%20(4).pdf)
- Cibanal, J. (2006). *Introducción a la terapia sistémica y familiar*. Editorial Club Universitario. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33512090/introduccion_-_sistemica.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DINTRODUCCION_A_LA_SISTEMICA_Y_TERAPIA_FA.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=ASIATUSBJ6BADNZ2MATX%2
- Duran, T. (2018). PROPUESTA DE UN PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE LA AUTORREGULACIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. *Boletín Médico de Postgrado*, 34(2), 7-12. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/288306589.pdf>
- Fernández, E., Sota, T., Simal, T., Edroso, L., Celaya, L., & Etxebeste, J. &. (2018). An experience in Public Health System of Systemic Family Therapy in the outpatient network of Alava Mental Health and the importance of this attention in referred families to the Child Adolescence Mental Health Unit. *Scielo*, 1-8.
- Gallardo, A., Padrón, A., & Martínez, M. (2017). Diferencias conductuales y cognitivas en dos grupos de escolares con TDAH intervenidos con Arteterapia -vs- Metilfenidato. *Arte y Salud*, 1-11.
- García, M., & Ibanez, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. 25(2). Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200003



- García. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit. *Revista Neurodesarrollo*, 42(3). Obtenido de Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit
- García Domínguez, P. (2015). *LA PROBLEMÁTICA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD*. TESIS, Universidad San Pablo-CEU, Madrid. Obtenido de <http://www.aeds.org/congreso/XXIIcongreso/PALOMA%20DOMINGUEZ%20GARCIA%20Trabajo%20Fin%20de%20Master.pdf>
- García, H., Hernández, S., & Cruz, O. (2014). Programa de intervención cognitiva en adolescentes con déficit atencional de una comunidad indígena de Chiapas. *Apuntes de Psicología*, 32(1), 33-40. Obtenido de file:///C:/Users/Santiago/Downloads/484-1102-1-SM.pdf
- González, R., Barker, L., & Rubiales, L. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 2-19.
- Gordóvil, A., & Faust, T. (. (2012). Un enfoque integrador en el tratamiento del TDAH infantil y juvenil . *Revista de Psicoterapia*, 2-23.
- Hernández, R. (2019). *Programa Terapéutico "Aventura Pirata" y su efecto en niños con TDAH*. Obtenido de <http://up-rid.up.ac.pa/1600/1/roxana%20hernandez.pdf>
- Hidalgo Vicario, I., & Soutullo Esperon, C. (02 de 2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Madrid, España. Obtenido de https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 1-15.
- Largo, R. (2017). Funcionamiento familiar y ajuste psicológico de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Dialnet*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=137906>
- Losada, L., Castro, Y., & Ruiz, D. (2020). *Programa cognitivo - conductual para valorar niños con déficit de atención e hiperactividad, en instituciones de Barrancabermeja*. Obtenido de Repositorio Institucional: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/16725/1/2020_hiperactividad_impusividad_deficit.pdf
- Martínez, S. (2018). Epidemiología del tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la Región de Murcia: diferencias por sexo, edad y lugar de residencia. *Scopus*, 1.
- Mendoza, D. (2014). *TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR*. Mexico.
- Miranda, A. (2014). Efectos de un tratamiento cognitivo conductual en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 1-22.
- Montalvo, J., Cedillo, N., Hernández, M., & Espinosa, M. (2010). Efectos de la terapia breve estructural y del equilibrio energético en niños en edad escolar con déficit de atención: reporte preliminar. *Scielo*, 1-9.



- Pedraza, F., Podromo, M., & Hernandez, N. (2009). *Universitas Psychologica La Revista*, 8(1), 199-214. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64712168017.pdf>
- Pérez, M., Molina, D., & Gómez, M. (2016). La Intervención Neuropsicológica en el Tratamiento Interdisciplinar para el TDAH. *ScienceDirect*, 1-16.
- Pinto, V., Presentacion, M., Melia, A., & Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *SCIELO*, 2(3). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000200003
- Pizarro, A. (2003). *Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitivo conductual, en un contexto educativo para el tratamiento de niños chilenos diagnosticados con TDAH*. Santiagi. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113344/cs39-pizarroa64.pdf?sequence=1>
- Pizarro, D., Fuentes, G., & Lagos, R. (2019). Programa de desarrollo cognitivo y motor para atención selectiva y sostenida de niños y niñas con TDAH. *Scielo*, 1.
- Quinteros, J., & Castano de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Sepeap (Sociedad española de pediatría) Pediatría Integral*, XVII(9). Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=12>
- Ramirez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 45-54.
- Rivera, G. (2015). Self-instructional cognitive training to reduce impulsive cognitive style in children with Attention Deficit with Hyperactivity Disorder. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 1-20.
- Rodriguez, L. (Septiembre de 2017). Los beneficios de la terapia cognitivo conductual en niños con TDAH escolarizados en centros ordinarios de Alicante. Alicante, España. Obtenido de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/6458/ESTEBAN%20RODR%C3%8DQUEZ%2c%20LAURA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rosas, C., & Elzevir, O. (2015). Efecto de la aplicación de la terapia cognitiva conductual en niños con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el centro de educación básica general. *El prints repository software*. Obtenido de <http://up-rid.up.ac.pa/995/1/elzevir%20rosas.pdf>
- Ruales, V. (2012). *Efectividad en la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH*. Quito.
- Ruiz, C. (2017). *MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN UN NIÑO CON TDAH EN EDUCACIÓN PRIMARIA*. Obtenido de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/168805/TFG_2017_RuizMu%C3%B1oz_Maria%20del%20Carmen.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Russo, A. (2015). Contribución al tratamiento psicológico y farmacológico en el TDAH.



Dialnet Plus. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=73168>

Sanchez, D. (2017). *Perfil multicontextual de los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en sus competencias sociales*. Obtenido de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/404718/2017_Tesis_Sanchez%20Chiva_Desiree.pdf?sequence=1

Sanchez, P., & Hervas, P. (2018). *Psicofarmacología en niños y adolescentes*. Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/135-143_psicofarmacologia_en_ninos_y_adolescentes.pdf

Scandar, M., & Eduardo, B. (2017). TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES Y NO FARMACOLÓGICOS. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2-11.

Torres, J., & Arce Andres. (2017). RINCIPIOS DE PSICOFARMACOLOGÍA: UNA INTRODUCCIÓN. *Medicina Clínica y Social*. Obtenido de <file:///C:/Users/Santiago/Downloads/6-14-7-1-10-20170527.pdf>

Valls-Llagostera, C., Vidal, R., Abad, A., & Corrales, M. (2015). Intervenciones de orientación cognitivo-conductual en adolescentes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. Obtenido de <https://www.neurologia.com/articulo/2014561>

Vida, R. (2015). Abordaje psicológico de adolescentes y jóvenes con. *C. Med. Psicosom*, 1-9.

Villagomez, A. M. (2018). *Diagnostico y manejo de los niños con TDAH en el Ecuador*. Obtenido de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/10026/6/UDLA-EC-TPE-2018-26.pdf>

Young, S., Khondoker, M., Emilsson, B., Sigurdsson, J., Wiegmann, P., & Baldursson, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychological Medicine*, 1-12.