UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en Guatemala

Trabajo de investigación presentado por Anahí Peláez Guzmán para optar al grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala

2006

Eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en Guatemala

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

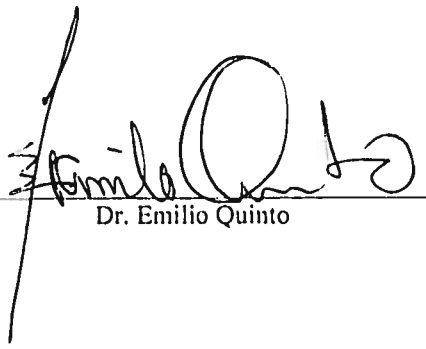
Facultad de Ciencias Sociales

Eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en Guatemala

Trabajo de investigación presentado por Anahí Peláez Guzmán para optar al grado académico de Licenciada en Psicología

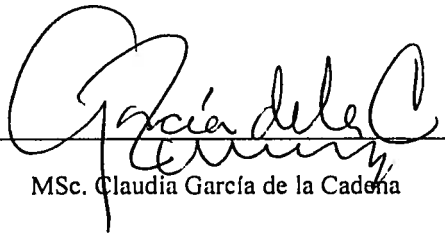
Guatemala, Julio de 2006

Vo. Bo. :

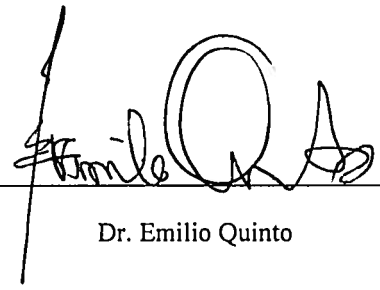
(f) 

Dr. Emilio Quinto

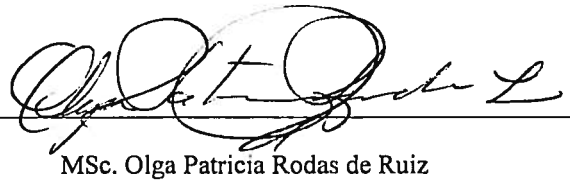
Tribunal Examinador:

(f) 

MSc. Claudia García de la Cadena

(f) 

Dr. Emilio Quinto

(f) 

MSc. Olga Patricia Rodas de Ruiz

Fecha de aprobación: Guatemala, 21 de junio de 2006

PREFACIO

A Dios, por ser mi fuente de vida y por todas las bendiciones que ha derramado sobre mí.

A mis padres, por su amor incondicional y por el apoyo afectivo, emocional, psicológico, médico y económico que me han brindado en todo momento, especialmente en mi vida escolar y universitaria.

A mi familia, en especial a mis hermanas Laura, Diana, Paola y Viviana, por su cariño y apoyo, y a mis abuelitas por los sabios consejos que me han brindado siempre.

A mi sobrina Lennie Maria por ser una fuente de inspiración en mi carrera.

A mis catedráticos/as de la Universidad Del Valle de Guatemala por transmitirme sus conocimientos, en especial a las Licenciadas Claudia García De La Cadena, Maria del Pilar Grazioso de Rodríguez, Patricia Rodas de Ruiz y Claudia Luna por motivarme a lo largo de la carrera y de mi formación profesional.

Al Doctor Emilio Quinto Barrera por ser una fuente de inspiración profesional y por asesorarme sabiamente en el presente trabajo de investigación.

A la Universidad Del Valle de Guatemala, centro de estudios superiores al cual debo mi formación académica y profesional.

A mis amigos y compañeros de estudio, especialmente a Elynore, Alejandra, Fari, Lorena, Maria Mercedes, Ana Regina, Vanesa, Gaby, Betzabé y Eileen por brindarme su apoyo, cariño y amistad a lo largo de nuestra carrera.

Al lector, que contribuye con el fortalecimiento del presente estudio y de la investigación en general en Guatemala.

CONTENIDO

PREFACIO ..…….. iv

LISTA DE CUADROS …… vii

LISTA DE GRÁFICOS …….. viii

RESUMEN …….. ix

Capítulos

I. INTRODUCCIÓN …….. 1

II. MARCO TEÓRICO …….. 2

A. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad ……. 2

1. Reseña histórica ……. 2

2. Evolución del diagnóstico …….. 3

3. Trastornos asociados con el TDAH ……. 6

4. Prevalencia del TDAH …… 6

5. Curso y pronóstico …….. 7

6. Diagnóstico diferencial ……... 7

7. Tratamientos para el TDAH …….. 8

B. El modelo cognitivo- conductual para tratar el TDAH …… 11

1. Técnicas cognitivo- conductuales …… 13

2. Programa para padres y niños con TDAH ……. 15

III. METODOLOGÍA ……. 26

A. Justificación ……... 26

B. Limitaciones …….. 26

C. Objetivos …… 27

D. Instrumento ……... 27

E. Participantes ……. 28
F. Variables …… 28
G. Diseño …… 29
H. Análisis de datos …….. 29
IV. DISCUSIÓN ……. 51
V. CONCLUSIONES …… 56
VI. RECOMENDACIONES ……. 58
VII. BIBLIOGRAFÍA …….. 60
VIII. APÉNDICE …… 70

LISTA DE CUADROS

Cuadro Página

1. Criterios para el diagnóstico de TDAH en el DSM- IV ……... 4
2. Pasos a seguir en la terapia cognitiva estándar …….. 12
3. Marco conceptual para el tratamiento del TDAH ……..... 15
4. Técnicas aplicadas en el caso de F …… 37
5. Resultados de F en la escala CGI ……... 38
6. Resultados de F en el Perfil de Atención del Niño (CAP) …… 38
7. Diagrama de conceptualización cognitiva de la madre de F… 38
8. Técnicas aplicadas en el caso de K ……..... 48
9. Resultados de K en la escala CGI …… 49
10. Resultados de K en el Perfil de Atención del Niño (CAP) 49
11. Diagrama de conceptualizacón cognitiva de la madre de K.. 49

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfico: Página

1. Puntuaciones obtenidas en el CAP por niños con TDAH …… 11
2. Genograma de F ……. 31
3. Genograma de K …… 41

RESUMEN

El presente trabajo de investigación abarca el análisis de la Terapia Cognitivo Conductual en los padres de niños que padecen del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). En este estudio, se describieron dos casos de niños diagnosticados con TDAH, cuyos padres asistieron a terapia, en la cual se les proporcionaron técnicas cognitivo conductuales para promover conductas adaptativas en sus niños.

Para evaluar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual se utilizaron la escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression Scale- CGI) y el Perfil de Atención del Niño (Child Attention Profile- CAP), así como los reportes verbales de los padres acerca de los cambios comportamentales observados en los niños.

Los resultados demostraron que la Terapia Cognitivo Conductual para padres es efectiva para tratar el TDAH en los niños, ya que facilita la implementación de condiciones favorables en el hogar, se establecen reglas y una rutina adecuadas que permiten la adaptación del niño a ellas, y se promueve la intervención parental para la modificación de la conducta de los niños a través de los reforzamientos positivos y negativos. Además, permite trabajar la salud emocional de los padres, que muchas veces se ve alterada por los conflictos y preocupaciones como consecuencia de los sentimientos de impotencia y el cansancio que puede generar el no saber cómo manejar a un niño con TDAH.

Los profesionales que deseen utilizar este tipo de terapia deberán estar familiarizados con los aspectos relativos al Déficit de Atención con Hiperactividad, y ser expertos en el manejo de técnicas cognitivo conductuales que se deberán emplear.

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como objetivo el demostrar la eficacia clínica de la Terapia Cognitiva para padres en el tratamiento del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños guatemaltecos.

Esta terapia ha demostrado ser efectiva en otros países, por lo que se consideró importante ponerla en práctica en Guatemala, debido a sus múltiples ventajas, entre las cuales se puede mencionar su brevedad, estructura, orientación hacia el presente y su base en un método educativo.

Esta investigación documental y descriptiva se llevó a cabo a partir de la revisión bibliográfica de estudios anteriores y el análisis retrospectivo de dos estudios de caso que permitieron ilustrar y comprobar la efectividad de la terapia cognitivo conductual para el TDAH. Los dos casos que se describen fueron de personas referidas al Centro de Terapia Cognitiva para participar en el programa para padres para el tratamiento del TDAH, atendidas por el Dr. Emilio Quinto. Cada proceso fue desarrollado por medio de sesiones quincenales o mensuales, según la necesidad específica de cada caso.

Al finalizar el proceso, cada caso fue evaluado por medio de la utilización de escalas (Impresión Clínica Global –CGI y Perfil de Atención del Niño- CAP, por sus siglas en inglés) y de las observaciones proporcionadas por los padres acerca de los cambios logrados en el comportamiento de los niños. Los resultados obtenidos demuestran que la terapia cognitivo conductual para padres es efectiva para tratar el TDAH en los niños de los casos descritos.

II. MARCO TEÓRICO

A. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH):

1. Reseña histórica

En la actualidad, el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una de las dificultades de aprendizaje más comunes; sin embargo, este desorden no es reciente. Se ha encontrado evidencias documentadas de su existencia desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX (Barkley, 1981:2).

Los primeros autores reconocidos por haber estudiado científicamente las condiciones de conducta de los niños fueron George Still y Alfred Tredgold a principios del siglo XX (Barkley, 1998:3). Desde entonces, las características de este trastorno no han cambiado mucho, aunque el desorden ha variado de nombre al menos unas veinte veces en los últimos 80 años; ha sido llamado “trastorno orgánico”, “desorden de conducta”, “disfunción cerebral mínima”, “problema de aprendizaje”, “hiperkinesis”, entre otros (Barkley, 1981:2).

Durante los años 1937 a 1941 fue publicada una serie de artículos acerca de la eficacia de las anfetaminas para reducir la conducta disruptiva y mejorar el rendimiento académico en niños con desórdenes de conducta en el hospital de Rhode Island. Este hecho es reconocido como el comienzo de la medicación para niños con desórdenes de conducta, que fue incluso el comienzo de la psicofarmacología pediátrica en general. Sin embargo, fue hasta unas décadas después, en los años 1970, que los estimulantes se convirtieron en la primera opción para el tratamiento del TDAH, que continúa vigente en nuestros días (Barkley, 1998:7).

Otro evento importante en la historia de este trastorno fue realizado por Virginia Douglas, quien argumentó frente a la Asociación Canadiense de Psicología que los déficit en la atención sostenida y el control de impulsos eran las causas más probables de las dificultades que presentaban los niños, más que la hiperactividad (Barkley, 1998:12).

2. Evolución del diagnóstico:

La hiperactividad fue incluida como trastorno en la segunda edición del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- II) en 1968, describiéndolo de la siguiente forma: "*el desorden está caracterizado por la sobreactividad, la falta de descanso, la distractibilidad y el corto período de atención, especialmente en niños pequeños; la conducta usualmente disminuye en la adolescencia"* (American Psychiatric Association, 1968 en Barkley, 1998:9).

Sin embargo, después de los acontecimientos históricos antes descritos, en particular la propuesta de Virginia Douglas, se decidió reconceptualizar el trastorno en la publicación de la tercera edición de dicho manual (DSM-III), poniendo mayor énfasis en la falta de atención y la impulsividad (Barkley, 1998:12). Así, se le denominó como "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad" (APA, 1980 en Barkley, 1998:21).

Años después, con la aparición del DSM-III R, (versión revisada del DSM-III), se estipularon los criterios diagnósticos para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, mientras el Déficit de Atención sin Hiperactividad fue relegado a la categoría de "Trastorno de Déficit de Atención Indiferenciado" (APA, 1987, en Barkley, 1998:21).

La publicación del DSM-IV también trajo algunos cambios en cuanto al diagnóstico de este desorden, con la creación de dos subtipos: el inatento, que se caracteriza predominantemente por problemas académicos, y el hiperactivo-impulsivo, que se caracteriza por problemas de conducta. El tipo combinado presenta ambas características y es consistente con la descripción original del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en el DSM-III (Goldstein, 1999:6).

La cuarta versión del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV presenta 3 subtipos del TDAH: (1) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, modalidad combinada, (2) Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad, modalidad de distracción predominante, y (3) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, modalidad de hiperactividad e impulsividad predominantes (APA, 2000:82).

El cuadro 1 muestra a continuación los criterios de diagnóstico para el trastorno de TDAH presentados en el DSM-IV.

Cuadro 1: Criterios para el diagnóstico de TDAH en el DSM- IV

Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

A. (1) o (2):

(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

(a) a menudo no presta atención suficiente a detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

(d) a menudo no sigue las instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.e. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad- impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

(b) a menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a

Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

(Continuación)

(d) sentimientos subjetivos de inquietud).

(e) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(f) a menudo está "en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor

(g) a menudo habla en exceso.

Impulsividad

(h) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(i) a menudo tiene dificultad para guardar turno.

(j) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.e. se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad- impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.e. en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.e. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo- impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial".

(APA, 2000:88-89). Citado textualmente para fines educativos.

3. Trastornos asociados con el TDAH

Russell Barkley, autor de numerosos libros y artículos sobre el TDAH, menciona en su libro *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder, a handbook for Diagnosis and Treatment* (1998) que el TDAH se acompaña de diversas dificultades:

- Desarrollo intelectual más lento
- Funcionamiento adaptativo menor
- Bajo rendimiento académico
- Dificultades en el aprendizaje
- Desarrollo más lento del lenguaje y el habla
- Dificultades para adherirse a reglas e instrucciones
- Retraso en la interiorización del lenguaje
- Mayor variabilidad en el rendimiento de tareas
- Dificultades de memoria y planeación
- Pobre autocontrol de emociones
- Poca inhibición
- Dificultades motivacionales
- Problemas sensoriales
- Problemas de desarrollo motor
- Poca flexibilidad de respuesta
- Mayor riesgo de daños accidentales y de salud
- Problemas de sueño

(Barkley, 1998: 98-124).

No todos los niños presentan estas dificultades, aunque en su mayoría las presentan en un grado mayor que los niños que no padecen de este trastorno (Barkley, 1998:126). Por lo mismo, son consideradas características asociadas, y no forman parte de los criterios de diagnóstico, revisados anteriormente.

4. Prevalencia del TDAH

El DSM-IV indica que la prevalencia de este trastorno se estima en un 3% a 5% en niños de edad escolar (APA, 2000: 86). Sin embargo, esta proporción cambia según la definición de TDAH que se utilice, así como la población que se estudie, la

localización geográfica, entre otros. Así, el estimado de la prevalencia varía de 1% a 20% (Barkley, 1998: 79).

La prevalencia del TDAH por género también varía según las características del estudio, de 2:1 a 10:1 de hombres por mujer. El promedio de estudios epidemiológicos se sitúa en 3.4 hombres por 1 mujer. Sin embargo, es posible que esta diferencia tan significativa se deba a que es más probable que los hombres (o niños) exhiban una conducta agresiva y antisocial que las mujeres, por lo que es más usual que los hombres sean referidos a un psiquiatra o psicólogo (Barkley, 1998: 85).

No fue posible encontrar datos estadísticos en Guatemala.

5. Curso y pronóstico

La actividad motora excesiva o la imposibilidad de mantener la atención por períodos cortos de tiempo en comparación con otros niños de su edad son las primeras pautas observables en niños con TDAH. Sin embargo, el diagnóstico de este trastorno se realiza si estos síntomas (y los criterios mencionados en el Cuadro 1) permanecen o se incrementan en los años escolares (APA, 2000: 82). Por lo general, los síntomas van disminuyendo con los años, en la adolescencia y la adultez, especialmente cuando se da tratamiento al trastorno. En la mayoría de casos, la medicación puede disminuir también, e incluso descontinuarse en la etapa adulta. Sin embargo, hay casos en que los síntomas pueden aumentar o mantenerse, en especial cuando la persona no se adhiere a los tratamientos propuestos (Barkley, 1998:192- 202).

6. Diagnóstico diferencial

Es necesario distinguir en niños pequeños los síntomas de este trastorno con comportamientos propios de esta edad. En cuanto al criterio de bajo rendimiento académico, se debe evaluar la capacidad intelectual del niño, su estado emocional y otros factores que podrían influir, extraños al trastorno. El criterio de desatención debe evaluarse debido a que puede ser causado por un ambiente poco estimulante o a la falta de motivación, por lo que no calificaría dentro del TDAH. Es importante

recordar que no se diagnostica el TDAH si los síntomas se explican mejor por la presencia de otro trastorno psicológico. Por lo tanto, se debe además diferenciar de otros trastornos como comportamiento negativista, Trastorno Oposicional Desafiante, Trastorno Generalizado del desarrollo, Trastorno psicótico y Trastorno relacionado con otras sustancias, no especificado (APA, 2000:87).

Los síntomas atribuidos generalmente al TDAH también son características importantes de las personas superdotadas, que exhiben conductas de sobre-exitación en sus movimientos motores, imaginación, emoción y sensibilidad. La visualización elaborada, la fantasía y el pensamiento imaginativo de un niño superdotado podría también confundirse con TDAH de tipo inatento (Doggett, 2004:71).

7. Tratamientos para el TDAH

a. Psicofarmacología

Los medicamentos estimulantes, en especial el metilfenidato (Ritalina) constituyen el tratamiento más utilizado para el TDAH. Aproximadamente un 70% a 80% de las personas diagnosticadas con este trastorno responden favorablemente a los medicamentos. Los antidepresivos tricíclicos también se utilizan como alternativa a los estimulantes (Gómez y Cole, 1991:107). Otras drogas utilizadas son los inhibidores selectivos de serotonina, los anti- hipertensivos y otros que afectan al sistema nervioso central (Doggett, 2004:74).

Entre las desventajas de este tratamiento cabe mencionar que casi el 30% de personas no mejora con los fármacos. Además, se debe tomar en cuenta los efectos secundarios, como insomnio, estado de ánimo dismórfico, reducción del apetito, y enlentecimiento del crecimiento. Otro factor a tomar en cuenta es “la toxicidad psicológica potencial”, que se refiere a los “mensajes” que conlleva la medicación: la persona puede sentirse literalmente incapaz de controlar su comportamiento sin ayuda externa (Gómez y Cole, 1991:108). Estudios posteriores han indicado que la utilización a largo plazo de medicamentos durante la infancia aumenta riesgos futuros para el abuso de sustancias en un 50% (Doggett, 2004:70).

b. Psicoterapia:

No todos los niños necesitan llevar un proceso de terapia psicológica; sin embargo, es importante que comprendan las conductas y las dificultades que experimentan. El primer paso es ayudar al niño a adaptarse a su ambiente. Se debe ayudar al niño a encontrar algo que lo motive, y enseñarle a creer en sí mismo para que busque activamente controlar sus dificultades. Un segundo paso es fomentar cambios en la vida del niño. Se le enseñan las estrategias de "para, mira y escucha" antes de reaccionar (Goldstein, 1999:13- 14).

c. Terapia conductual:

La terapia conductual puede tener un impacto significativo en el manejo de la conducta y el rendimiento académico de las personas con TDAH. Usualmente, se utiliza combinada con la psicofarmacología., debido a que en combinación, aumentan su efectividad (Gómez y Cole, 1991:113).

Este tipo de tratamiento es además mejor aceptado por los padres que la medicación. Entre las estrategias de modificación de conducta se incluyen: economía de fichas, atención positiva frente a comportamientos apropiados, extinción, o castigos, refuerzo de la planeación y modelación de conductas deseadas (Doggett, 2004:76).

Entre las limitaciones de la terapia conductual se puede mencionar la necesidad de una intervención continua, la complejidad de la terapia para algunas personas, la dependencia en la cooperación de padres y maestros y el alto costo económico (Doggett, 2004:76).

d. Terapia cognitiva:

Los medicamentos estimulantes parecen ser efectivos para muchos de los síntomas del TDAH, pero tienen poco impacto en aspectos importantes de las habilidades cognitivas, tales como el razonamiento, la resolución de problemas y el aprendizaje. La terapia cognitiva que se centra en la autoconciencia y las habilidades para la resolución de problemas parece ser efectiva para contrarrestar problemas del TDAH como la impulsividad, la falta de atención y la conducta antisocial. El entrenamiento cognitivo enfatiza la necesidad de parar para definir un problema, planear con anticipación y corregir cuidadosamente los errores (Gómez y Cole, 1991:113).

Abikoff (1979:75) llevó a cabo una revisión bibliográfica acerca de la eficacia cognitiva. En su trabajo concluye que la terapia cognitiva ha demostrado ser poco efectiva, especialmente en el tratamiento de la impulsividad. Sin embargo, menciona que el entrenamiento cognitivo sí ha sido efectivo para modificar el rendimiento del niño en tareas de lápiz y papel. Años más tarde, en otra investigación, Abikoff (1991:208) sostuvo en sus conclusiones que la terapia cognitiva es la modalidad terapéutica con más validez, aunque mantiene la postura acerca de una mayor efectividad al ser combinada con los fármacos estimulantes.

En un estudio reciente, se demostró que la terapia cognitiva es efectiva en el tratamiento de adultos con TDAH, mientras que esta efectividad disminuyó al tratar a niños con el mismo padecimiento. Los autores de esta investigación sugieren que esta diferencia puede deberse a que los pacientes adultos están más motivados para recibir terapia, y poseen una capacidad de introspección superior, mientras que los niños van a tratamiento referidos por padres o maestros. Además, los síntomas generalmente son más pronunciados durante la niñez, que en la adultez (Hesslinger, 2002:183).

La efectividad de la terapia cognitiva también fue demostrada en un estudio acerca del manejo del enojo y la agresión. En éste, el objetivo era ayudar a los individuos a reconocer y retar las concepciones ya hechas, que gracias a la terapia cognitiva fue alcanzado, y además se logró aumentar el autocontrol de emociones en estos niños (Williams *et al.*, 2004:610).

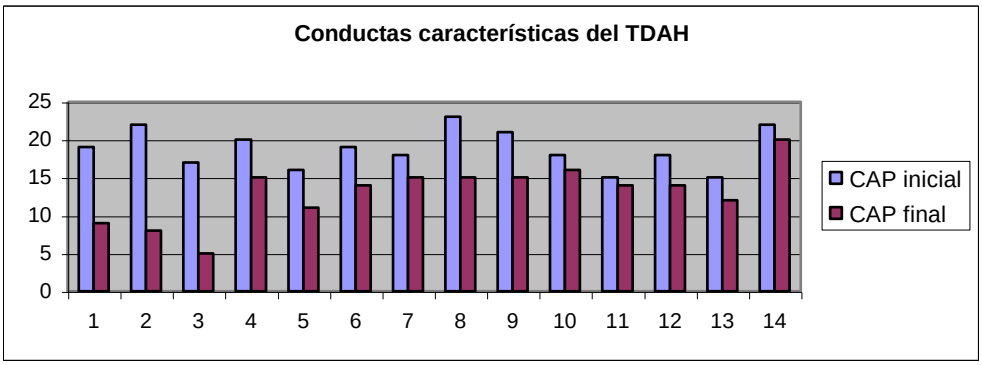
Miranda y Presentación (2000:169-179) realizaron un estudio sobre la eficacia de la terapia cognitiva con niños con y sin agresividad. En su revisión bibliográfica, mencionan que la terapia cognitiva ha demostrado poca efectividad para tratar los problemas de impulsividad y agresividad, por lo que en su investigación la combinaron con una terapia de auto control. En sus conclusiones, aseguran que esta combinación de terapia cognitiva y técnicas de autocontrol demostraron ser efectivas para reducir los síntomas del TDAH.

Para maximizar los efectos de la terapia cognitiva, es necesario considerar los factores de desarrollo en el diseño de las intervenciones. Se debe identificar la combinación ideal entre el momento de la intervención y el nivel de desarrollo social, emocional y cognitivo del niño (Kendall y Choudhury, 2003:99).

Los efectos de la terapia cognitiva parecen incrementarse con el tratamiento farmacológico. Tanto Abikoff (1991:208) como otros autores han reconocido que la combinación de ambos tratamientos es la más adecuada para el tratamiento del TDAH. Estudios como el de Eiraldi y Villarin (In Press:8) apoyan esta afirmación.

En un estudio explorativo realizado por el Dr. Emilio Quinto en base a una muestra de 14 niños y niñas, se estableció que, en clínica, la terapia cognitiva ha demostrado ser efectiva para tratar a niños con TDAH, debido a que permite disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas. A continuación se presenta una gráfica que muestra los resultados obtenidos a través del Perfil de Atención del Niño (Child Attention Problems scale- CAP) de los participantes en este estudio explorativo (ver Gráfico 1), en la que se puede apreciar una disminución de las características de TDAH (medidas por el CAP) en los niños participantes.

Gráfico 1. Puntuaciones obtenidas por niños con TDAH antes y después de recibir Terapia Cognitiva



(Quinto, 2006). Reproducido para fines educativos.

B. El modelo cognitivo- conductual para el tratamiento del TDAH

> "*La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicoterapia que mantiene que la percepción y estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta"* (Beck, 1981).

Por definición, la terapia cognitiva es directiva, estructurada y breve. Se debe ajustar la terapia a la edad de la persona a tratar. En niños se utiliza la terapia de juego, por medio de la cual se busca modificar el sistema de pensamiento. Con adolescentes se utiliza el empirismo colaborativo, cuya principal técnica es la de escribir (Quinto, 2002a:2).

En Guatemala, el Dr. Emilio Quinto (2002) realizó una recopilación de la metodología para trabajar la terapia cognitiva con niños, en la que se basará la presente investigación. Entre las técnicas que recomienda, cabe mencionar el romper el problema en unidades pequeñas, planes de modificación de conducta, establecimiento de límites y de reforzadores positivos y negativos y un contrato mutuo y en colaboración con los padres, maestros y personas involucradas directamente con el niño (Quinto, 2002a:4).

En su libro *El modelo cognitivo: la Psicoterapia (Manual de terapia cognitiva, 2002:15-19:)*, el Dr. Quinto describe las principales técnicas conductuales y cognitivas utilizadas en la terapia cognitiva. Sin embargo, también advierte que un buen terapeuta deberá escoger entre las técnicas que mejor se adapten a cada caso en específico. Quinto explica que la terapia cognitivo conductual es sumamente amplia en técnicas, por lo que es responsabilidad del terapeuta el decidir cuáles de éstas utilizará dependiendo del paciente y la enfermedad a tratar, enfatizando en la importancia del entrenamiento en terapia cognitiva que el terapeuta debe poseer, que debe incluir la práctica supervisada.

Los autores Reinecke, Dattilio, Freeman y Beck (1996:4) proponen en su libro *Cognitive therapy with children and adolescents* una serie de pasos a seguir en las sesiones de una terapia cognitiva, que se presentan a continuación, en el cuadro 2:

Cuadro 2. Pasos a seguir en una Terapia Cognitiva estándar

1. El terapeuta recaba información sobre el desarrollo de síntomas específicos, determinantes situacionales y curso temporal. Se recolectan datos objetivos acerca de la naturaleza del problema.
2. Se identifican las creencias, expectativas, objetivos, atribuciones y pensamientos automáticos. Los pacientes aprenden a monitorear los pensamientos negativos o

maladaptativos.

3. Se identifican déficit específicos de conducta o de habilidades interpersonales.
4. Se identifican factores médicos o ambientales que apoyan o mantienen los síntomas.
5. Se seleccionan y presentan intervenciones cognitivas y conductuales. Se revisan con los niños y los padres o cuidadores.
6. Se asignan tareas en casa. El paciente practica técnicas cognitivas o conductuales en las sesiones.
7. Se evalúa la efectividad de la intervención por medio de escalas objetivas y reportes subjetivos.

(Reinecke *et al*., 1996:4). Reproducido para fines educativos.

1. Técnicas cognitivo- conductuales

Reinecke *et al*. (1996:40- 45) explican que las intervenciones cognitivo-conductuales han sido conceptualizadas en dos enfoques:

a. Intervenciones basadas en las cogniciones

1) Entrenamiento auto- instructivo:

Los niños aprenden a controlar su propia conducta al internalizar gradualmente las órdenes y directivas de los adultos.

El objetivo de la auto- instrucción es enseñar al niño una conducta verbal, dirigida a regular la impulsividad y la inatención. El procedimiento es el siguiente:

- Las auto- instrucciones son modeladas por el terapeuta verbalmente
- El niño lleva a cabo la misma tarea con la dirección del terapeuta
- El niño lleva a cabo la tarea dándose él mismo las instrucciones en voz alta
- El niño lleva a cabo la tarea dándose las instrucciones en voz baja
- El niño lleva a cabo la tarea dándose las instrucciones mentalmente.

2) Entrenamiento en resolución de problemas sociales:

El entrenamiento va dirigido a motivar al niño con TDAH a seguir una serie de pasos cognitivos antes de dar una respuesta a una situación social problemática. El entrenamiento en resolución de problemas sociales requiere enseñar al niño a:

- Reconocer la existencia del problema

- Generar varias alternativas para solucionar el problema
- Evaluar las consecuencias de las distintas alternativas
- Seleccionar una alternativa para aplicarla
- Revisar el resultado de la alternativa seleccionada

Se utilizan también el modelamiento de la conducta y el juego de roles.

b. Intervenciones basadas en las contingencias

1) Auto monitoreo:

Se busca entrenar al niño a monitorear su propia conducta, como paso inicial para alcanzar al autocontrol. Se le enseña al niño a observar aspectos específicos de su conducta y a llevar un diario objetivo de la misma. En este proceso, se mantiene un estado de conciencia activa de la ocurrencia de la conducta blanco, lo que puede aumentar la capacidad de autorregulación del niño.

2) Auto evaluación y auto refuerzo:

Estos procedimientos buscan transferir la responsabilidad del monitoreo de la conducta del maestro al estudiante. Se establecen ciertos criterios y tanto el maestro como el alumno califican esta conducta en una escala de 0 a 5, para indicar en qué grado fue apropiada. El estudiante gana puntos por la conducta apropiada y por acercar su evaluación a la del maestro. Gradualmente, la frecuencia de las calificaciones de los maestros se van dispersando, para promover el mantenimiento y aumentar la independencia del estudiante en los procedimientos de auto evaluación y auto refuerzo.

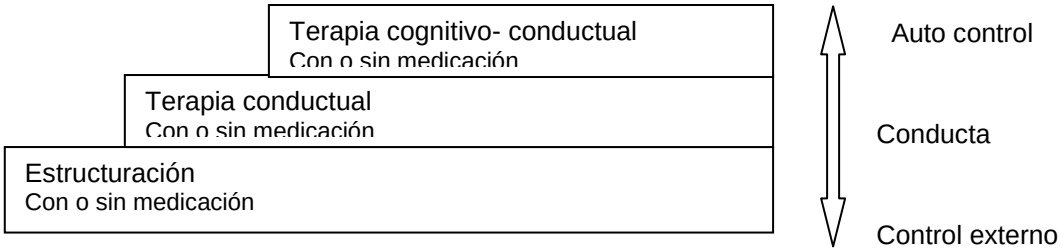
3) Entrenamiento en correspondencia

Este procedimiento tiene como objetivo el acercar la correspondencia entre lo que una persona dice verbalmente que hará y su conducta posterior (Reinecke *et al*., 1996:40- 45).

Graham (1998:35) propone un marco conceptual para el tratamiento del TDAH (ver cuadro 3), que sugiere que el tratamiento debe comenzar estableciendo un ambiente bien estructurado, que deberá mantenerse por un período prolongado. El siguiente paso es incorporar la terapia conductual para disminuir la conducta no deseada y establecer conductas más adaptativas. Y el tercer paso es la conducta

cognitivo- conductual, que se basa en el aumento del autocontrol. Estas tres formas de tratamiento pueden ser complementadas con medicación.

Cuadro 3. Marco conceptual para el tratamiento del TDAH



(Graham, 1998:35) Reproducido para fines educativos.

A los niños y niñas con TDAH se les enseña a ir por pasos ante un problema. Específicamente, Graham (1998:37) propone 4 preguntas que deben contestar antes de reaccionar impulsivamente:

- Cuál es el problema? (Exploración del problema)
- Cuál es mi plan? (Generar posibles estrategias para atacar el problema)
- Utilizo mi plan? (auto monitoreo y auto guía mientras está ejecutando el plan)
- Cómo lo hice? (auto evaluación de la solución)

El programa consiste en 8 sesiones, que se describen en el siguiente apartado.

2. Programa de intervención para padres y niños con TDAH

Las conductas de inatención, sobre- actividad e impulsividad que caracterizan al TDAH muchas veces provocan cierto deterioro en la relación padres- hijo, lo que puede causar un nivel elevado de estrés en la familia (Fisher, 1990 en Chronis *et al.* 2004:1). Con el tiempo, los padres tienden a desarrollar estrategias contraproducentes o inefectivas para lidiar con estas dificultades (Patterson *et al.,* 1989 en Chronis *et al.* 2004:1).

Se ha determinado que para que el tratamiento de niños con TDAH sea efectivo, debe incluir el trabajo directo con los padres para modificar sus estrategias para el

cuidado y la disciplina de los niños, con el fin de incrementar los resultados positivos de sus hijos (Pelham *et al.*, 1998 en Chronis *et al*, 2004:1). El entrenamiento para padres, en el cual se les enseña a manejar los comportamientos inapropiados de los niños y a promover las conductas pro sociales, ha demostrado ser parte del tratamiento efectivo para niños con TDAH (Ruma *et al.*, 1996 en Eberhardt *et al.*, 2004:158), y además produce un mejoramiento de los estilos parentales, siendo una de las intervenciones más efectivas para mejorar las conductas características del TDAH (Pelham *et al*., 1998 en Chronis *et al.*, 2004:1). En efecto, se han identificado dos estilos parentales poco efectivos, que agravan las dificultades de los niños: el estilo permisivo, en el cual los padres realizan pocas demandas, no refuerzan las reglas y son inconsistentes en la disciplina, y el estilo autoritario, en el que los padres utilizan técnicas de disciplina severas y hostiles (Arnold *et al.*, 1993, en Eberhardt *et al*., 2004:159).

Otras investigaciones han sugerido que los estresores que afectan a los padres, tales como la cotidianidad parental, los conflictos maritales y hasta alguna psicopatología que pudieran presentar, pueden ocasionar perturbaciones en las prácticas parentales, y están asociados con patrones disfuncionales de disciplina y el reforzamiento de conductas maladaptativas en los niños (Eberhardt *et al.,* 2004:159).

Diversos estudios citados por Barkley en su libro *Niños hiperactivos (2002:131)* sugieren que los padres de niños con TDAH experimentan más estrés que los padres de niños sin este trastorno, por lo que tienden a correr un mayor riesgo de presentar problemas emocionales. Esto se debe a que las características principales del TDAH, es decir, la falta de atención, la impulsividad y los patrones de comportamiento hiperactivo entran en conflicto con las demandas o mandatos que todos los padres hacen a sus hijos. De esta forma, se crea una reacción en círculo, debido a que al percibir ese ambiente de estrés, los síntomas del TDAH tienden a pronunciarse más en el niño.

Para Barkley (2002:132), es importante abarcar en la terapia no solamente al niño, sino también promover la implementación de un ambiente familiar adecuado, que facilite el autocontrol al niño y trabajar también con los maestros o profesores,

para reducir las dificultades escolares y homogeneizar el sistema de disciplina y aprendizaje del niño.

A continuación se revisan las sesiones para niños propuestas por Graham (1998:38- 40), que incluyen introducciones teóricas y prácticas (juegos de roles). También se les enseña a los padres a transmitir las habilidades cognitivo-conductuales a los niños en casa. Después de cada sesión, los padres y niños deben realizar ciertas tareas en casa en un tiempo específico del día. Además, se estimula a los padres a practicar los principios de "para-piensa-realiza" durante el día si una situación lo amerita (Graham, 1998:37).

a. Secuencia de sesiones con el niño:

1) Primeras dos sesiones

Se le enseña al niño la técnica de "Para- Mira- Escucha" (Stop- Look and Listen). Estas son consideradas habilidades básicas hacia el autocontrol. Antes de que el niño pueda aprender a planear cuidadosamente ante un problema, debe aprender a calmar y parar sus actividades, examinar su ambiente y sustraer información relevante del mismo.

Una vez estas habilidades de pre- requisito han sido adquiridas, el niño debe aprender a pensar en voz alta mientras realiza habilidades simples como dibujar, atar sus zapatos y vestirse. Se asume que la verbalización y la internalización del diálogo disminuyen la conducta impulsiva y promueven al autocontrol. Inicialmente, debe hacerlo en voz alta, y más adelante se le instruye para que lo realice lo diga en voz baja.

2) Tercera sesión

Eventualmente, se le enseña al niño a ejercer control sobre su conducta utilizando el diálogo en la mente. Esto se realiza por medio del modelamiento: el padre realiza una tarea pensando en voz alta y luego la realiza sin decir nada. Entonces le explica al niño que no lo dice en voz alta, pero que lo está pensando para sí mismo.

3) Cuarta sesión

El niño aprende a reconocer problemas y aplicar estrategias para enfrentarlos. Antes de comenzar con una tarea o problema, debe preguntarse a sí mismo cuál es la naturaleza del mismo y decidir cuál es la mejor manera de enfrentarlo. El programa pone énfasis en el proceso de planeación más que en el mérito de la solución propuesta para un problema específico.

Mientras habla en voz alta, el niño hace y contesta las siguientes preguntas: "Para: Cuál es mi problema? " y "Cuál es mi plan?". Después de algunos ensayos, el niño habla en voz baja. Por último, se le pide que lo haga mentalmente, en diálogo interno. Esta última transición no debe hacerse muy rápido, ya que el diálogo interno no permite que el adulto monitoree y corrija el proceso de pensamiento del niño.

4) Quinta sesión

El niño aprende el auto monitoreo, la auto guía y la auto evaluación. Mientras ejecuta su plan, se pregunta a sí mismo lo siguiente: "Estoy utilizando mi plan? " y "Cómo lo hice?"

5) Sexta y séptima sesión

Tienen que ver con situaciones sociales. Se entrena a los niños a utilizar las 4 preguntas de realización de planes para prevenir y manejar conflictos sociales. Además de ser instrumentalmente efectivos, los planes deben respetar dos criterios éticos: "Es justo para mí y para la otra persona? " "Es agradable para mí y para la otra persona?"

6) Octava sesión

Es una reunión de evaluación en la que se discuten los beneficios y problemas o dificultades que encontraron los padres durante y después del programa. Se establece una fecha para una sesión posterior de seguimiento.

La transferencia del entrenamiento se promueve aplicando los principios de "Para- Piensa- Realiza" en una variedad de situaciones, incluyendo la escuela (Graham, 1998:38- 40).

b. Secuencia de sesiones con los padres

Las sesiones siguen el programa propuesto por Barkley (1997a: 3- 4) en su libro "*Defiant children, a clinician's manual for assessment and parent training"* (*Niños*

desafiantes, Manual de evaluación y folletos para los padres), que consiste en una serie de 10 pasos en los que el terapeuta entrena a los padres para cumplir con los objetivos siguientes:

- Mejorar las habilidades de los padres en el manejo de los problemas de conducta del niño
- Aumentar el conocimiento de los padres acerca de las causas del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad
- Optimizar la adhesión del niño a órdenes, direcciones o reglas trasmitidas por los padres
- Mejorar la armonía familiar a través de la optimización del uso por parte de los padres de la atención positiva y consecuencias con los niños, el proveer guías, reglas e instrucciones claras y la aplicación de disciplina adecuada para conductas inapropiadas.

A continuación se describe el programa de Barkley (1997a: 91- 164), en el que cada paso constituye una sesión de terapia parental.

1) Paso 1

Los objetivos de esta sesión son el educar a los padres acerca del diagnóstico de TDAH y sus implicaciones, el animar a los padres a identificar elementos agravantes del TDAH que puedan existir en sus familias y motivar a los padres para comenzar a remediar esos agravantes del trastorno en mención, que pudieran ser rectificados en sus familias.

En esta primera sesión se explica a los padres en qué consiste la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para tratar el TDAH, enfatizando en la importancia de su colaboración tanto en clínica asistiendo a las sesiones para padres, como en el hogar, realizando las tareas que el terapeuta les asignará. Es importante realizar una pequeña evaluación en base al reporte de los padres para contar con un valor previo a la intervención, que más adelante se comparará con valores posteriores a la misma, lo que permitirá determinar la efectividad de la terapia. El terapeuta debe abrir una discusión con los padres acerca del TDAH para asegurarse de que comprenden el diagnóstico y la problemática que le rodea, aclarar las dudas que manifiesten y dirigirlos hacia la identificación de elementos agravantes del trastorno, motivándolos a buscar soluciones probables para los mismos. Esto se

lleva a cabo con la ayuda del folleto para padres “Perfiles de las características del padre y del niño”. El terapeuta explica brevemente cada una de las características allí mencionadas y luego solicita a los padres que indiquen en el folleto si cada una de ellas constituye un problema para su niño. Es importante enfatizar en que pueden existir varios factores que estén influyendo en la conducta del niño, tales como predisposiciones hereditarias a padecer desórdenes psicológicos, características del temperamento, rasgos físicos y/ o discapacidades del desarrollo que constituyen factores de riesgo, ya que contribuyen con las dificultades comportamentales del niño. Los padres deben calificar cada rasgo en una escala de 1 (medio, no es un problema) a 10 (severo o problema muy serio). Además, se debe discutir con los padres el hecho de que sus propias características juegan un rol en el desarrollo o mantenimiento de problemas de comportamiento en su niño, retomando que los mismos factores que se mencionaron pueden influir en la conducta del niño, ya que pueden tener un efecto en la consistencia y la efectividad en el manejo por parte de los padres de las conductas maladaptativas del niño.

Al final de esta sesión, se asigna la primera tarea que consiste en llenar los perfiles de características del padre y del niño y el inventario de problemas familiares, ambos contenidos en el cuadernillo de niños desafiantes de Barkley que recopila los materiales de evaluación y folletos para padres.

2) Paso 2

El terapeuta tiene como objetivos el educar a los padres acerca de los efectos que tendrá la forma en que interactúan con el niño en la motivación del mismo para colaborar con ellos, el entrenar a los padres en el uso de métodos para atender a conductas positivas del niño mientras se ignoran las conductas negativas, el demandar a los padres la puesta en práctica de estas habilidades diferenciales de atención en casa durante la siguiente semana, y empezar a establecer un patrón de interacción más adecuado entre los padres y el niño.

Al comenzar cada sesión, es importante invitar a los padres a describir cualquier evento significativo que haya ocurrido desde la última sesión con el terapeuta. Enseguida se revisa la tarea que los padres deben entregar al terapeuta y se les pide que describan cualquier comportamiento relevante del niño, haya sido éste

adecuado o inadecuado. Estos pasos se llevan a cabo en todas las sesiones posteriores, por lo que, para evitar repeticiones innecesarias, no se incluirán en las descripciones de las sesiones siguientes.

En esta sesión, el terapeuta debe entrenar a los padres en el uso de habilidades de atención, comenzando con una discusión acerca de la importancia de la calidad de atención a las personas en general, para luego abordar la importancia de poner la atención adecuada a comportamientos deseados que el niño manifieste y de ignorar los comportamientos no deseados en él. Para este fin, se distribuye una copia del folleto de las habilidades para la atención a conductas, haciendo énfasis en los aspectos más relevantes. El terapeuta debe pedir a los padres que comenten acerca de las técnicas ahí mencionadas. Luego, debe modelar la técnica para los padres, con la ayuda de una situación hipotética, para pedir después a los padres que la practiquen en la sesión. En conjunto, padres y terapeuta determinarán un "momento especial" en el cual se practicará la técnica en casa en situaciones de juego del niño (que en esta sesión será la tarea asignada), además de llevar un diario paralelo de esta práctica.

3) Paso 3

Esta sesión tiene como objetivos el entrenar a los padres en el uso de técnicas de atención efectivas para aumentar el cumplimiento del niño de las órdenes o mandatos de los padres, el aumentar la efectividad de las órdenes dadas por los padres, el incrementar el uso por parte de los padres de estas habilidades efectivas de atención y el aumentar el monitoreo por los padres del comportamiento del niño en el hogar y el vecindario.

El terapeuta explica a los padres la forma correcta de extender las habilidades de atención desde la actividad de juego hacia el acatamiento de instrucciones, revisando al mismo tiempo técnicas para incrementar la efectividad de las órdenes. Los padres deberán aprender a identificar la forma en que el niño manifiesta el TDAH en casa. Enseguida, se discute el folleto del padre para disminuir la desobediencia y aumentar el juego independiente, que el terapeuta ilustra por medio del modelamiento. Luego, los padres comentan sus reacciones ante el método, y se les pide que monitoreen la conducta del niño. Como tarea, deben continuar con los "momentos especiales" con el niño, comenzar a elogiar y poner

atención positiva a la obediencia, establecer períodos diarios de entrenamiento en obediencia, proveer órdenes efectivas, practicar la atención positiva hacia el juego independiente e incrementar el monitoreo de las actividades independientes del niño.

4) Paso 4

Los objetivos en esta sesión son establecer un sistema formal para instituir los privilegios del niño frente a la obediencia, lo que se logra a través de la implementación del sistema de fichas en el hogar, aumentar la atención de los padres y el refuerzo de la obediencia del niño y las conductas sociales adecuadas, y disminuir la arbitrariedad en la administración parental de los privilegios del niño.

En esta sesión es importante reevaluar la conducta del niño en casa con la ayuda de escalas para padres, para determinar si está habiendo un cambio en ella. El terapeuta alienta a los padres a introducir programas de recompensas especiales para premiar el control de impulsos en el niño. Además, se explican las ventajas del sistema de ficha/ puntos en el hogar y se distribuye el folleto de padres para ilustrar el mismo. En forma conjunta, padres y terapeuta establecen el sistema que se utilizará, escogiendo entre fichas y puntos, haciendo una lista de privilegios, asignando precios y tomando precauciones al comenzar el programa. Es importante discutir con los padres sus reacciones ante este sistema. Para finalizar, se asigna la tarea que consistirá en continuar con los métodos previamente aprendidos, implementar el sistema de fichas/ puntos y realizar una lista de privilegios y tareas del niño, que deberán llevar a la siguiente sesión.

5) Paso 5

En esta sesión, se tiene como objetivo el introducir la utilización de penalizaciones en el sistema de fichas en el hogar como castigo para la desobediencia y conductas sociales inaceptadas, y entrenar a los padres en el uso efectivo del método de “time- out” (tiempo fuera o aislamiento) como castigo para determinadas conductas no adecuadas.

Después de revisar las tareas de la semana, padres y terapeuta discuten el uso del sistema de fichas para penalizar al niño (procedimiento de costo- respuesta). El terapeuta debe preparar a los padres para la importancia de esta sesión, ya que podría ser la semana más difícil de programa, y es la que requiere de la mayor

consistencia. Después de repartir el folleto para padres acerca de la técnica de tiempo fuera, en conjunto deben revisar cada uno de los pasos del procedimiento: cómo utilizar el tiempo fuera para la desobediencia, en dónde debe estar localizada la silla para esta técnica, por cuánto tiempo debe mantenerse el niño en la silla, qué hacer si el niño se levanta de la silla sin permiso, estrategias que el niño podría utilizar para evitar el tiempo fuera y cómo manejar la resistencia física del niño. Después de proveer estas explicaciones y de despejar cualquier duda, el terapeuta modela el procedimiento en una situación hipotética para ilustrar el uso correcto de la técnica. Al final de la sesión, se asignan las tareas, que consisten en la implementación de penalizaciones conductuales, el uso del tiempo fuera solamente para una o dos conductas de desobediencia, llevar un registro de todos los tiempos fuera utilizados y continuar con los métodos enseñados previamente.

6) Paso 6

Los objetivos de esta sesión son resolver problemas que los padres han encontrado al utilizar el método de tiempo fuera con el niño y, dependiendo del caso, extender el uso del método del tiempo fuera para otras órdenes o reglas que han sido desobedecidas por el niño.

En esta sesión, es importante revisar el registro de utilización de la técnica de tiempo fuera que llevan los padres, debido a que también se seleccionarán dos o más conductas maladaptativas en las que se extenderá la utilización de esta herramienta. Si el terapeuta lo considera relevante, puede reevaluar la conducta maladaptativa del niño a través de la utilización de escalas. Como tarea, los padres deben continuar utilizando el método, llevando un registro de su utilización.

7) Paso 7

En esta sesión se espera entrenar a los padres en la adaptación de métodos de manejo de conductas maladaptativas para su uso en lugares públicos, enseñar a los padres un procedimiento de cuatro reglas sencillas para anticipar y reducir conductas maladaptativas en público por parte de los niños y entrenar a los padres en el uso de estas reglas antes de la transición a actividades mayores en las cuales se esperan conductas maladaptativas.

Durante esta sesión, se motiva a los padres a anticipar problemas conductuales con el fin de que estén preparados para aplicar las técnicas adecuadas. Con la

ayuda del folleto para anticipar problemas- manejo de los niños en lugares públicos, se revisan los pasos más importantes: establecer reglas antes de entrar en lugares públicos, instituir respuestas disciplinarias para la desobediencia, asignar a los niños actividades para que lleven a cabo, y monitorear, poner atención y recompensar la obediencia del niño en el lugar público. Se exhorta a los padres a revisar los lugares públicos en los que pueden ser utilizados estos métodos, como restaurantes, tiendas, viajes en carro, visitas sociales, iglesia, etc. Como tarea, los padres deben asistir al menos a dos lugares públicos con el niño como práctica y registrar la información sobre estas salidas. También deberán contactar a los maestros o profesores del niño para solicitar un reporte de la conducta del niño en la escuela.

8) Paso 8

El terapeuta tiene como objetivos para esta sesión el revisar con los padres la naturaleza de cualquier problema conductual que el niño pueda demostrar en la escuela y el instruir a los padres sobre los procedimientos para implementar un reporte diario de conducta escolar para su niño.

Se solicita a los padres que discutan con el terapeuta cualquier problema de conducta en el colegio que los maestros hayan reportado acerca de su niño. Enseguida, el terapeuta les enseña procedimientos para utilizar al establecer un reporte diario de la conducta escolar. Como tarea, deberán implementar el mencionado reporte y continuar con la utilización de las técnicas aprendidas con anterioridad.

9) Paso 9

Esta es la penúltima sesión propuesta en el programa de Barkley. Los objetivos son el motivar a los padres a intentar anticipar posibles problemas de comportamiento que el niño podría manifestar en un futuro y cómo podrían utilizar los métodos previamente aprendidos para tratar estos problemas y el preparar a los padres para la finalización de la terapia si no fuera necesario utilizar otros tipos de tratamiento con esta familia.

El terapeuta debe revisar el método de anticipar problemas- manejo de los niños en el hogar, para supervisar que esté siendo aplicado correctamente. En esta sesión se trabaja con la ayuda del folleto acerca de cómo manejar problemas

futuros de comportamiento. Al revisarlo, se hace énfasis en la importancia de llevar un registro de los problemas de conducta, corregir errores en el manejo de niños cuando sea necesario, desarrollar un sistema de incentivos, diseñar un método de disciplina, implementar el nuevo programa y evaluar la efectividad del programa. Además, el terapeuta puede retar a los padres, planteando problemas de conducta hipotéticos, frente a los cuales deberán proponer soluciones efectivas. La tarea para esta sesión consiste en continuar con la implementación de las técnicas aprendidas.

10) Paso 10

Esta constituye la última sesión de terapia para padres según la propuesta de Barkley, por lo que es el cierre del tratamiento, siempre y cuando el terapeuta no considere necesario continuar con la terapia. Los objetivos planteados son el revisar la implementación de los padres de todos los procedimientos aprendidos durante el programa y realizar correcciones si fuera necesario, considerar si el sistema de fichas/ puntos en casa deberá continuar, revisar la utilización del reporte diario de conducta escolar y planear su finalización cuando se considere adecuado, discutir cualquier necesidad que el niño pudiera tener para recomendar un tratamiento psicofarmacológico y reevaluar la naturaleza y grado del desorden de conducta maladaptativa del niño post tratamiento.

El terapeuta debe revisar la utilización continua de los métodos de manejo de conductas, y realizar correcciones si fuera necesario. Deben discutir en conjunto la finalización del sistema de fichas/ puntos así como el reporte escolar diario. En esta sesión en especial es necesario reevaluar al niño para comparar las puntuaciones previas y posteriores tratamiento, con el objetivo de determinar si ha habido un cambio significativo, es decir, si el tratamiento ha sido o no efectivo. En base a las observaciones que aporten los padres sobre los cambios de comportamiento de su hijo y del criterio del terapeuta, se establece si es necesario o no referir al niño para que comience un tratamiento psicofarmacológico.
(Barkley, 1997a: 91- 164).

III. METODOLOGIA

A. Justificación

La Terapia Cognitiva ha mostrado ser eficaz en el tratamiento del TDAH en otros países; este estudio pretendió demostrar que esta modalidad terapéutica no solamente es efectiva, sino además posee varias ventajas, entre las cuales destaca su corta duración, lo que permite reducir costos para quienes deseen invertir en ella. Además, la Terapia Cognitiva es básicamente una terapia reeducativa, en la que participan padres e hijos, por lo que también ayudará a romper los prejuicios acerca de la Psicología.

No se encontró datos estadísticos acerca de la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Guatemala; sin embargo es un trastorno que afecta a una gran cantidad de niños en edad escolar y adolescentes, que al no haber sido diagnosticados y tratados tempranamente, pueden experimentar fracaso escolar, rechazo social, problemas familiares, entre otros.

No fue posible encontrar datos sobre investigaciones acerca de la eficacia de la Terapia Cognitiva para padres de niños con TDAH en Guatemala, por lo que este estudio es pionero y proveerá datos importantes que ayudarán a la población a conocer esta modalidad terapéutica. Sin embargo, se cuenta con datos de un estudio explorativo realizado por el Dr. Quinto, en el cual se determinó que en una muestra de 14 niños y niñas guatemaltecas cuyos padres recibieron terapia cognitiva, todos mostraron un cambio positivo al final del tratamiento, aunque en diferentes intensidades (ver Gráfico 1).

B. Limitaciones

Entre los padres de niños con TDAH prevaleció cierto recelo al proponérseles que asistieran a un taller para padres. Esto podría deberse a que, como se encontró en el estudio, manejan la creencia irracional de sentirse “malos padres” al no poder controlar las conductas de sus hijos. Por lo mismo solamente fue posible incluir dos estudios de caso en la presente investigación. Otra limitante radicó en el

hecho de que al incluir solamente dos estudios de caso, los resultados podrían no ser generalizables.

incluir dos estudios de caso en la presente investigación. Otra limitante radicó en el hecho de que al incluir solamente dos estudios de caso, los resultados podrían no ser generalizables para la población guatemalteca.

C. Objetivos

1. Objetivo general:

- Describir la eficacia clínica de la terapia cognitiva en padres de niños con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en Guatemala.

2. Objetivos específicos:

- Comparar los resultados obtenidos en pacientes guatemaltecos con otros estudios.
- Dar a conocer los beneficios de la Terapia Cognitiva.
- Entrenar a los padres en el uso de técnicas de modificación de conducta y de terapia cognitiva.
- Motivar a los padres a fomentar el autocontrol en sus hijos, para reducir las conductas impulsivas/ agresivas.
- Generalizar el uso de las técnicas aprendidas en los ambientes/ ámbitos de la vida del niño.

D. Instrumento

Los participantes llenaron un consentimiento informado, en el cual accedieron a participar en el presente estudio.

Para la evaluación previa y posterior al tratamiento se utilizaron dos pruebas: la Escala Clínica de Impresión Global de Gravedad y de Mejoría (Clinical Global Impression- CGI) y el Perfil de Atención del Niño (Child Attention Problems scale- CAP), cuyos resultados se obtuvieron a partir del criterio del terapeuta y de las observaciones de los padres.

La escala CGI (por sus siglas en inglés) fue desarrollada por W. Guy en 1976, y se utiliza generalmente para medir la eficacia de tratamientos psicofarmacológicos para condiciones psiquiátricas. Consta de dos subescalas: Gravedad o Severidad

Inicial, que consta de un solo ítem con ocho posibles respuestas que se puntúan desde 0 (no evaluado) hasta 7 (pacientes más gravemente enfermos), y la de Mejoría Final, un solo ítem con 8 posibles respuestas, que se puntúan desde 0 (no evaluado) hasta 7 (mucho peor).

El Perfil de Atención del Niño (CAP por sus siglas en inglés), que es una escala breve utilizada para monitorear la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas y/ o psicofarmacológicas. Fue desarrollada por C. Edelbrock en 1986, derivada de la Escala de Reporte del Maestro (Teacher Report Form), en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Massachussets. Consiste en cinco ítems característicos de la hiperactividad y siete de inatención. Los resultados permiten definir si el niño tiene síntomas de hiperactividad y/o de inatención.

E. Participantes

Se llevó a cabo la revisión de dos estudios de caso que cumplieron con los requisitos siguientes: hijo(a) diagnosticado(a) con TDAH cuya edad estuviera comprendida entre los 3 y los 17 años de edad; no padecer de ningún otro trastorno psicológico ni enfermedad neurológica y estar dispuestos a terminar el tratamiento.

F. Variables

1. Descripción de variables:

Variable dependiente: Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

Variable independiente: Eficacia de la terapia cognitiva

2. Definición conceptual de las variables

a. Terapia cognitiva

Es un tipo de psicoterapia que sostiene que la percepción y estructura de las experiencias del individuo (su forma de pensar, las cogniciones) determinan sus pensamientos y conducta. La cognición se refiere a la valoración de los acontecimientos que hace el individuo, de forma consciente o inconsciente, a través de la cual juzgará eventos futuros (Beck, 1981).

b. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Puede presentarse de tres formas diferentes: tipo predominantemente inatento, tipo predominantemente impulsivo/ hiperactivo o tipo combinado. Entre las características más comunes se encuentran: la distracción (pobre atención sostenida), la impulsividad (falta de autocontrol) y la hiperactividad (actividad física excesiva e imparable). Además, estas conductas debían ser excesivas y persistentes, haber aparecido antes de los 7 años de edad y continuar por al menos 6 meses, y crear un impedimento real en al menos 2 áreas de la vida de la persona (escolar, familiar, laboral o social) para considerarse criterios de diagnóstico (APA, 2000:88- 89).

c. Eficacia

Implica la duplicabilidad y generalización de los resultados.

Se midió a través de la reducción o desaparición de los síntomas del TDAH que presentó el niño, comparando los niveles antes y después de la terapia para padres.

G. Diseño del estudio

Es una investigación cualitativa y descriptiva que incluye un análisis retrospectivo de dos casos atendidos en clínica por el Dr. Emilio Quinto.

H. Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de los cambios en los síntomas del TDAH que presentó el niño tanto en las evaluaciones previas y posteriores al tratamiento, como por medio de comentarios de los padres y las observaciones del terapeuta.

A continuación se describen las sesiones realizadas con los padres de los niños con TDAH que asistieron a terapia con el Dr. Emilio Quinto. Esta descripción incluye los objetivos planteados para cada una de las sesiones, las técnicas empleadas, los comentarios relevantes de los padres, las observaciones del terapeuta y los resultados obtenidos.

CASO No. 1

DATOS GENERALES

F es un adolescente de 14 años que cursa actualmente primero básico. Vive con sus padres y sus tres hermanos.

MOTIVO DE CONSULTA

La madre de F refiere que el adolescente ha tenido problemas académicos y conductuales. Actualmente acude a terapia con una psicóloga, quien refirió a los padres de F para terapia familiar para padres de niños con TDAH.

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

F fue descrito por su madre como distraído desde pequeño; sin embargo refirió que las dificultades académicas del adolescente se acentuaron, ya que en el grado que cursaba (primero básico), perdió entre 6 y 7 clases por bimestre. En el colegio le asignaron ayudas remediales, pero F no entregaba las tareas y las notas para las mismas.

HISTORIA PSICOPATOLÓGICA

Se realizaron varias evaluaciones psicológicas a F con anterioridad, en las cuales se determinó que posee un potencial normal alto, y según indicó la madre, se le calificó como “inteligente”.

F ha manifestado una conducta agresivo- irritable, por lo que llevaba dos meses de terapia con una psicóloga. Fue reevaluado, y se determinó que poseía un Coeficiente Intelectual (CI) dentro de la categoría Promedio Alto. En su diagnóstico, la psicóloga estableció que existía un manejo emocional inadecuado, y que F padecía de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

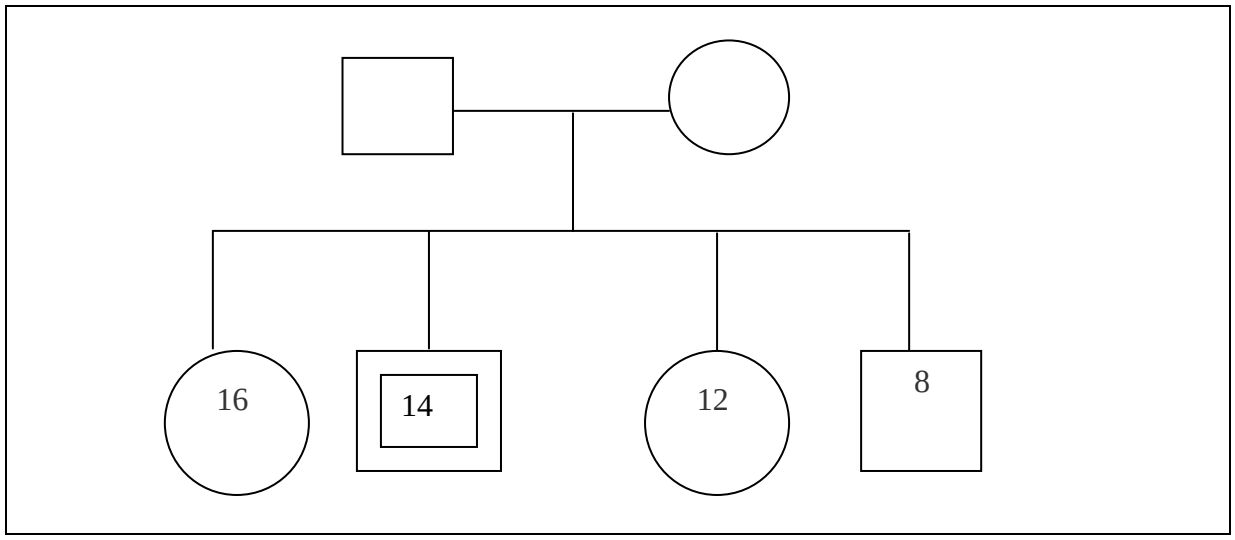
F, de 14 años, es el segundo hijo del matrimonio; tiene dos hermanas de 16 y 12 años y un hermano de 8 años de edad. La madre refirió que F comenzó a caminar al año 1 mes y aprendió a controlar sus esfínteres a los tres años.

HISTORIA MÉDICA

F padece de estreñimiento crónico y alergias.

GENOGRAMA FAMILIAR

Gráfico 2. Genograma de F



EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

La madre de F aparentaba ser muy controladora; estuvo muy al pendiente del niño desde que era pequeño, vigilando que hiciera las tareas y que estudiara para los exámenes. Sin embargo, debido a la enfermedad de su padre (abuelo de F) 3 años antes, indica que ya no le proporcionó ayuda a F, y desde entonces él debió comenzar a estudiar solo.

CURSO DEL TRATAMIENTO

Sesión 1: 28 de Septiembre de 2004

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Educar a los padres en lo relativo a las causas e implicaciones del TDAH en el niño.
2. Dirigir a los padres en la identificación de causas para el TDAH que puedan existir en su familia.

3. Motivar a los padres a eliminar dichas causas.

Se logró la definición de los objetivos del programa; los padres identificaron 3 problemáticas de conducta exhibidas por F sobre las cuales deseaban centrar el trabajo: su variabilidad emocional “A veces es cariñoso y después se encierra”, la pasividad ante tareas escolares “No se preocupa por entregar trabajos o estudiar” y las peleas constantes con su hermana.

Como tarea, se pidió a los padres que llenaran el folleto de perfiles de las características del padre y del niño para determinar factores predisponentes, así como la implementación de un espacio de tiempo en el hogar para compartir a solas con F. Se les recomendó que utilizaran reforzadores verbales ante las faltas que cometiera el adolescente.

Sesión 2: 16 de Octubre de 2004

Se partió de los siguientes objetivos:

1. Educar a los padres para identificar la interacción familiar.
2. Motivar al padre a enfocar su atención en las conductas positivas e ignorar las negativas.
3. Solicitar a los padres a poner atención en estas diferencias en el transcurso de la siguiente semana.
4. Inicio de establecimiento de una interacción positiva entre padres e hijo.

La madre pudo identificar y diferenciar las conductas del niño. Se le aplicó el Perfil de Atención del niño (CAP, por sus siglas en inglés), en el cual debía calificar ciertas características de la conducta de su hijo. Sus resultados permitieron determinar que F padecía de TDAH predominantemente inatento.

Como tarea, se pidió a los padres que comenzaran a implementar los períodos de tiempo especiales con el adolescente, llevando un registro de los mismos.

Sesión 3: 4 de Diciembre de 2004

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Entrenar a los padres en el uso efectivo de estrategias de atención para aumentar la obediencia inmediata del adolescente de las órdenes de los padres.
2. Incrementar la efectividad de las órdenes o mandatos parentales al exigir la obediencia del niño.
3. Aumentar la utilización de estrategias de atención efectivas para la obediencia independiente del adolescente.
4. Promover el monitoreo parental de las conductas del niño en el hogar y en

otros ambientes.

Los padres indicaron que hubo un incremento de las conductas desafiantes del adolescente: le pegó a su hermana menor y le tiró un doble litro a la madre porque no le había comprado lo que el quería. El terapeuta promovió la reflexión de los padres acerca del sistema de comunicación en casa, para determinar si estaba siendo efectiva. Se estableció que la madre se limitaba a dar órdenes, mientras el adolescente se limitaba a pedir o hacer exigencias.

Como tarea, se asignó a los padres la responsabilidad de comenzar con la atención positiva hacia conductas de obediencia por medio de reforzadores y el practicar técnicas de comunicación, especialmente el dar órdenes o mandatos efectivos.

Sesión 4: 11 de Diciembre de 2004

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Establecer un sistema formal de privilegios para premiar la obediencia, por medio de la implementación del sistema de puntos en el hogar.
2. Incrementar la atención parental hacia la obediencia del adolescente y conductas sociales apropiadas.
3. Disminuir la arbitrariedad en la administración de privilegios.

Los padres indicaron que aún se les dificultaba el proporcionar reforzamiento ante las conductas positivas del adolescente. Se introdujo la técnica del tiempo fuera (conocida como “time out” en inglés).

Se discutió con los padres acerca de las ventajas de establecer un sistema de puntos a través del cual se motivaría al adolescente a presentar ciertas conductas positivas para ganar privilegios determinados. Los padres, con la ayuda del terapeuta, realizaron una lista de privilegios que resultarían atrayentes para el adolescente con el costo en puntos de cada uno, y otra lista de tareas con las que debería cumplir para ganar puntos.

Como tareas, los padres deberían continuar con la implementación de los métodos aprendidos previamente, y comenzar con la ejecución del sistema de puntos.

Sesión 5: 8 de Enero de 2005

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Introducir el uso de penalizaciones en el sistema de puntos para la desobediencia y conductas sociales inadecuadas.
2. Entrenar a los padres en la utilización del método de tiempo fuera, como

castigo para determinadas conductas maladaptativas.

Hubo una implementación tardía en el sistema de puntos, pero les pareció ser efectivo debido a que refirieron que el adolescente estuvo tranquilo. Sin embargo, confesaron no haber llevado un conteo estricto de los puntos, confiando en lo que el adolescente les decía. El terapeuta hizo énfasis en la importancia de llevar una bitácora del sistema de puntos, y les explicó que en la siguiente semana deberían introducir las penalizaciones dentro del mismo sistema.

Como tareas, los padres deberían implementar el método de penalizaciones conductuales y la técnica de tiempo fuera para solamente una o dos conductas maladaptativas, llevando una bitácora de su uso.

Sesión 6: 22 de Enero de 2005

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Resolver los problemas que los padres hubieran encontrado en la utilización del método tiempo fuera.
2. Extender el uso del tiempo fuera, si fuera necesario, hacia otras reglas u ordenes que hasta ahora hayan sido desobedecidas por el adolescente.

La madre expresó que las dificultades de comunicación estaban persistiendo. F no estaba cumpliendo con las tareas y la madre continuaba con la conducta de reclamar, a lo que el adolescente respondía de manera inadecuada, lo que a su vez repercutía en enojo por parte de la madre. Se hizo ver a los padres la importancia de romper con ese círculo vicioso. Durante la sesión se revisó el programa de puntos y se acordó expandir el contrato de los padres con el adolescente, buscando anticipar futuros problemas.

Se les asignó como tareas el continuar con la utilización del sistema de puntos y llevar la bitácora del uso del método de tiempo fuera.

Sesión 7: 5 de Febrero de 2005

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Entrenar a los padres en la adaptación de los métodos del manejo de conductas del adolescente previamente aprendidos para su uso en lugares públicos.
2. Enseñar a los padres el procedimiento de cuatro pasos para anticipar y reducir conductas maladaptativas en público.
3. Entrenar a los padres en el uso del procedimiento anterior, antes de la transición a mayores actividades en las cuales se podría esperar conductas maladaptativas.

Los padres refirieron que en la última semana les había sido difícil controlar tanto el sistema de puntos como la implementación de las técnicas de reforzamiento de conductas debido a que estuvieron llegando tarde a casa. Comentaron que el adolescente había insistido en que le compraran un “I pod” (aparato para escuchar música).

Se les pidió a los padres como tarea que contactaran a los profesores del adolescente para solicitar un reporte de su conducta en la escuela.

Sesión 8: 18 de Abril de 2005

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Revisar con los padres la naturaleza de cualquier problema de conducta que el adolescente pudiera estar demostrando en la escuela.
2. Dar instrucciones a los padres acerca de los procedimientos para implementar un reporte diario escolar de la conducta del adolescente.

La madre refirió que las conductas desafiantes se habían incrementado, debido a que la novia de F había terminado con él, y el adolescente se había ido en contra de su hermana pequeña, pegándole en la boca. Los padres implementaron adecuadamente el sistema de castigos quitándole las salidas por un mes.

El terapeuta pudo inferir que la madre estaba desarrollando siendo afectada emocionalmente por el comportamiento del adolescente, ya que inconscientemente estaba trasladando este conflicto hacia sí misma. Esto se pudo determinar cuando ella comentó estarse sintiendo insegura de sí misma, calificándose como gorda y fea.

El terapeuta recomendó a la madre que hablara claro con F acerca del sexo y de las relaciones sentimentales con muchachas.

Se le pidió a la madre que continuara aplicando todos los métodos previamente aprendidos en este programa, llevando una bitácora con toda la información acerca de la implementación de estas técnicas y sus resultados.

Sesión 9: 14 de Mayo de 2005

Objetivos:

1. Motivar a los padres a anticipar posibles problemas conductuales futuros que podría presentar su hijo y como podrían utilizar los métodos aprendidos para manejarlos.
2. Preparar a los padres para la finalización de la terapia, si no fuera necesario utilizar otro tipo de tratamiento con esta familia.

La madre refirió que habían enfrentado ciertas dificultades para poner en práctica las técnicas, en especial la de resolución de problemas (tiempo fuera y sistema de puntos). Comentó que continuaban los problemas de disciplina del niño, quien se estaba oponiendo a continuar su terapia psicológica. En esta sesión se revisaron las estrategias de comunicación asertiva y de escucha activa.

Como tarea, se recomendó a los padres poner en práctica las técnicas de comunicación aprendidas durante la sesión.

Sesión 10: 11 de Junio de 2005

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Revisar la implementación de las técnicas aprendidas y hacer las correcciones que fueran necesarias
2. Determinar en conjunto la necesidad de continuar con el sistema de puntos en casa.
3. Revisar el uso del reporte diario escolar y planificar su discontinuidad cuando sea apropiado.
4. Discutir cualquier necesidad que pudiera tener el niño para comenzar un tratamiento farmacológico y hacer cualquier referencia que sea necesaria para su tratamiento.
5. Reevaluar la naturaleza y grado del desorden de conducta maladaptativa del niño después del tratamiento.

Se llevó a cabo una práctica de comunicación entre la madre y F, cuyo tema giró alrededor de la dificultad que habían encontrado para entablar conversaciones entre ellos debido a que F escucha su “I pod” sin importarle cuando sus padres le hablaban. Se explicó a los padres que el programa ya había sido completado, y en conjunto se determinó la necesidad de continuar por dos sesiones más el proceso para revisar los resultados del mismo.

Como tarea, se les instruyó para poner en práctica estas técnicas de comunicación.

Sesión 11: 9 de Julio de 2005

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Revisar la implementación de las métodos aprendidos en el programa
2. Determinar la efectividad de las técnicas de comunicación reforzadas en la sesión anterior

La madre expresó que continuaba con la dificultad de controlar a su hijo,

comentando que en una ocasión no aparecía F y ella llamó preocupada a todos sus amigos. El terapeuta trabajó con ella la identificación de creencias irracionales.

Sesión 12: 10 de Septiembre de 2005

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Establecer una sesión entre los padres, hijo y el terapeuta
2. Supervisar la implementación de los métodos aprendidos en el programa
3. Proporcionar retroalimentación a los padres acerca de la implementación del programa

En esta sesión participaron tanto los padres como el adolescente.

F pudo expresar algunos de sus pensamientos automáticos, diciendo que para él era "injusto porque antes de castigarme deberían ver mi punto de vista".

Fue una sesión de retroalimentación, en el que se recordaron algunas de las dificultades encontradas y las notables soluciones puestas en práctica por los padres. Se enfatizó en la necesidad de continuar con el manejo del enojo, especialmente por parte de la madre.

RESULTADOS CASO 1:

Cuadro 4. Técnicas aplicadas en el caso de F

Técnica	Ejemplo relevante	Sesión en que se aplicó
Entrenamiento en comunicación	Se le habla al niño, pero él sigue escuchando música	3, 9, 10 y 11
Estándar doble	Todas las personas que no logran dominar una situación son gordas y feas?	8
Resolución de problemas	Implementación de la técnica de tiempo fuera y el sistema de puntos	4 y 5
Modelamiento	El terapeuta modeló las técnicas de comunicación	10
Practica de conducta	Practica de comunicación entre madre e hijo	10
Entrenamiento en asertividad	Cambiar la forma de dar mandatos	3, 6, 8 y 9
Entrenamiento en escuchar activamente	Determinar por qué el adolescente no quiere continuar con su terapia	3 y 9
Identificación de pensamientos negativos	La madre dice sentirse gorda y fea	8 y 11
Calificar el grado de creencia en el pensamiento y la emoción asociada con el mismo	F no aparecía, la madre llamó a todos sus amigos	8 y 11

Cuál es la evidencia	La madre dice sentirse gorda y fea	8
Tiempo fuera	Aplicación de esta técnica para la resolución de problemas	4 y 5
Sistema de puntos	Lista de tareas y privilegios	4 y 6
Metas conductuales	Se identificaron tres conductas problemáticas como objetivos para el programa	1, 2 y 6
Manejo del enojo	La madre debió aprender a controlar sus emociones	6 y 12
Explicación alterna	F no aparecía, la madre pensó lo peor	11

Resultados en las escalas:

Cuadro 5. Resultados de F en la escala CGI

Severidad inicial (inicio del tratamiento)	**Mejoría final (final del tratamiento)**
4- Moderadamente enfermo	2- Moderadamente mejor

Cuadro 6. Resultados de F en el Perfil de Atención del Niño (CAP)

Al inicio del tratamiento	**Al finalizar el tratamiento**
16- Comportamiento calificado como Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	14- Comportamiento dentro del promedio

Cuadro 7. Diagrama de conceptualización cognitiva de la madre de F:

SITUACIÓN 1	SITUACIÓN 2	SITUACIÓN 3
Su hijo le tiró un doble litro	Cuando trata de hablar con F, él escucha música, sin ponerle atención	Cuando la novia termino con F, él le pegó a la hermana en la cara
↓		
PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO
No lo puedo controlar	Es imposible tratar de hablar con él	No sé qué hacer, soy incapaz de controlar a mi hijo
↓		

SIGNIFICADO	SIGNIFICADO	SIGNIFICADO
Desamparo	Desamparo	Desamparo
↓		
EMOCIÓN	EMOCIÓN	EMOCIÓN
Enojo, cólera, tristeza,	Enojo, tristeza, impotencia	Tristeza, impotencia

HISTORIA PASADA RELEVANTE
Enfermedad y muerte del padre, esposo sin trabajo: dificultades económicas,

CREENCIA NUCLEAR
Soy incapaz de solucionar la situación, me siento fracasada, sin control de la situación.

REGLAS, CREENCIAS, PRESUNCIONES
Positivas: Si soy lo suficientemente sabia para enfrentar la situación, todo se solucionará Si puedo controlar a mis hijos, soy una buena madre
Negativas: Si yo no soy capaz de enfrentar la situación, el problema persistirá Si no puedo controlar a mis hijos, soy mala, gorda y fea

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS
Dar órdenes, exigir, gritar, huir, aislarse

CASO No. 2

DATOS GENERALES

K es una niña de 5 años que vive con sus padres y sus tres hermanos.

MOTIVO DE CONSULTA

K asiste a terapia con una psicóloga, quien refirió a los padres a terapia familiar para padres con niños que padecen de TDAH y del Trastorno Oposicional Desafiante.

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

La niña comenzó a asistir al colegio a los 2 años y medio, y desde entonces manifestó conductas maladaptativas de agresividad y auto agresión.

En abril de 2003 se empezó a arrancar las cejas y las pestañas (tricotilomanía) y a manifestar variaciones de conducta. Presentaba conductas de agresión e impulsividad tanto en el colegio como en el hogar.

HISTORIA PSICOPATOLÓGICA

Desde los 2 años y medio de edad, la niña comenzó a manifestar conductas maladaptativas de auto- agresión, agresividad, desobediencia y de actividad excesiva. Fue evaluada por una psicóloga, quien la diagnosticó con el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y con baja autoestima. En ese entonces, el colegio la refirió con otra psicóloga para el manejo de emociones.

Los padres la llevaron a evaluar a Houston, en donde le realizaron varios exámenes, entre ellos una resonancia magnética y un encefalograma, cuyos resultados estaban dentro de lo normal. Fue diagnosticada como superdotada y con TDAH.

En abril de 2003 comenzó a arrancarse las cejas y las pestañas y a manifestar variaciones en su conducta, y un mes después empezó un tratamiento farmacológico con Ritalina. Desde esa fecha las conductas de agresividad física e impulsividad se habían incrementado.

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

K, de 5 años de edad, es la primera de 4 hijos del matrimonio A. La madre refirió que el crecimiento y desarrollo fue acelerado en ella. Cuando K tenía 10 meses, su madre dejó de trabajar e implementó una rutina muy clara para la niña, durante la cual pudo notar que era muy activa.

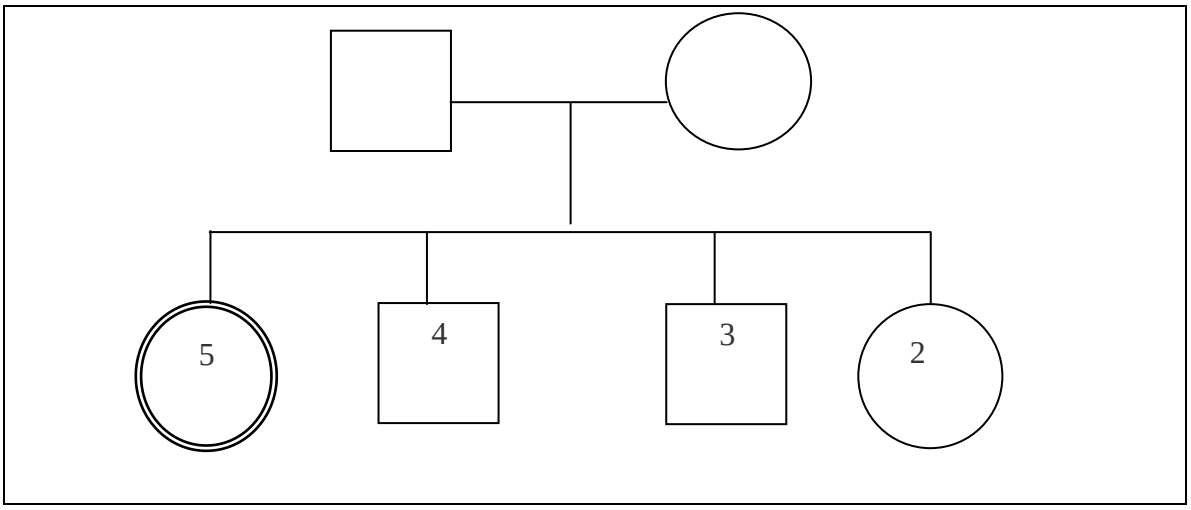
HISTORIA MÉDICA

K ha padecido de alergias alimenticias y ambientales y sinusitis. Cuando se comenzó el programa, K estaba siendo medicada con Ritalina. La madre comentó

que existe el antecedente de 3 tíos maternos que también habían sido medicados con Ritalina.

GENOGRAMA FAMILIAR

Gráfico 3. Genograma de K



EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

La madre de K se mostró preocupada por brindar a su hija un ambiente en el que pudiera desarrollar su potencial intelectual. Sin embargo, podría estarse comportando muy controladora con la niña.

CURSO DEL TRATAMIENTO

Sesión 1: 01 de Septiembre de 2003

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Educar los padres en lo relativo a las causas e implicaciones del TDAH en la niña.
2. Dirigir a los padres en la identificación de causas para el TDAH que puedan existir en su familia.
3. Motivar a los padres a eliminar dichas causas.

Se trabajó con la madre la definición de los objetivos de la terapia; la madre expresó la necesidad de trabajar la tricotilomanía y la conducta disruptiva que la

niña manifestaba en casa.

Se revisó la definición de TDAH y las implicaciones que conlleva. La madre demostró manejar adecuadamente esta información, debido a que la niña ya había sido diagnosticada con TDAH anteriormente. Por lo tanto, el terapeuta decidió abordar el segundo paso del programa de Barkley, en el cual se le enseñó a la madre a enfocar su atención en las conductas positivas, ignorando las negativas.

Se aplicó la escala Impresión Clínica Global (CGI) y el Perfil de Atención del Niño (CAP) para contar con datos previos al tratamiento.

Se le pidió a la madre como tarea que llenara los folletos de perfiles de las características del padre y del niño para determinar factores predisponentes del TDAH en su caso. También se le indicó que debería poner en práctica la técnica de la atención, implementado un tiempo especial para compartir con la niña.

Sesión 2: 10 de Octubre de 2003

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Entrenar a la madre en el uso efectivo de estrategias de atención para aumentar la obediencia de la niña hacia los mandatos que se le dieran.
2. Incrementar la efectividad de las órdenes o mandatos parentales al exigir la obediencia de la niña.

Se trabajó el paso 3, abarcando tanto técnicas para aumentar la obediencia en la niña, recomendaciones para dar órdenes más efectivas, usando frases simples y tono de voz firme, así como la importancia de utilizar elogios y reforzadores positivos para las conductas adecuadas que exhibiera K.

La madre comentó que la niña había disfrutado del tiempo de juego que habían implementado para compartir momentos juntas. Indicó además que K no se había arrancado más las pestañas, pero continuaba arrancándose el cabello de la cabeza.

Como tarea, se le asignó a la madre la puesta en práctica de los elogios y reforzadores ante cualquier conducta adecuada que manifestara K, y continuar con la implementación de las técnicas aprendidas anteriormente, en especial las recomendaciones sobre cómo mejorar las órdenes para la niña.

Sesión 3: 30 de Octubre de 2003

Los objetivos para esta sesión fueron:

1. Aumentar la utilización de estrategias de atención efectivas para la obediencia independiente de la niña.

2. Promover el monitoreo parental de las conductas de la niña en el hogar y en otros ambientes.

Se trabajó la segunda parte del paso 3 del programa, instruyendo a la madre a promover el juego independiente de la niña.

Se le pidió a la madre que continuara con la implementación de las técnicas aprendidas, introduciendo la revisada en esta sesión.

Sesión 4: 14 de Noviembre de 2003

Los objetivos para esta sesión fueron:

1. Establecer un sistema formal de privilegios para premiar la obediencia, por medio de la implementación del sistema de fichas en el hogar.
2. Incrementar la atención parental hacia la obediencia de la niña y conductas sociales apropiadas.
3. Disminuir la arbitrariedad en la administración de privilegios.

La madre refirió que la conducta oposicional de K se había incrementado, ya que se había estado mostrando retadora. En una ocasión había cacheteado a su hermano pequeño porque este no le había dado cereal, y en el colegio le había jalado el pelo a dos niños.

Se sugirió a la madre el inicio de la utilización de un sistema de fichas en el hogar, para promover conductas adecuadas en K. Con la ayuda del terapeuta, se elaboró una lista de tareas que la niña debería realizar y otra de los privilegios que podría ganar.

Como tarea, la madre debería implementar el sistema de fichas en casa durante dos semanas para determinar su efectividad, mientras continuaba utilizando los métodos aprendidos anteriormente.

Sesión 5: 15 de Abril de 2004

Los objetivos planteados para esta sesión fueron:

1. Revisar el caso y determinar si se habían producido cambios en la conducta de la niña.
2. Evaluar la necesidad de recomenzar el programa o si sería posible retomarlo desde donde se había llegado.

Debido a una ausencia de 5 meses de la terapia, el terapeuta decidió evaluar el caso para determinar si sería necesario recomenzar o si se podría retomar desde el último paso abarcado.

La madre explicó que se le había dificultado continuar con el proceso debido a varios factores, como la renuncia de la sirvienta y los problemas para encontrar

un reemplazo, así como viajes continuos del esposo que lo obligaban a permanecer ausente por varios días.

Aseguró haber implementado durante ese tiempo las técnicas que había aprendido en el programa, y afirmó su deseo de continuar con el programa. Sin embargo, comentó que las dificultades en casa estaban empeorando, debido a que sus hijos más pequeños habían comenzado a imitar las conductas inadecuadas de K. También reportó que K estaba presentado algunas conductas compulsivas. Expresó que sentía la relación madre- hija "por los suelos".

Como tarea, se le pidió que retomara las técnicas aprendidas anteriormente.

Sesión 6: 29 de Abril de 2004

El objetivo de esta sesión fue:

1. Evaluar la efectividad de aplicación de las técnicas aprendidas por la madre.

La madre reportó cierta dificultad en la implementación de la técnica para fomentar el juego independiente, argumentado haberlo intentado pero que no había tenido el tiempo suficiente. Comentó que en el colegio le indicaron no ver ningún progreso positivo con el cambio de medicamento a Concerta, y le indicaron que la conducta de K se había vuelto mas agresiva.

Se instruyó a la madre que, como tarea, debería utilizar la técnica para fomentar el juego independiente de K.

Sesión 7: 21 de Mayo de 2004

El objetivo de esta sesión fue:

1. Determinar si han ocurrido cambios de conducta positivos en K.

Se logró determinar que se habían producido cambios leves en la conducta de la niña; la madre comentó que ella había salido de viaje, y a su regreso le habían indicado que la niña se había comportado adecuadamente en el hogar. Sin embargo, un día antes de esta sesión, había hecho un berrinche largo e injustificado.

La madre comentó estar preocupada por la pobre relación social de K, ya que no tenía amigas.

El terapeuta le indicó a la madre que iba a ser necesario introducir a K en la utilización de conductas adaptativas para fomentar relaciones sociales positivas desde esa semana.

Como tarea, la madre debería poner en práctica a través del modelamiento conductas socialmente aceptadas. También debería reforzar la socialización de la niña con la ayuda de cuentos infantiles y películas como “El patito feo”.

Sesión 8: 4 de Junio de 2004

Los objetivos para esta sesión fueron:

1. Evaluar la efectividad de las habilidades sociales que la madre debería transmitir a la hija a través del modelamiento.
2. Determinar la posibilidad de retomar el programa de Barkley, para abarcar el paso 5 (técnica de tiempo fuera).

La madre comentó que K había presentado más berrinches en casa; se determinó que estas conductas se debían a la poca tolerancia a la frustración de la niña. Explicó haber perdido la paciencia.

El terapeuta introdujo la técnica de “coaching”, que consiste en dar órdenes simples, con cierto límite de tiempo y el uso de reforzadores.

Se retomó el programa de Barkley en el paso 5, explicando la técnica de tiempo fuera.

Como tarea, la madre debería implementar ambas técnicas; el “coaching” para todas las conductas en general, tanto adecuadas como inadecuadas, y el time out para dos conductas específicas.

Sesión 9: 24 de Junio de 2004

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Resolver los problemas que los padres hubieran encontrado en la utilización del método tiempo fuera.
2. Extender el uso del tiempo fuera, si fuera necesario, hacia otras reglas u órdenes que hasta ahora hubieran sido desobedecidas por la niña.

La madre refirió que el tiempo fuera estaba siendo efectivo, pero no había puesto en práctica la técnica de “coaching”. Comentó su deseo de estudiar una Maestría Familiar.

También refirió sobre un incidente con el abuelo paterno de K debido a que le había reclamado acerca de la forma de educar a la niña. El terapeuta recomendó a la madre compartir con su familia acerca de las técnicas de manejo de conducta que estaba aprendiendo para que el sistema de disciplina fuera consistente.

Como tarea, instruyó a la madre a llevar un registro del uso del tiempo fuera y se le insistió en la importancia de practicar el “coaching”.

Sesión 10: 12 de Julio de 2004

Para esta sesión, los objetivos fueron:

1. Entrenar a la madre en la adaptación de los métodos del manejo de conducta previamente aprendidos para su uso en lugares públicos.
2. Enseñar a los padres el procedimiento de cuatro pasos para anticipar y reducir conductas maladaptativas en público.
3. Entrenar a los padres en el uso del procedimiento anterior, antes de la transición a mayores actividades en las cuales se podría esperar conductas maladaptativas.

K continuó demostrando conductas de desobediencia. La madre explicó que no había podido cumplir con el uso de las técnicas a cabalidad, debido a que su padre (abuelo de K) había fallecido, lo que la obligó a salir de viaje. Comentó que el abuelo paterno de K había continuado a criticarla en cuanto a la disciplina de K, y cuando ésta se había negado a seguir órdenes, el abuelo le había pegado una nalgada. Agrego que su hijo pequeño comenzó a exhibir conductas maladaptativas, especialmente el gritar para todo.

Como tarea, se le pidió a la madre que continuara con la implementación del "coaching" con un límite de tiempo determinado y el uso de reforzadores tanto positivos (elogios) como negativos (perdida de privilegios).

Sesión 11: 5 de Agosto de 2004

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Revisar con los padres la naturaleza de cualquier problema de conducta que la niña pudiera estar demostrando en la escuela.
2. Dar instrucciones a los padres acerca de los procedimientos para implementar un reporte diario escolar de la conducta de la niña.

El comportamiento de K había mejorado relativamente, presentando berrinches y frustraciones ocasionales, pero continuaba golpeando a los hermanos pequeños. Sin embargo, la madre había sido consistente en la implementación de las técnicas, como la pérdida de privilegios ante conductas inadecuadas, el "coaching" y el uso de tiempo fuera en lugares públicos.

Se trabajó para reforzar la verbalización de las frustraciones sin gritar, y se recomendó a la madre que transmitiera esta técnica a la niña por medio del juego de roles y el uso de títeres.

Como tarea, la madre debería poner en práctica el reporte diario escolar y fomentar la verbalización en la niña por medio de juego de roles y el uso de títeres.

Sesión 12: 2 de Octubre de 2004

Como objetivo de esta sesión se pretendía:

1. Motivar a la madre a anticipar posibles problemas conductuales futuros que podría presentar su hija y como podrían utilizar los métodos aprendidos para manejarlos.

La madre refirió que la tricotilomanía se había incrementado. En el colegio, las calificaciones de la niña habían aumentado.

Sesión 13: 22 de Octubre de 2004

El objetivo de esta sesión fue:

1. Determinar la necesidad de medicación psicofarmacológica de la niña para la tricotilomanía.

El psiquiatra decidió iniciar la medicación con Sertraline (25 mgs. al día) para el tratamiento de la tricotilomanía.

Sesión 14: 11 de Noviembre de 2004

El objetivo de esta sesión era:

1. Revisar la efectividad de la terapia psicofarmacológica.

Se aumentó la dosis de Sertraline, debido a que la niña había mantenido la conducta de tricotilomanía.

Sesión 15: 22 de Noviembre de 2004

Los objetivos de esta sesión fueron:

1. Revisar el curso de la terapia psicofarmacológica
2. Determinar la necesidad de referir a la niña

Se cambió a Stratera (10 mgs.) y se aumento la dosis de Serolux a ¼ de tableta de 50 mgs. al día.

La madre refirió que había decidido rapar la niña. Comentó que la conducta probablemente había comenzado dos años antes cuando la niña se quitaba las pestañas y cejas.

Se revisaron diferentes estrategias farmacológicas y la posibilidad de referir a la niña a Estados Unidos.

Seguimiento del caso

- Se determinó la necesidad de trabajar con K por medio de terapia de juego, enfocada a disminuir la tricotilomanía y a reforzar habilidades sociales.
- Se continuó con el tratamiento psicofarmacológico.
- Se siguió reforzando con la madre las técnicas aprendidas con el programa de Barkley.
- La tricotilomanía se mantuvo en tiempo e intensidad.
- K continuó mostrando conductas maladaptativas de agresividad, en especial en el colegio. Sin embargo, parecían menos impulsivas y más premeditadas.

RESULTADOS CASO 2:

Cuadro 8. Técnicas aplicadas en el caso de K.

Técnica	Ejemplo relevante	Sesión en que se aplicó
Entrenamiento en comunicación	Entrenamiento en cómo dar mandatos efectivos (órdenes simples, claras y concretas)	2, 11
Resolución de problemas	Se instruyó a la madre a poner atención a las conductas positivas de K, ignorando las negativas	1, 2, 3, 8, 10
Modelamiento	Cómo proveer elogios	3, 7, 11
Práctica de conducta	Conductas socialmente aceptadas (fomentar las relaciones sociales)	7, 11
Entrenamiento en asertividad	Verbalización de la frustración sin recurrir a gritos	7, 11
Identificación de pensamientos negativos	La madre comentó sentir que su relación madre-hija estaba por los suelos	5
Calificar el grado de creencia en el pensamiento y la emoción asociada con el mismo	Identificación de creencias relacionadas con el sentimiento de una pobre relación madre- hija	5
Tiempo fuera	Utilizada para corregir la conducta de desobediencia de K	8, 9
Sistema de fichas	Lista de tareas y privilegios	4
Metas conductuales	Determinación los objetivos de la terapia	1
Coaching	Dar órdenes simples, con límite de tiempo, utilizando reforzadores para las conductas exhibidas por la niña	8, 9, 10
Juego de roles	Fomentar la comunicación, verbalización de emociones	11

Resultados en las escalas:

Cuadro 9. Resultados de K en la Escala CGI:

Severidad inicial (inicio del tratamiento)	**Mejoría final (final del tratamiento)**
5- Marcadamente enfermo	3- Levemente mejor

Cuadro 10. Resultados de K en el Perfil de Atención del Niño (CAP)

Al inicio del tratamiento	**Al finalizar el tratamiento**
13- Comportamiento calificado como Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	10- Comportamiento dentro del promedio (en el límite con TDAH)

Cuadro 11. Diagrama de conceptualización cognitiva de la madre de K.

SITUACIÓN 1	SITUACIÓN 2	SITUACIÓN 3
K se arranca el pelo de la cabeza	Los hijos pequeños imitan las conductas inadecuadas de K	K no tiene amigas
↓		
PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO
Soy incapaz de controlar a mi hija	No los puedo controlar, soy mala madre	Nadie quiere a mi hija
↓		
SIGNIFICADO	SIGNIFICADO	SIGNIFICADO
Desamparo	Desamparo	Desamparo
↓		
EMOCIÓN	EMOCIÓN	EMOCIÓN
Tristeza, preocupación, angustia, impotencia	Tristeza, cólera, angustia	Tristeza, impotencia

HISTORIA PASADA RELEVANTE
Esposo ausente por el trabajo. Muerte de su padre (abuelo de K).

CREENCIA NUCLEAR
No puedo controlar a mis hijos, soy una madre fracasada

REGLAS, CREENCIAS, PRESUNCIONES
Positiva: Si puedo controlar a mis hijos, soy una buena madre
Negativa: Si no puedo controlar a mis hijos, soy mala madre

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS
Evadir las situaciones, aislarse, delegar el cuidado de los hijos (sirvientas)

IV. DISCUSIÓN

Este estudio presentó el análisis de dos casos retrospectivos de terapia cognitiva dirigida a padres de niños con TDAH. Se ha determinado que para que el tratamiento de niños con TDAH sea efectivo, debe incluir el trabajo directo con los padres para modificar sus estrategias para el cuidado y la disciplina de los niños, con el fin de incrementar los resultados positivos de sus hijos (Pelham *et al.*, 1998 en Chronis *et al*., 2004:1).

En ambos casos se logró la asistencia de la madre a lo largo de las sesiones del programa; no se pudo contar con la asistencia física de los padres a las sesiones, aunque ambas madres afirmaron compartir la información y técnicas aprendidas con sus respectivas parejas. La participación tanto de la madre como del padre es importante porque representa el apoyo de la unidad familiar para el niño, y permite que las estrategias para el cuidado de los niños y la imposición de disciplina sean consistentes (Chronis *et al*., 2004:13).

En el primer caso descrito, el adolescente padecía de Déficit de Atención con Hiperactividad de tipo predominantemente inatento. Entre las problemáticas principales se encontraban las dificultades académicas, conflictos de comunicación con sus padres y conductas de agresividad, en especial con una hermana menor. Por lo mismo, los padres decidieron plantear como objetivos el trabajar la variabilidad emocional de F, su pasividad y las peleas constantes con la hermana. Por su parte, la madre de F era controladora, constantemente daba órdenes a F, además estaba somatizando el estrés que estaba viviendo, lo que afectó su autoestima. Estas conductas exhibidas por la madre también fueron tratadas dentro del marco de la terapia cognitiva, ya que son estresores asociados con patrones disfuncionales de disciplina y el reforzamiento de conductas maladaptativas en los niños (Eberhardt *et al*., 2004:159).

En el transcurso de la implementación de las primeras técnicas de intervención, hubo un incremento en las conductas agresivas de F. Sin embargo, esto podía

esperarse, ya que según explica Barkley (1997b:133), el niño o adolescente quiere probar hasta dónde puede llegar. Por esta razón, es importante que los padres se mantengan firmes y cumplan con las consecuencias que anuncian a sus hijos.

esperarse, ya que según explica Barkley (1997b:133), el niño o adolescente quiere probar hasta dónde puede llegar. Por esta razón, es importante que los padres se mantengan firmes y cumplan con las consecuencias que habían anunciado como respuesta a las conductas maladaptativas (Barkley, 2002:170).

Se pudo determinar además que la madre de F estaba siendo afectada emocionalmente por el conflicto con su hijo, lo que a su vez estaba repercutiendo en su autoestima. Para Barkley en su libro *Niños hiperactivos* (2002:132), los padres de niños con TDAH corren un mayor riesgo de padecer problemas emocionales como consecuencia del estrés familiar que el trastorno puede desencadenar. Quinto (2002:12- 13) explica que la percepción individual está bajo la influencia de creencias subyacentes, que en terapia cognitiva se conocen como pensamientos automáticos, que a su vez se asocian con emociones y provocan el desarrollo de creencias irracionales que afectan el desenvolvimiento del individuo. Se trabajó este aspecto con la madre, quien identificó sus pensamientos automáticos, logrando producir un cambio positivo en sus emociones.

Otro tema central de trabajo fue la comunicación positiva entre padres e hijo. Esta es una característica vital para el programa de Barkley, ya que el niño debe estar adecuadamente informado sobre lo que se espera de él (tareas, conductas adecuadas, etc.) y las consecuencias positivas al cumplirlo y negativas al desobedecer. De esta forma, el niño aprende a controlar sus impulsos y anticipar consecuencias de sus acciones (Barkley, 1997b:124). Se logró que la madre diera órdenes más efectivas y menos frecuentes, lo que a su vez permitió que el adolescente comenzara a expresarse.

También se trabajó el control de las emociones, particularmente del enojo por parte de la madre. Niños y adolescentes en general siguen la tendencia de imitar las conductas de los padres de forma inconsciente (Papalia, 1998: 275-276); por lo que se instruyó a la madre sobre la necesidad de controlar sus emociones para ser un buen ejemplo a imitar, y al mismo tiempo romper el ciclo de conflicto que el descontrol de emociones puede generar en una familia (Barkley, 2002:132- 133).

El sistema de disciplina se pudo establecer en las últimas sesiones de forma efectiva y constante. Al principio se observó una predisposición de los padres a atender a las conductas negativas de los niños sin demostrarle importancia en las

conductas adecuadas. Con el programa, se logró modificar este sistema, enfatizando en la importancia de dirigir la atención positiva hacia conductas adecuadas, lo que permite que el adolescente sienta que es reconocido al obedecer. Esto por sí solo es un reforzador más de las conductas adaptativas (Barkley, 1997b:104).

Los resultados obtenidos con la Escala de Impresión Global Clínica permitieron determinar una mejoría moderada de los síntomas presentados por F en comparación con los resultados antes de la intervención. El Perfil de Atención del Niño también permitió establecer que los síntomas del TDAH disminuyeron, lo que sugiere que el adolescente, por medio de la intervención de los padres, pudo adquirir estrategias de autocontrol y obediencia. Esto nos permite concluir que la terapia cognitiva para padres fue efectiva para el tratamiento de este adolescente con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

En el segundo caso, la niña presentaba un Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad de tipo predominantemente hiperactivo. Entre las problemáticas principales se puede mencionar la dificultad para establecer relaciones sociales, conductas de agresividad y autoagresión, tricotilomanía, impulsividad y pobre relación madre-hija.

Según Barkley (2002) los niños con TDAH, especialmente antes de los 6 años de edad, tienden a mostrar dificultades para entablar relaciones sociales. Estas dificultades provienen de la falta de autocontrol de impulsos que experimentan. Al ser más activos que la mayoría de niños, tienden a actuar sin pensar, lo que los lleva a romper reglas incluso en juegos infantiles. La agresividad también puede presentarse como respuesta al rechazo por parte de sus pares (Barkley, 2002:103).

Además del TDAH, la niña presentaba otro trastorno del control de impulsos, la tricotilomanía, que consiste en un impulso incontrolable de arrancarse el cabello (Pérez, 2004:2). Este trastorno se desarrolla normalmente en la infancia, y cuando inicia de forma temprana (3 a 6 años), como en este caso, suele estar derivado de algún evento estresante de carácter vital. No se logró determinar la situación desencadenante de la tricotilomanía en K. La niña asistió a terapia individual con una psicóloga, pero no se contó con estos datos para incluirlos en la presente

investigación. Sin embargo, a lo largo de la intervención con la madre, se trabajó la definición de la problemática (explicación de la tricotilomanía, sus implicaciones y posibles consecuencias) y estrategias de manejo por parte de los padres. Esto se llevó a cabo paralelamente al programa para padres de niños con TDAH de Barkley, ya que las estrategias enseñadas en el programa también eran aplicables a la tricotilomanía (atención positiva, programa de fichas, etc). Sin embargo, al finalizar el programa, se continuó atendiendo a la madre como terapia de apoyo, debido al incremento de la tricotilomanía en la niña. La intervención psicoterapéutica se llevó a cabo en combinación con la utilización de psicofármacos dirigidos a este trastorno; se evaluaron diferentes fármacos y dosis debido a que la intensidad de los episodios fluctuó a lo largo del programa, aunque esa fluctuación es esperada en este trastorno, ya que según Pérez (2004:3), los síntomas tienden a incrementarse incluso habiendo una intervención terapéutica o psicofarmacológica de por medio.

Se le facilitaron a la madre diversas estrategias para manejo de comportamiento inadecuado en la niña. La madre expresó haber enfrentado varias situaciones que le impidieron ponerlas en práctica de forma inmediata, lo que repercutió en el alargamiento del proceso. Sin embargo, el terapeuta también supuso que podría deberse a ciertas estrategias maladaptativas de la madre, debido a las creencias irracionales que estaba manejando (“no puedo controlar a mi hija”), lo que podría haber causado una falta de motivación para implementar las técnicas del programa. Después de trabajar en la identificación de los pensamientos automáticos y las creencias irracionales siguiendo la línea de trabajo propuesta por Quinto (2002), se logró una mayor apertura de la madre hacia el proceso.

Los resultados obtenidos por K en la escala de Impresión Global Clínica sugieren que se logró una leve mejoría al final del programa con los padres. En los resultados del Perfil de Atención del Niño, se observó una mejoría de los síntomas del TDAH, situándose después del tratamiento en el límite con el promedio, es decir cerca de lo esperado para su género. Esto permite concluir que el programa para padres de niños con TDAH provocó una respuesta clínica positiva, ya que hubo una mejoría en la conducta de la niña.

Tanto los casos descritos en el estudio explorativo del Dr. Quinto (2006) como los dos estudios de caso retrospectivos analizados en la presente investigación mostraron una mejoría en las conductas características del TDAH, lo que implica que la terapia cognitiva para padres es efectiva en el tratamiento de niños con TDAH, ya que disminuye la intensidad de las conductas características de dicho trastorno.

V. CONCLUSIONES

Los padres entrenados en el programa de habilidades para el manejo de conductas de los niños han reportado un aumento en las habilidades de cuidado de niños en general, reducción de estrés y una mejoría en la autoestima (Anastopoulos *et al*., 1993 en Barkley, 1997b:4). Las madres participantes reportaron una mejoría en su autoestima y autopercepción.

Se pudo constatar que los padres juegan un papel vital en el desarrollo de los niños, ya que aunque entre las causas del TDAH se encuentran factores de tipo hereditario y biológico, se determinó que es posible mejorar los síntomas y las conductas a través de las técnicas de manejo de conducta, especialmente en cuanto a la disciplina y los reforzamientos tanto positivos como negativos. Estudios indican que los padres pueden disminuir conductas inadecuadas de sus niños en un 20 a 60%. En los casos descritos en el presente estudio, se observó una disminución importante de las conductas características del TDAH.

El programa provocó una reacción en cadena con consecuencias positivas, ya que al proveer a los padres de estrategias efectivas para el manejo de los niños con TDAH, se logró el mejoramiento de los síntomas del mismo, aumentando el autocontrol de los niños, y propiciando un ambiente libre de estrés tanto para los padres y niños con TDAH como para el resto de integrantes de la familia.

La terapia cognitiva permitió además trabajar las cogniciones de los padres, lo que dio como resultado un incremento en la salud emocional de los mismos. Esto permitirá que continúen con el reforzamiento del programa y al mismo tiempo, su conducta servirá como modelos positivos a imitar por los hijos.

Otra ventaja de la terapia cognitiva fue su consistencia y estructura, ya que sigue pasos específicos, lo que permite llevar un orden y una continuidad que resultan efectivos y fáciles de poner en práctica.

La terapia cognitivo conductual para padres demostró ser efectiva para el tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en estos dos casos, ya que se logró una disminución de los síntomas, específicamente de la impulsividad y desobediencia.

Debido a que el TDAH está asociado con dificultades en varios dominios (familiar, social, escolar, etc), muchas veces es necesario complementar el tratamiento con intervenciones escolares, entrenamiento en habilidades sociales y en algunos casos la utilización de psicofármacos (Chronis, 2004:18). Sin embargo, la mayoría de padres prefiere la psicoterapia a la medicación debido a los posibles efectos secundarios; además, por lo general los efectos de los medicamentos estimulantes que se utilizan para el TDAH van disminuyendo durante el día, por lo que incluso los padres de niños que son medicados también se benefician del entrenamiento cognitivo para padres (Eberdhardt *et al*., 2004:159).

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda la utilización de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad debido a la efectividad de los resultados que ha demostrado en estos estudios de caso.

Para fines de la investigación solamente se contó con dos estudios de caso, por lo que es necesario implementar nuevas investigaciones con mayor número de participantes, con el fin de obtener resultados más representativos y así poder generalizar las conclusiones.

Es necesario que los profesionales de la salud contribuyan a la información de la comunidad en general, para que los prejuicios en contra de la psicología disminuyan, ya que se pudo constatar que algunas personas continúan reacias a participar en un programa psicológico por temor a “el qué dirán”, o a enfrentar la realidad.

Se debe dar seguimiento a los participantes del estudio, para supervisar que se continúen con la implementación de las técnicas aprendidas en el programa, ya que no deben discontinuarse. Sin embargo, se espera que al haber sido practicadas por un periodo relativamente largo de tiempo, estas técnicas sean interiorizadas tanto por parte de los padres como de los niños. Esta es otra de las características de la terapia cognitiva: fomenta la reestructuración cognitiva de tal forma que al principio la persona debe utilizar respuestas alternas a los pensamientos de manera voluntaria, pero con la práctica esto se vuelve automático.

Debe notarse que los padres de niños con TDAH también se benefician de esta intervención terapéutica (Chronis *et al*. 2004:19), ya que ésta fue modificada según las necesidades de cada caso, para abarcar la problemática tanto en el hogar como de cada madre en específico.

El terapeuta debe estar pendiente de los alcances y las limitaciones de la intervención terapéutica que está llevando a cabo. En el caso del entrenamiento cognitivo a padres, se debe tomar en cuenta que es efectivo al disminuir las conductas problemáticas, pero es posible que no normalice el comportamiento de los niños con TDAH (Montiel- Nava *et al.*, 2002:204).

Es importante tomar en cuenta que no todas las familias pueden beneficiarse de igual forma con este tipo de terapia, ya que también entran en juego otros factores, como la composición de la familia, presencia de otros trastornos psicopatológicos, etc. (Eberhardt *et al*., 2004:159). Por lo tanto, aunque la terapia cognitiva para padres ha demostrado ser efectiva, se recomienda el diseño de estrategias terapéuticas multimodales, con el objetivo de alcanzar un mayor número de dificultades emocionales y comportamentales que acompañan frecuentemente al TDAH.

Los profesionales de la Psicología que deseen poner en práctica la terapia cognitivo conductual para padres en el tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad deben manejar la teoría referente a dicho trastorno y contar con un entrenamiento adecuado en terapia cognitiva, incluyendo el dominio de las técnicas cognitivo- conductuales y la práctica supervisada. El terapeuta es el responsable de diseñar, implementar y adaptar el abordaje cognitivo específico para cada caso que se presente.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Abikoff, Howard. 1979. «Cognitive training interventions in children: review of a new approach». *Journal of Learning Disabilities*. 12. (2): 65- 77. Recuperado 29 de Marzo de 2005 de la página web: http://search.epnet.com.

Abikoff, Howard. 1991. «Cognitive training in ADHD: less to it than metes the eye». *Journal of Learning Disabilities.* 24. (4): 205- 209. Recuperado el 29 de Marzo de 2005 de la página web: http://search.epnet.com.

Abikoff, Howard. 2001. «Tailored psychosocial treatments for adhd: the search for a good fit». *Journal of Clinical Child Psychology.* 30. 1: 122-125. Recuperado el 26 de Marzo de 2005 en la página web : http://search.epnet.com.

American Psychiatric Association (APA). 1968. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 2ª ed. En *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* de Russell Barkley. 1998. 2a ed. Nueva York, The Guilford Press. Pág. 9.

American Psychiatric Association (APA). 1980. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3a edición. En *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* de Russell Barkley. 1998. 2a ed. Nueva York, The Guilford Press. Pág. 21.

American Psychiatric Association (APA). 1987. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3a edición Revisada. En *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* de Russell Barkley. 1998. 2a ed. Nueva York, The Guilford Press. Pág. 21.

American Psychiatric Association (APA). 1995. *Publication Manual*. 4ª edición. Washington D.C.

American Psychiatric Association (APA). 1996. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV)*. 4ª ed. Traducido por Tomás de Flores *et al.* Barcelona, Masson. 907 págs.

Anastopoulos, Arhur *et al.* 1993. Parent training for attention- deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. En *Defiant Children. A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training,* de Russell Barkley. 1997. 2a ed. Nueva York, The Guilford Press. Pág 4.

Arnold, David. *et al.* 1993. The parenting scale: a measure of dysfunctional parenting in discipline situations. En «The relation between parental coping styles and parent- child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior» de Tara Eberhardt *et al.* 2004. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 33. (1). Pág. 159.

Barkley, Russell. 1981. *Hyperactive children. A handbook for diagnosis and treatment.* Estudio introductorio de Dennis Cantwell. Nueva York, The Guilford Press. 458 págs.

Barkley, Russell. 1997. *ADHD and the nature of self- control*. Nueva York, The Guilford Press. 410 págs.

_____; 1997a. *Defiant Children. A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training.* 2a ed. Nueva York, The Guilford Press. 264 págs.

Barkley, Russell. 1998. *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment.* 2a ed. Nueva York, The Guilford Press. 628 págs.

Barkley, Russell y K. Murphy. 1998. *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinical Workbook.* 2a ed. Nueva York, The Guilford Press. 133 págs.

Barkley, Russell. 2002. *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).* 2ª ed. Traducido por Judith Abad *et al*., revisado por Juan Antonio Amador. España, Paidós. 347 págs.

Beck, Aaron. 1981. *La terapia cognitiva.* Consultado el 28 de Marzo de 2005 en la página web: http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual2b.htm.

Beck, Aaron, *et* al. 2002. *Terapia cognitiva de la depresión.* 14ª ed. Traducido por Susana Pabón. España, Desclée De Brower. 394 págs.

Brown, Michael. 2000. «Diagnosis and treatment of children and adolescents with attention- deficit/ hyperactivity disorder». *Journal of Counseling & Development.* 78. (2): 195- 203. Recuperado el 28 de Marzo de 2005 en la página web: http://search.epnet.com.

Center for Mental Health in Schools at UCLA. 1999. *An introductory packet*

on attention problems: interventions and resources. Los Angeles CA. Consultado el 18 de abril de 2005 en la página web: http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/Attention/attention.pdf.

Chronis, Andrea *et al.* 2004. «Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children With ADHD: Review and Future Directions». *Clinical Child and Family Psychology Review*. 7. (1):1-27.

Cormier, Sherry y P. Nurius. 2003. *Interviewing and Change Strategies for Helpers. Fundamental skills and cognitive behavioral interventions.* 5a ed. California, Brooks/Cole- Thomson Learning. 687 págs.

De la Fuente, Ramón. 1997. *La patología Mental y su Terapéutica.* México, Fondo de Cultura Económica. 520 págs.

Doggett, Mark. 2004. «ADHD and drug therapy: is it still a valid treatment? » *Journal of Child Health Care*. 8. (1): 69-81. Consultado el 28 de Marzo de 2005 en la página web: http://chc.sagepub.com/cgi/content/refs/8/1/69.

Eberhardt, Tara *et al*. 2004. «The relation between parental coping styles and parent- child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior». *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 33. (1): 158- 168 págs. Recuperado el 18 de Junio de 2006 de la página web: http://search.epnet.com

Eiraldi, Ricardo y K. Villarin. In Press. «Cognitive- behavioral interventions

for children with ADHD». *International Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy.* New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers. 9 págs.

Erickson, Marilyn. 1998. *Behavior disorders of Children and Adolescents. Assessment, Etiology and Intervention.* 3a ed. Nueva Jersey, Prentice Hall. 466 págs.

Fisher, Martin. 1990. *Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder.* En «Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children With ADHD: Review and Future Directions» de Andrea Chronis *et al*. 2004. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 7. (1). Pág. 1.

Goldstein, Sam. 1999. *ADHD as a disorder of self- regulation.* Presented at the 11th annual conference for C.H.A.D.D. Consultado 18 de abril de 2005 en la página web:http://www.samgoldstein.com/template.php?pagepostings&type=articles&id=7

Gómez, Karen y C. Cole. 1991. «Attention deficit hyperactivity disorder: a review of treatment alternatives». *Elementary School Guidance & Counseling.* 26. (2): 106-114 págs. Recuperado de la página web: http://search.epnet.com

Graham, Philip. 1998. «Capítulo 1: Linking developmental and emotional elements into child and family cognitive- behavioral therapy» y «Capítulo 3: Attention- Deficit Hyperactivity Disorder». *Cognitive-Behavior therapy for children and families.* Cambridge, Cambridge

University Press. Págs. 1- 15 y 32- 44.

Hazell, Philip. 2000. «Attention deficit Hyperactivity disorder in Preschool aged children». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 36. (4): 53pp. Recuperado el 20 de abril de 2005 de la página web: http://auseinet.flinders.edu.au/files/resources/auseinet/adhd.pdf.

Hesslinger, Bernd *et al.* 2002. «Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. A pilot study using a structured skills training program». *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience.* 202.(4): 177-184pp. Recuperado el 1 de abril de 2005 de la página web: http://search.epnet.com.

Jongsma, Arthur; L. Peterson y W. McInnis. 2003. *The Child Psychotherapy Treatment Planner.* 3a ed. Estudio introductorio de Arthur Jongsma. Nueva Jersey, John Wiley and Sons, Inc. 378 págs.

Kendall, Philip y M. Choudhury. 2003. «Children and adolescents in cognitive-behavioral therapy: some past efforts and current advances, and the challenges in our future». *Cognitive Therapy & Research.* 27. (1): 89- 104 págs. Recuperado el 28 de Marzo de 2005 en la página web: http://search.epnet.com.

Kerns, Kimberly; K. Eso y J. Thomson. 1999. «Investigation of a direct intervention for improving attention in young children with adhd». *Developmental Neuropsychology.* 16. (2): 273- 289pp. Recuperado el 1 de abril de 2005 en la página web: http://search.epnet.com.

Lubar, Joel *et al.* 1995. «Evaluation of the effectiveness of EEG Neurofeedback training for ADHD in a clinical setting as measured by changes in TOVA scores, behavioral ratings and WISC-R performance». *Biofeedback and Self-Regulation.* 20. : 83-99pp. Recuperado el 18 de Marzo de 2005 de la página web: http://www.eegfeedback.org/pdf/o_donnell.pdf.

Miranda, Ana y M. Presentación. 2000. «Efficacy of cognitive- behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness». *Psychology in the schools*. 37. (2): 169- 182. Nueva Jersey, John Wiley and Sons, Inc. Recuperado el 28 de Marzo de 2005 en la página web: http://search.epnet.com.

Montiel-Nava, Cecilia *et al.* 2002. «Estudio piloto de metilfenidato y entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad». *Revista de Neurología*. 35. (3): 210- 205pp. Recuperado el 18 de Junio de 2006 en la página web: http://search.epnet.com.

Nadeau, Kathleen. 1995. *A comprehensive guide to Attention Deficit Disorders in Adults. Research, diagnosis and treatment.* Nueva York, Brunner/ Mazel, Inc. 408 págs.

Osman, Betty. 1997. *Learning Disabilities and ADHD. A family guide to Living and Learning together*. Nueva York, John Wiley and Sons, Inc. 228 págs.

Papalia, Diane. y S. Wendkos. 1998. *Psicología del Desarrollo*. 7ª ed. México D.F., Mc Graw Hill Interamericana. 671 págs.

Patterson, Gerald *et al.* 1989. *A developmental perspective on anti-social behavior*.

En «Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children With ADHD: Review and Future Directions» de Andrea Chronis. 2004. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 7. (1). Pág. 1.

Pelham, William *et al.* 1998. *Empirically supported psychosocial treatments for ADHD*. En «Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children With ADHD: Review and Future Directions» de Andrea Chronis *et al.* 2004. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 7. (1). Pág. 1.

Pérez, José. (2004). «Tratamiento conductual de un caso crónico y recidivante de tricotilomanía». Recuperado el 3 de Junio, 2006 de la página web:http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/a-clini.htm.

Quinto, Emilio. 2002. *El modelo cognitivo: la Psicoterapia. Manual de Terapia Cognitiva.* Estudio introductoria de Judith Beck, prólogo de Carlos Berganza. Guatemala. 78 págs.

_____; 2002a. *Terapia cognitiva con niños. Recopilación de metodología impartida.* Instituto de Ciencias de la Familia. Guatemala.

Reinecke, Mark *et al.* 1996. «Capítulo 3: Treatment of Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder» *Cognitive Therapy with children and adolescents.* Nueva York, The Guilford Press. Págs. 38 –61.

Ruiz, Juan y J. Cano. *Manual de Psicoterapia Cognitiva.* Recuperado el 18 enero de 2005 en la página web:

http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual21.htm

Ruma, Penney *et al.* 1996. Group parenting training: Is it effective for children of all ages? En «The relation between parental coping styles and parent- child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior» de Tara Eberhardt *et al*. 2004. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 33. (1). Pág. 158.

Sattler, Jerome. 2003. *Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales y clínicas. Volumen II.* 4ª ed. Traducido por Gloria Padilla y José Nuñez México D.F., Manual Moderno. 648 págs.

Schwiebert, Valerie *et al.* 2002. «Strategies for counselors working with high school students with attention deficit/ hyperactivity disorder». *Journal of counseling and development.* 80. (1): 3- 10 págs. Recuperado el 18 de abril de 2005 en la página web: http://static.highbeam.com/j/journalofcounselinganddevelopment/january012002/strategiesforcounselorsworkingwithhighschoolstuden/.

Smucker, William y M. Heyadat. 2001. «Evaluation and Treatment of ADHD». *American Family Physician.* 64. (5): 817- 829 págs. Recuperado el 28 de Marzo de 2005 en la página web: http://search.epnet.com.

Sonuga- Barke, Edmund *et al*. 2006. «Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD». *Infants and young children*. 19. (2): 142- 153 págs. Recuperado el 18 de Junio de 2006 en la página web: http://search.epnet.com.

Stevenson, Caroline *et al.* 2002. «Cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 36. (5): 610- 616 págs. Recuperado el 28 de Marzo de 2005 en la página web: http://search.epnet.com.

The American Academy of Pediatrics (AAP). 2004. *ADHD. A complete and Authoritative Guide.* United States of America, AAP. 354 págs.

Williams, Susan *et al*. 2004. «Evaluation of a children's temper- taming program». *Canadian Journal of Psychiatry*. 49. (9): 607-612 págs. Recuperado el 1 de abril de 2005 en la página web: http://search.epnet.com

VII. APÉNDICE

Apéndice A: Consentimiento informado y compromiso de participación

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros, _____, padres de _____ aceptamos participar en el proyecto No'oj acerca de la eficacia de la terapia cognitiva, que se está realizando en la Universidad del Valle de Guatemala, en el departamento de Psicología (Lcda.. Claudia García De La Cadena, tel 23640336 al 40, ext. 573). Este proyecto de investigación está a cargo del Dr. Emilio Quinto Barrera.

Además, estamos de acuerdo con lo siguiente:

a) Participaremos activamente en el proceso de cambio de mi hijo(a), realizando las tareas en casa que el terapeuta nos indique

b) Supervisaremos las tareas en casa que el terapeuta le indique a mi hijo(a)

d) Asistiremos de manera puntual a las diferentes sesiones y si fuera el caso podremos salirnos del estudio en el momento en que lo juzguemos conveniente.

e) Se nos dará información de los resultados encontrados en el estudio de manera grupal.

f) Toda la información será confidencial y sin excepción no tendrán acceso a ella ninguna persona que no participe en el estudio.

g) Cualquier duda o comentario con respecto al estudio podrán ser preguntados a los responsables del proyecto.

Estamos de acuerdo con todos los puntos antes leídos.

_____	_____	_____
Firma del padre o madre	Nombre del padre o madre	fecha
_____	_____	_____
Firma del investigador	Nombre del investigador	fecha
_____	_____	_____
Firma del testigo	Nombre del testigo	fecha