



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE POSTGRADO

PROGRAMA DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA

MENCIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO - JUVENIL

**EFICACIA DE UN PROGRAMA MULTICOMPONENTE DE TERAPIA
COGNITIVO - CONDUCTUAL EN UN CONTEXTO EDUCATIVO PARA
EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CHILENOS DIAGNOSTICADOS CON
TRASTORNO POR DEFICIT ATENCIONAL / HIPERACTIVIDAD**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA

MENCIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO JUVENIL

Autor:

ADONAY PIZARRO POGGINI

Director de Tesis:

CARLOS VALENZUELA YURALDIN

SANTIAGO, DICIEMBRE 2003.

adonaypizarro@hotmail.com

Esta investigación contó con el financiamiento de la Vicerrectoría Académica

de la Escuela Postgrado de la Universidad de Chile

AGRADECIMIENTOS:

Dr. Carlos Valenzuela, Ps. Erwin Rebolledo, Sr. Miguel Calderón (Universidad de Wisconsin, Estados Unidos), Ps. María Isabel Puerta (Medellín, Colombia), Dr. Jorge Gaete, Dra. Pilar Hernández, Ps. Carlos Arriagada, Sra. Teresa Guardia, Sra. Ruth Alvarez, Sra. Sonia Gallegos, Sra. Claudia Peralta, Sra. Jocelyn Sepúlveda, y muy especialmente a todos los niños, padres y profesores que participaron de este estudio.

*Dedicado a mi esposa:
María Ignacia Mesa Aldunate
En honor a su inagotable apoyo, afecto y cooperación*

CONTENIDOS

Introducción	1
<i>Capítulo I: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)</i>	4
1. Definición y antecedentes históricos	4
2. Clasificación diagnóstica	6
3. Descripción clínica del trastorno	11
4. Prevalencia	13
5. Comorbilidad	13
6. Evaluación del TDAH	14
7. Características psicológicas de los niños con TDAH	14
8. Etiología	17
9. Modelos explicativos del TDAH	18
<i>Capítulo II: Tratamientos Actuales para el TDAH</i>	20
1. Tratamientos farmacológicos	20
2. Tratamientos psicosociales	22
3. Tratamientos multimodales	32
4. Límites del conocimiento	34
5. Futuras direcciones	34
<i>Capítulo III: Modelo Multicomponente y Holístico de Tratamiento Cognitivo – Conductual con Niños con TDAH</i>	36
1. Modelo ecológico de terapia cognitivo – conductual	36
2. Conceptualización cognitivo - conductual del TDAH y problemas coexistentes	39
3. Etapas de la intervención cognitivo - conductual para los niños y sus familias	45
4. Características del terapeuta	45
5. Entrenamiento de habilidades en los niños	47
6. Entrenamiento de habilidades en los padres	50
7. Consulta escolar	53
8. Terminación	55
9. Seguimiento	55
<i>Capítulo IV: Hipótesis y Objetivos</i>	56
<i>Capítulo V: Metodología</i>	59

1. Literatura revisada	59
2. Diseño de investigación	59
3. Participantes	62
4. Instrumentos aplicados	62
5. Procedimiento	65
6. Análisis estadístico	69
<i>Capítulo VI: Resultados</i>	70
1. Grupo experimental	70
2. Grupo de control	81
3. Comparación entre grupos	91
<i>Capítulo VII: Análisis de los Resultados</i>	98
A. Limitaciones del estudio	98
B. Discrepancias entre padres y profesores	98
C. Evaluación diagnóstica preliminar	100
D. Criterios para evaluar la eficacia del tratamiento multicomponente	102
E. Componentes influyentes en los indicadores éxito y fracaso del programa	106
<i>Capítulo VIII: Discusión y Conclusiones</i>	114
<i>Referencias Bibliográficas</i>	120
<i>Anexos:</i>	
<i>"Escala Multidimensional de la Conducta (EMC)"</i>	128
Apéndice A: Cuestionario para profesores	128
Apéndice B: Cuestionario para padres	135
Apéndice C: Cuestionario Autoinforme	141
<i>"Consentimiento Informado"</i>	148
Apéndice D: Consentimiento informado grupo experimental	148
Apéndice E: Consentimiento informado grupo control	149

INTRODUCCION

El trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH) es el término actualmente usado para describir un desorden específico del desarrollo cuyos síntomas centrales son la desatención, hiperactividad e impulsividad (DSM - IV, 1994). Se trata de un cuadro psicopatológico de elevada prevalencia en la población infantil chilena, la cual alcanza aproximadamente a un 6, 2 % en la comunidad infantil (Ministerio de Salud de Chile, 1998) y un 17. 5 % en la población consultante (Etchepare y Almonte, 2003), siendo en el contexto de la realidad nacional actual el tratamiento del TDAH una de las prioridades del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile.

La mayoría de los profesionales de la salud mental están de acuerdo en que los niños con TDAH: (1) tienen una inteligencia normal con déficit específicos en el aprendizaje, (2) experimentan fracasos repetidos en la escuela por sus problemas académicos y conductuales, y (3) que esas dificultades repercuten en una baja autoestima, ansiedad, depresión y pobres actitudes hacia el aprendizaje. A raíz de esto, los niños pueden disminuir sus propios esfuerzos para tener éxito en la escuela, amenazando con esto aun más el desempeño académico, y creando un círculo vicioso de problemas crecientes en la vida.

Actualmente existe evidencia que señala que el TDAH persiste en la adolescencia y la edad adulta (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997), creando graves problemas a quienes lo sufren y a su ambiente inmediato (ej. desarrollo de trastorno de conducta, bajo rendimiento escolar, repitencia, deserción escolar, abuso de alcohol y drogas, accidentes, embarazos no deseados, ejercicio inadecuado de la paternidad, etc.). Estos antecedentes en su conjunto justifican y fundamentan la relevancia de realizar estudios nacionales que evalúen estrategias de intervención y estimulen el desarrollo de nuevas investigaciones respecto a los tipos de terapias más efectivas para el tratamiento del TDAH o de los trastornos asociados.

Las investigaciones modernas revelan que el TDAH esta asociado con un número de

condiciones coexistentes (ej. trastorno de conducta), y rasgos adicionales (ej. agresividad), que se despliegan en muchos escenarios y hacen más complejo el abordaje terapéutico. Los síntomas primarios y asociados se manifiestan en distintas constelaciones tales como el hogar, la escuela y la comunidad y provocan impedimentos en precisamente éstas áreas de funcionamiento que son esenciales para el dominio de las tareas del desarrollo de la infancia (Wells y cols., 2000). Debido a la variedad de síntomas asociados con el TDAH, por los campos de acción múltiples y dado que las probables complejas interrelaciones entre la interacción del niño, familia, sus pares y entorno escolar pueden predecir una escalada y mantenimiento de síntomas a corto y largo plazo, los investigadores cada vez más enfatizan que los programas del tratamiento deben dirigirse a una variedad de campos de acción funcionales, además de los síntomas centrales del TDAH. Desde una perspectiva teórica, los tratamientos que influencien múltiples campos de acción y enfocados a escenarios múltiples proporcionará una mayor oportunidad de revertir el curso de este desorden.

Tradicionalmente, los estudios dirigidos al tratamiento del TDAH se han enfocado a evaluar la eficacia de técnicas o procedimientos aislados y en la mayoría de los casos, aplicados por expertos en un contexto no natural, sin considerar los ambientes donde se desarrolla el síndrome. Actualmente existe una extensa literatura que evalúa los efectos del tratamiento farmacológico en niños que padecen este desorden (ej. Manos y cols. 1999, Gidlberg y cols., 1997, Conners y cols., 1996). En menor medida sobresalen estudios dirigidos a intervenciones psicosociales, tales como, terapia cognitivo – conductual (ej. Fehlings y cols., 1991, Horn y cols., 1990), entrenamiento a padres (ej. Barkley y cols., 2001; Barkley y cols., 1998) e intervenciones educativas (ej. Miranda y cols., 2002; Miranda y cols., 2000). Sin embargo la mayoría de las investigaciones revelan éxitos limitados y hacen cada vez más necesario enmarcar la intervención del TDAH dentro de un enfoque interdisciplinario que incluya e integre diferentes enfoques (médico, cognitivo – conductual, contextual y evolutivo).

El presente estudio pretende abordar esta problemática y tiene como objetivo fundamental examinar la eficacia de un programa de terapia cognitivo - conductual multicomponente (dirigido

a niños, padres y profesores) sumado a medicación, implementado en un contexto escolar y enfocado al tratamiento integral de niños chilenos diagnosticados con TDAH. Esta intervención multimodal considera que el TDAH es un cuadro clínico en cual interactúan recíprocamente procesos neurofisiológicos y psicosociales. Por lo tanto, una terapéutica que integre elementos biológicos, psicológicos, sociales, contextuales y evolutivos demostrará tener un impacto más satisfactorio en el tratamiento de niños chilenos diagnosticados con TDAH estudiados.

Finalmente, la originalidad de la propuesta se fundamenta en que no existe ningún estudio publicado en Chile sobre la implementación de un programa multicomponente de orientación cognitivo – conductual manualizado con niños en edad escolar diagnosticados con TDAH. Además de que el estudio se enfocó no tan solo en medir la disminución o mejoría de los síntomas centrales del desorden, sino además de analizar la evolución de los síntomas asociados a estos, y el funcionamiento social, familiar y escolar de los niños.

La presente investigación será expuesta en varios capítulos. El primero expondrá antecedentes generales sobre el TDAH (criterios diagnósticos, evaluación, evolución del síndrome durante el desarrollo, etc.). En el segundo capítulo se revisarán críticamente los tratamientos actuales (farmacológicos, psicosociales y multimodales) y las investigaciones que sustentan la aplicación de estas intervenciones. El tercer capítulo está dedicado a exponer un modelo holístico y multicomponente de intervención para el tratamiento de niños en edad escolar con TDAH. El cuarto capítulo expone las hipótesis y objetivos que guían este estudio. El quinto capítulo se centra en la metodología del estudio, enfocado a describir el programa de intervención implementado y el procedimiento utilizado para tales fines. El sexto capítulo está enfocado a exponer los resultados obtenidos a través del estudio. El séptimo capítulo está dedicado a analizar estos datos y finalmente el octavo capítulo se propone discutir teórica y clínicamente los alcances y limitaciones de esta investigación, así como también llegar a algunas conclusiones sobre la misma y desarrollar direcciones futuras frente al tema de estudio.

Capítulo 1

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION / HIPERACTIVIDAD

1. DEFINICION Y ANTECEDENTES HISTORICOS

La primera descripción que se conoce de un TDAH se encuentra en Hoffman (1844), médico alemán que reprodujo parte importante de la sintomatología en el protagonista de un cuento que escribió en esa fecha. En él describía a Phil un niño inquieto que no acostumbra a permanecer sentado y se movía constantemente (Menéndez, 2001). En 1902, el pediatra inglés George Still, introduce la primera descripción de conductas impulsivas, agresivas, y de falta de atención; las que calificaba como "defectos del control moral". Esta definición acentuaba que el control de la actividad esta en conformidad con la consciencia moral (Lewis, 2002). Posteriormente los estudios realizados en todo el mundo en las primeras décadas del siglo XX, especialmente Hohman, Kant, Cohen en 1934, indicaban que tras una lesión cerebral se producían los mismos síntomas descritos por Still, con lo que se creyó que se encontraban ante un "Síndrome de lesión cerebral humana" de naturaleza eminentemente neurológica (Polaino, 1997). En los Estados Unidos, Strauss y Lehtinen (1947) dieron énfasis a la hipótesis de la etiología orgánica; ellos describieron a niños con retardo mental que tenían hiperactividad, distractibilidad, impulsividad, perseverancia, y defectos cognoscitivos. El término usado por Strauss para estos niños fue el de "síndrome de daño cerebral mínimo" (Lewis, 2002). No fue hasta los años 60 que los investigadores se dieron cuenta que los niños con sintomatología hiperactiva, no presentaban lesión cerebral alguna. De esta forma la etiología no sería una lesión cerebral concreta, sino una disfunción general, en la que el cerebro aparece normal, sin ninguna patología constatable. En 1962, Clements y Peters acuñan el término "disfunción cerebral mínima". El término logró gran popularidad y se extendió entre la comunidad científica (Lewis, 2002). En 1968, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM II), incluye dentro de su clasificación de los "trastornos de conducta de la infancia y adolescencia", la "Reacción Hiperkinética de la Infancia (o adolescencia)", describiendo un síndrome con manifestaciones de conductas como

"sobreactividad, inquietud, distractibilidad y corta atención mantenida" (Rodríguez, 1986). En 1970, Virginia Douglas argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino la incapacidad para mantener la atención y su impulsividad, es decir, una insuficiente autorregulación explicaría su incapacidad para adaptarse a las demandas sociales e imponer límites a su comportamiento (Miranda y cols. 1999). Douglas fue decisiva para que en 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría modificara su descripción (DSM - III) e introdujera nuevos criterios, cambiando el término por "déficit de atención con o sin hiperactividad". En los años que siguen a la publicación y uso de DSM - III, el interés empezó a ser enfocado cada vez más en la falta de control inhibitorio como la dificultad central de estos niños. Estudios de análisis factorial en escalas de clasificación de padres y profesores han indicado además una alta correlación entre impulsividad e hiperactividad. Por este motivo en el DSM - IV (APA, 1994), éstos síntomas se agruparon en una sola dimensión (Lewis, 2002). Además la novedad más notable del DSM - IV es que pueden clasificarse a los individuos en tres categorías diferentes basándose en la presencia predominante de impulsividad o de una combinación de las dos.

Tabla N° 1: Resumen Histórico

Hoffman	1847	Descripción de síntomas en el cuento de Phil
Still	1902	Defectos del control moral
Hohman, Kant, Cohen	1920 - 1939	Lesión cerebral humana
Straus	1947	Lesión cerebral mínima
Clements y Peters	1962	Disfunción cerebral mínima
DSM II	1968	Reacción hiperkinética de la infancia
DSM III	1987	Déficit de atención con hiperactividad
DSM IV	1994	Introduce tres subtipos

2. CLASIFICACIÓN DIAGNOSTICA

En la actualidad el diagnóstico del TDAH es asignado a niños o adultos que presentan ciertas características conductuales mantenidas durante un cierto período de tiempo (6 meses). Las características esenciales del trastorno es la tríada de falta de atención, hiperactividad e

impulsividad (ver tabla 2). Sin embargo, esta tríada de comportamientos se ha modificado respecto a los criterios iniciales del DSM - III, puesto que los criterios del DSM - IV agrupan la hiperactividad y la impulsividad. Así pues, existen tres subtipos: el tipo predominantemente hiperactivo - impulsivo, aquel en que predomina el déficit de atención y el tipo combinado. Los criterios del DSM - IV indican que debe haber síntomas en dos o más contextos. Este es un criterio fundamental, dado que en el pasado este trastorno se ha diagnosticado probablemente en exceso basándose en los síntomas aparecidos en un solo contexto. El DSM - IV exige que los síntomas se manifiesten tanto en el ámbito familiar como escolar.

Tabla 2: Criterios diagnósticos del DSM - IV (1994) para el Trastorno de Déficit de Atención / 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 los 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 actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza 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 dificultad para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental prolongado (como tareas escolares o domésticas).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (ej. 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 las manos o los pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la 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 sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo "esta en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso

Impulsividad

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (ej. entrometerse 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 (ej. en la escuela 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 por la presencia de otro trastorno mental (ej. trastorno del estado del animo, de ansiedad, disociativo o de personalidad).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo - impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos seis meses.

Como un complemento al DSM - IV, el Manual Diagnóstico y Estadístico para la Atención Primaria (DSM - PC, 1996), versión para niños y adolescentes describe variaciones comunes en la conducta, como también las principales conductas problema (ver tabla N° 3). Las descripciones conductuales del DSM - PC no se ha probado todavía en estudios comunitarios para determinar el predominio o severidad de variaciones de desarrollo y los problemas moderados en las áreas de desatención el hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, proporciona una buena guía en la evaluación de estos síntomas en los niños y ayuda a dirigir elementos de tratamiento para los niños con problemas con la atención, hiperactividad y la impulsividad. El DSM - PC también considera las influencias medioambientales en la conducta de los niños y proporciona la información sobre el diagnóstico diferencial desde una perspectiva del desarrollo (American Academy of Pediatrics, 2000).

Tabla N° 3: DSM - PC: Variación en el desarrollo de las conductas impulsivas / hiperactivas y de desatención (American Academy of Pediatrics, 2000).

<i>Variaciones del desarrollo</i>	<i>Presentación común en el desarrollo</i>
-----------------------------------	--

<p><i>Tipo Hiperactivo Impulsivo</i></p> <p>Los niños en la infancia y en los años preescolares son generalmente muy activos e impulsivos y pueden necesitar supervisión constante para evitar accidentes. Su constante actividad puede ser estresante para adultos que no tienen la energía o la paciencia para tolerar la conducta.</p> <p>Durante los años escolares y adolescencia la actividad puede ser mayor en situaciones de juegos y pueden ocurrir conductas impulsivas normalmente, especialmente en situaciones de presión.</p> <p>Altos niveles de conducta hiperactiva / impulsiva no son indicadores de un problema si la conducta presentada no perjudica su funcionamiento global.</p>	<p><i>Infancia temprana</i></p> <p>El niño corre en círculos, no se detiene para descansar, puede golpear objetos o personas, y hacer preguntas constantemente.</p> <p><i>Niñez Media</i></p> <p>El niño juega activamente por largos períodos. El niño puede ocasionalmente tomar objetos impulsivamente, especialmente cuando está excitado.</p> <p><i>Adolescencia</i></p> <p>El adolescente se compromete activamente en actividades sociales (ej. baile) por largos períodos. Puede comprometerse en conductas de riesgo con sus pares.</p>
--	--

<p><i>Variaciones del desarrollo</i></p>	<p><i>Presentación común en el desarrollo</i></p>
--	---

<p><i>Tipo Desatento</i></p> <p>Los niños tienen cortos espacios de atención que pueden verse incrementado con la madurez del niño. La desatención puede ser apropiada para el nivel del desarrollo del niño y no cause ningún impedimento en su funcionamiento global.</p>	<p><i>Infancia temprana</i></p> <p>Los preescolares tienen dificultad atendiendo, excepto brevemente en las historietas o una tarea silenciosa como colorear o dibujar.</p> <p><i>Niñez Media</i></p> <p>El niño no puede persistir largamente con una tarea que él no quiere hacer como por ejemplo leer un libro asignado, tareas para la casa, o una tarea que requiere concentración tal como limpiar algo.</p> <p><i>Adolescencia</i></p> <p>El adolescente está fácilmente distraído en tareas que él o ella no desee realizar.</p>
---	---

3. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL TRASTORNO

Como se ha detallado anteriormente los síntomas centrales del TDAH son la desatención, hiperactividad e impulsividad. A continuación, describiré brevemente los aspectos clínicos más relevantes de dichos síntomas.

a) Desatención: La desatención se caracteriza por que los niños que la padecen presentan impedimentos en la escuela. Aunque ellos pueden presentar dificultades en las relaciones sociales y familiares, el problema se presenta típicamente en un bajo rendimiento académico. Los profesores se quejan que estos niños llegan permanentemente atrasados, son olvidadizos y desorganizados, pierden las cosas, sueñan despiertos, rechazan las tareas, y son incapaces de terminar su trabajo, aplazándolo constantemente (Lewis, 2002). Los niños con desatención tienen una gran dificultad para mantener su mente en una sola cosa y pueden aburrirse con una tarea en pocos minutos. Pueden poner esfuerzo y atención automática a tareas que le son muy motivantes o los entretienen. No obstante se les dificulta el focalizar de forma deliberada y consciente su atención en una tarea o aprendizaje (Guajardo, 2000). Muchos de los problemas incluyen problemas en la motivación, variación en el desempeño, y dificultades en la comprensión de la secuencia de órdenes e instrucciones (Lewis, 2002).

b) Hiperactividad: Los niños que presentan hiperactividad parecen siempre estar en movimiento, se paran de su asiento y caminan alrededor de su clase, mueven constantemente sus pies, cambian de postura o posición con frecuencia, se balancean cuando están sentados, tocan todo o golpean ruidosamente sus lápices, mientras realizan sus tareas (García & Galaz, 2000). Los adolescentes y los adultos se ven inquietos, impacientes, hacen varias cosas a la vez y fluctúan entre una actividad y la siguiente (Guajardo, 2000). Lewis (2000) señala que en la primera consulta el clínico puede no observar la hiperactividad, incluso cuando es descrita como severa en la casa y escuela. El aumento de ansiedad por una situación nueva y la cantidad de atención adulta puede mejorar el control inhibitorio durante la actividad. Sin embargo, los niños preescolares son probablemente más inquietos y pueden llegar a desordenar la oficina y aparecen como movidos por un motor, incluso en la primera visita.

c) Impulsividad: La impulsividad se refiere a la incapacidad para demorar una respuesta a pesar

de la anticipación de consecuencias negativas por la conducta (Lewis, 2002). Los niños impulsivos parecen ser incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o pensar antes de actuar. Como resultado pueden hacer comentarios inadecuados, correr por una calle sin mirar, no esperar su turno en los juegos o quitar un juguete a otros niños (Guajardo, 2000). La impulsividad se evidencia en las dificultades conductuales y académicas en la escuela. En el aula los niños interrumpen o responden sin esperar oír las preguntas. Los niños con TDAH impulsivos son más atrevidos que sus pares. Por consiguiente, los accidentes (por ejemplo, envenenamiento) son comunes. Las relaciones de estos niños con sus pares se ven deterioradas, siendo este un niño "mal perdedor", mientras que quiere jugar "a su manera o de ninguna manera", tiene que ser el jefe o deja el juego, y frecuentemente entra en luchas físicas. La evaluación del profesor se vuelve un problema creciente, dado que no presentan o completan sus tareas; la tarea puede volverse una batalla diaria y puede afectar el funcionamiento familiar. Lewis (2002) sostiene que la impulsividad cognitiva se refiere a un estilo cognoscitivo caracterizado por un corto tiempo de reacción. Los trabajos escolares están llenos de errores, se extrañan los detalles, el escribir está desarreglado, y las respuestas son escritas sin leer la pregunta cuidadosamente. Muchas de las dificultades precedentes continúan en la adolescencia. Además, a esta edad, aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, incluyendo el uso temprano de drogas, alcohol, cigarrillos, y embarazos no deseados. Se ha documentado una incidencia más alta de impulsos temerarios y accidentes automovilísticos en adolescentes con TDAH (Lewis, 2002). Se ha considerado que la impulsividad es un indicador de mal pronóstico, señalándose en la literatura que aumenta la complejidad de tratamiento.

4. PREVALENCIA

Se estima que la prevalencia del TDAH se sitúa en el 3 y 5% en los niños de edad escolar (DSM - IV, 1994). El TDAH es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones varón a mujer que oscilan entre 4:1 y 9:1, dependiendo si la población es general o clínica. En Chile la prevalencia del TDAH es alta. En una muestra de niños de primer grado explorados por psiquiatra infantil, el 6,2% presentaba este trastorno, constituyéndose el primer motivo de consulta en los Servicios de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental Infantil (Ministerio de Salud, 1998). Almonte y Capurro, 1998, al estudiar la estructura de morbilidad psiquiátrica en el Servicio de Salud Mental Infantil del Hospital Roberto del Río encontraron en una población consultante de 1.020 niños y adolescentes de ambos sexos que el 17.5% de éstos fue por TDAH, con un 22,9% en hombres y un 9,2% en mujeres. En los preescolares el porcentaje de consultas por TDAH fue de 26% en hombres y 11,8% en mujeres. En escolares varones de 31.9% y en mujeres un 14.9%. En adolescentes, de 13.2% en hombres y 5% en mujeres.

5. COMORBILIDAD

Se dicen que los pacientes presentan comorbilidad cuando ellos tienen más de un desorden psiquiátrico, es decir, cuando coexisten dos o más trastornos. Esto ocurre, si un desorden causó o no el otro o si existen independientemente. Sobre un 44% de los niños con TDAH presentan un trastorno comórbido, casi un tercio tiene dos trastornos comórbidos, y aproximadamente uno de diez tiene tres desórdenes comorbidos (Root & Resnick, 2003). En la actualidad se sostiene que el TDAH comórbido es a menudo más resistente al tratamiento, y el niño puede funcionar más deficientemente que con un TDAH único (Lewis, 2002). También se piensa que el tratamiento de un niño TDAH comórbido exige a menudo el tratamiento de ambas condiciones para tener el éxito. Por esta razón el clínico debe ser preciso en la evaluación del TDAH y de posibles condiciones coexistentes. A continuación expondré los principales trastornos psiquiátricos infantiles que suelen acompañar al TDAH según los antecedentes entregados por la American Academy of Pediatrics (2000).

Tabla N° 4: Resumen Prevalencia de Condiciones Coexistentes en Niños con TDAH

<i>Trastorno Comorbido</i>	<i>Prevalencia Estimada (%)</i>	<i>Limites de Confianza por Prevalencia Estimada (%)</i>
Trastorno Opositor Desafiante	35.2	27.2, 43.8
Trastorno de Conducta	25.7	12.8, 41.3
Trastorno Ansioso	25.8	17.6, 35.3
Trastorno Depresivo	18.2	11.1, 26.6

6. EVALUACION DEL TDAH

Existe una multitud de escalas de evaluación del comportamiento estandarizadas que se utilizan en la evaluación de los niños con TDAH. Estas juegan un papel importante en la práctica clínica, psicoeducación, e investigación. Las más ampliamente difundidas son las Conners Rating Scales, Child Behavior Checklist (CBCL) y Behavior Assessment System for Children (BASC). Estas escalas de evaluación proporcionan información sobre una gama amplia de síntomas diferentes, informada por observadores diferentes (padres, maestros), en ambientes diferentes (casa, escuela) y con la variación del puntaje a través del tiempo. En investigación, estas escalas de evaluación aseguran la definición común de las muestras estudiadas, medidas de eficacia y seguridad, y permite la comparación cruzada del estudio (Lewis 2002).

7. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS NIÑOS CON TDAH

Las características psicológicas asociadas al TDAH varían en función de la edad y el estado evolutivo, pudiendo incluir disfunciones cognitivas, conductuales, emocionales y sociales. Además los niños presentan características distintivas en el plano cognitivo, afectivo y social, las que revisaré a continuación.

a) *Inteligencia y TDAH*: Los estudios de análisis factorial realizados con la Escala Revisada de Inteligencia para Niños (WISC - R) han descrito un factor de distracción que incluye

los subtest de aritmética, dígitos y clave. Se ha descrito un factor similar, consistente en los subtest aritmético y de memoria de dígitos para el WISC III (Diamond & Mattson, 1998). Wechsler (1999) administró el test de inteligencia para niños WISC - III a una muestra de 68 niños con comprobado TDAH, según lo define el DSM - III - R. Los niños tenían entre 7 y 16 años (mediana = 10 años), con el 60% entre 9 y 11 años. La muestra consistió en el 9% de mujeres y el 95% de varones. Los resultados mostraron que todos los puntajes medios de CI están cerca del promedio normativo. Sin embargo, como era previsible, debido a las características diagnósticas del TDAH, la muestra tuvo puntajes medios más bajos en las escalas de Velocidad de Procesamiento y Ausencia de Distractibilidad. Los puntajes medios más bajos fueron para los subtest Claves y Retención de Dígitos.

b) Memoria y TDAH: Los pacientes con TDAH a menudo tienen una memoria a largo plazo extraordinaria, incluso para los detalles excéntricos, pero su memoria a corto plazo es muy pobre (Lewis, 2002). A menudo presentan dificultades con la "memoria activa". Estos problemas incluyen varias áreas de dificultad, tales como, el registro a corto plazo de una lista de ítems, incapacidad para recordar y seguir las instrucciones, dificultad en sostener las cosas en su cabeza, y hacer manipulaciones mentales de conceptos o números (Lewis, 2002). Más interesante y también más difícil medir es la falta de habilidad de acceder información que ha estado presente en el pasado. Éstos son niños que pueden conocer algo un día, pero es imprevisible en su habilidad de acceder a ese cuerpo de conocimiento en otros momentos. Esto podría describirse como una dificultad con la activación de memoria.

c) Autoestima Y TDAH: Los niños con TDAH producto de su comportamiento inadecuado suelen llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de sí mismo muy malo y una autoestima negativa (García & Magaz, 2000). Esta situación hace necesario una evaluación del autoconcepto del niño diagnosticado con TDAH y una posterior planificación de intervención cognitiva - conductual enfocadas a su modificación, si esta se observó desfavorecida.

d) Control emocional: El TDAH a menudo esta asociado con la disregulación del afecto, además de la disregulación de la actividad, del lenguaje o de otras actividades del diario vivir. Los niños con TDAH, e incluso aquéllos que viven con ellos, se quejan de irritación, mal humor,

labilidad y reactividad emocional. No sólo el estado de ánimo cambia rápidamente con los estímulos medioambientales, sino también los estados de ánimo son a menudo explosivos, intensos, e infecciosos. Ellos empiezan casi instantáneamente, pero puede desaparecer tan rápidamente como ellos aparecen (Lewis, 2002). Los niños con TDAH frecuentemente tienen dificultades para ejercer control sobre la intensidad de sus reacciones emocionales a los acontecimientos de su vida, tan bien como lo hacen otros niños a su edad. Parecen menos capaces de inhibir la manifestación de sus sentimientos: dejarlos para ellos mismos, e incluso de regularlos como otros pueden hacerlo. Como consecuencia es más fácil que ellos parezcan para los demás como menos "maduros", infantiles, rápidamente alterables, y fácilmente frustrables por los acontecimientos (García & Magaz, 2000).

e) Relaciones interpersonales y TDAH: Estos niños frecuentemente presentan dificultades con pares, siendo a veces impopulares y aislados por el grupo. La vinculación de los padres con un hijo hiperactivo es más negativa e intrusiva que con otros niños (Etchepare & Almonte, 2003).

f) Adaptación social y TDAH: El retraso en las habilidades cognitivas que permiten regular la conducta, contribuye a que los niños y jóvenes con TDAH tengan problemas para seguir instrucciones cuidadosamente, para cumplir normas, para llevar a cabo sus propios planes, e incluso para actuar de acuerdo con los principios legales o morales. No obstante, el riesgo de delincuencia, consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales precoces, etc. asociado a este trastorno parece encontrarse mucho más relacionado con otras variables sociológicas que con el TDAH el cual solamente es un factor disposicional del individuo que agrava los riesgos generales (García & Magaz, 2000).

8. ETIOLOGÍA

La causa del TDAH actualmente es desconocida (Gelder y cols., 2000; García, 2000; Guajardo, 2000; Etchepare & Almonte, 2003). Sin embargo, existe cierto consenso en la literatura en

sostener que no existe una etiología única para el TDAH, en cambio sería el resultado de múltiples factores que coexisten (biológicos, psicológicos y sociales). Un número importante de estudios genéticos, neuroquímicos, neuroconductuales y de neuroimagen han informado una predisposición biológica para el TDAH. Goodman y Stevenson (1989) estiman que los factores hereditarios en el TDAH explican de un 30% a un 50% de la varianza. Estudios neuroquímicos han apuntado la importancia de los neurotransmisores dopaminérgicos y la norepinefrina para la atención, inhibición conductual, y actividad motora (Zametkin & Rapoport, 1987). Estudios neuroanatómicos han investigado importantes áreas específicas del cerebro (por ejemplo, lóbulo frontal, núcleo caudado y ganglios basales en el hemisferio derecho) en la regulación de la atención, impulsividad, e hiperactividad (Purdie y cols., 2002). Otras etiologías frecuentemente citadas es la asociación existente entre paternidad y salud mental de los padres. Paternidad severa y limitadas habilidades de los padres han sido asociadas con la hiperactividad. Estas investigaciones sugieren que niños que han experimentado ambientes hogareños caóticos tienen más frecuentemente dificultades atencionales en la escuela. A su vez, la disarmonía familiar, disfunción familiar y la hostilidad entre padres e hijos han sido asociados con la hiperactividad (Purdie y cols., 2002). Sin embargo, específicamente los factores psicosociales no se han visto como causante del TDAH. Aunque esto no debe traducirse como que la "biología es el destino." Los factores medioambientales pueden formar y amoldar biológicamente la naturaleza y severidad inicial creando una vulnerabilidad hacia una deficiente inhibición (Barkley, 1996) e impidiendo o retrasando el desarrollo del control neuropsicológico. Además el riesgo de trastornos comórbidos, como el trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta, se relaciona grandemente a los factores medioambientales familiares. Dado que estas condiciones comórbidas han demostrado ser predictores consistentes de riesgos en el desarrollo posterior, el ambiente en que el niño se cría y se educa puede jugar un importante papel determinando los resultados de niños con el trastorno aun cuando tenga un papel menor en la causalidad primaria.

9. MODELOS EXPLICATIVOS DEL TDAH

Taylor (1994) señala que los problemas de niños y adolescentes con TDAH se conciben cada vez más como deficiencias en el procesamiento cognitivo superior. White y Sprague (1993) encontraron en un estudio que los niños con TDAH planificaban menos y hacían menos

comparaciones y análisis sistemáticos de los estímulos en una tarea de emparejamiento. Su comportamiento parecía tener que ver más con la regulación y distribución de la atención, es decir, con cognición superior (citado en Wicks - Nelson & Israel, 1999). Actualmente los investigadores continúan preguntándose por los problemas de procesamiento que se manifiestan en el TDAH. La descripción del TDAH está orientándose cada vez más como un déficit de motivación y regulación conductual. Se sugiere que la motivación para minimizar la demora podría explicar muchas de las conductas del TDAH (Wicks - Nelson & Israel, 1999). Es decir, los niños con TDAH podrían tener una aversión hacia la demora y por tanto adoptan un estilo impulsivo que minimice la misma, además de exigencias de recompensa rápida, inmediata y sin capacidad de posponerla. Barkley (1995) ha considerado el TDAH como un problema de motivación y de regulación conductual, lo cual podría estar causado por un control inadecuado de la conducta por parte de sus consecuencias o por una gran necesidad de activación. Barkley, el principal defensor de este punto de vista, hace hincapié en que el deterioro está ligado a la motivación con una base biológica. Advierte que en el desarrollo típico, la conducta se pone bajo el control de estímulos sociales, tales como las consecuencias de la conducta, las peticiones y órdenes de otras personas, las reglas aprendidas y el entorno ambiental, etc. Así, los seres humanos llegaríamos a comportarnos de forma adecuada y esperada por la sociedad. Según Barkley, dicho control es inadecuado en el TDAH, especialmente cuando es necesario inhibir conducta, ya que los niños con TDAH parece que necesitan reforzadores excepcionalmente fuertes y notorios.

La mayoría de los modelos teóricos propuestos para explicar el TDAH en la última década están basados en el concepto de impulsividad, haciéndose referencia en ellos, a aspectos relacionados con una aversión con la demora, una inclinación a buscar recompensa inmediata, un fallo en la previsión de consecuencias de la respuesta, un déficit de autorregulación o estilo de respuesta rápido e impreciso. En resumen, la clave que actualmente se maneja para comprender el amplio espectro de manifestaciones que caracterizan a los estudiantes con TDAH es el “déficit

en el control inhibitorio”, es decir, la notoria incapacidad de para inhibir impulsos y los pensamientos que interfieren con las funciones ejecutivas (Miranda y cols., 1999). Estas interpretaciones asumen un marco general para la definición del problema que ayuda a explicar adecuadamente la variedad de dificultades que acarrea la hiperactividad.

En Chile, últimamente se han abordado estudios que exploran un novedoso factor explicativo del TDAH. Por ejemplo, López, López & Aboitiz (2003) sostienen que se conoce poco acerca de cómo se distribuyen los recursos atencionales de los sujetos con TDAH, asumiéndose que poseen una disminución atencional. Los autores plantean que más que una disminución de la atención se trataría de una forma diferente de atender, lo que mueve a reflexionar sobre el manejo de esta condición.

Respecto a los factores psicosociales se ha enfatizado la importancia de variables culturales, sociales y familiares en el aprendizaje de focalizar la atención y controlar la impulsividad e hiperactividad (Etchepare & Almonte, 2003). Este proceso de socialización puede estar influido por características de los padres, del niño y de las interacciones que desarrollan. Estudios actuales han encontrado relaciones entre TDAH y factores familiares, incluyendo pobreza, estrés e interacciones familiares negativas. En la actualidad existe un gran interés por el entorno psicosocial, debido a que entornos específicos del colegio o del hogar podrían provocar, moldear y mantener conductas relacionadas con el TDAH (Wicks – Nelson & Israel, 1999).

CAPITULO 2

TRATAMIENTOS ACTUALES PARA EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION / HIPERACTIVIDAD

La intervención en el TDAH no ha adoptado un modelo único sino que se ha enfocado

desde diferentes perspectivas: farmacológica, psicosociales y multimodales. Estas tres formas de intervención hasta el momento son los mejores medios disponibles para manejar el TDAH y tratar de aminorar sus consecuencias. A continuación se procederá a describir estas intervenciones y los estudios que respaldan su implementación.

A. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La farmacoterapia del TDAH se inició en 1937, cuando Bradley describió los efectos de la benzedrina en el comportamiento de los niños (Diamond & Mattsson, 1998). Actualmente la farmacoterapia con estimulantes es la intervención más común para el tratamiento del TDAH en Norteamérica, con metilfenidato (MPH) liderando con un 62% de las prescripciones estimulantes. Dextroanfetamina (DA) prescritas en un 23%, anfetamina con un 12% y pemolina con 3% (Althoff y cols., 2003). Estos medicamentos han demostrado ser eficaces a corto plazo para aliviar los síntomas centrales del TDAH (MTA Cooperative Group, 1999), estimándose que un 70% de los niños con TDAH responden al tratamiento farmacológico favorablemente (Purdie y cols., 2002). La evidencia también muestra que los antidepresivos tricíclicos, pueden ser efectivos en el manejo de los síntomas del desorden, así como de los síntomas coexistentes de ansiedad o de un trastorno del estado del ánimo. No obstante, estos antidepresivos no parecen ser tan efectivos como los estimulantes (Barkley, Murphy, & Bauermeister, 1998).

Beneficios y limitaciones del tratamiento estimulante

Los estimulantes están asociados con un positivo efecto a corto plazo en la conducta (AACAP, 1997). Un 62% de los niños mejoran según los criterios reunidos para el tratamiento exitoso (Lewis, 2002) y entre un 10 – 30 % muestra una respuesta adversa o no responde al tratamiento estimulante (Wells y cols., 2000). Metilfenidato muestra una mejora en la productividad y atención académica, aunque éste tiene un menor impacto. Es interesante que este beneficio a corto plazo no ha demostrado llevar a una mejora a largo plazo en el logro académico

(Lewis, 2002). Se ha demostrado que los estimulantes están asociados con una mejora inmediata y sustancial en la calidad de interacciones sociales con los pares, familia, y maestros; sin embargo, debe notarse que no todas las deficiencias sociales responden. Los problemas con la agresión, procesamiento de la información social, aislamiento social, y disforia pueden ser menos sensibles. La mayoría de los niños experimenta una mejora en la autoestima como su capacidad de normalmente funcionar mejora. Esto puede ser menos evidente cuando el niño tiene atribuciones negativas profundas alrededor de la medicación.

El tratamiento estimulante es útil a una mayoría de niños con ADHD; sin embargo, ofrece alivio significativo, no una cura. La efectividad de medicación estimulante puede ser limitada por su duración de acción (4 a 5 horas), y dado que no existe una generalización a situaciones en que esta ausente el medicamento (Purdie y cols., 2002). Además puede producir efectos secundarios somáticos y psiquiátricos, tales como anorexia, insomnio, dolor de estómago, cefaleas y tics; en algunos niños puede provocar taquicardia o elevación de la presión arterial diastólica (García, 2000). También la medicación presenta otras limitantes sociales y culturales, como el estigma social y la actitud negativa de una parte de la población hacia los psicofármacos, lo que trae consigo que los padres no quieran usar la medicación o fallen en el mantenimiento del tratamiento. La deserción en la toma de medicamentos es un problema importante, con tasas de cumplimiento especialmente problemáticas en familias de estrato socioeconómico bajo (Barabasz & Barabasz, 1996, 1997). Finalmente los adolescentes son frecuentemente reacios a tomar psicoestimulantes. Por todas estas razones, la medicación se combina a menudo con los tratamientos psicosociales.

El uso de la medicación requiere una discusión de miedos parentales sobre el daño al niño y la discusión continuada sobre los ajustes de dosis, los efectos laterales, y cómo el niño se siente sobre tomar las píldoras. El TDAH es un desorden complejo que afecta cada área de funcionar y requiere un programa del tratamiento comprensivo. Para Etchepare y Almonte (2003) la decisión de prescripción de terapia farmacológica depende de la existencia de síntomas que se pueden mejorar, la severidad de éstos, y el grado de incapacidad social que producen. El propósito es ayudar, al inicio, a funcionar mejor en la familia, escuela y con sus pares.

B. TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES

1. PSICOTERAPIA

a) *Terapia conductual*: Desde el modelo conductual se postula que los síntomas de hiperactividad, impulsividad y dificultades de atención, son patrones de conductas desadaptativas y desajustadas que pueden ser modificadas de igual forma que cualquier otro desorden de conducta, a través de las técnicas basadas en los principios de aprendizaje (Granell, 1979). Una característica de esta aproximación terapéutica conductual ampliamente usada, incluye la colaboración de padres y maestros. Los terapeutas entrenan a padres para usar economías de fichas, atención positiva para las conductas apropiadas, y tiempo fuera u otros castigos por los incumplimientos. Los profesores pueden usar el manejo de contingencias en el aula administrando alabanza verbal y otros premios para las conductas atentas apropiadas y retiro de privilegios o castigos para las conductas indeseables (American Academy of Pediatrics, 2001).

En el corto plazo, las intervenciones conductuales mejoran conductas focalizadas, habilidades sociales, y rendimiento académico en escenarios específicos, pero es menos útil reduciendo falta de atención, hiperactividad, o impulsividad (AACAP, 1997). Las más grandes debilidades de terapia de conducta son la falta de mantenimiento en el tiempo de las mejoras y fracaso para generalizar los cambios a otras situaciones distintas a donde el entrenamiento ocurrió. La generalización puede aumentarse al máximo dirigiendo el entrenamiento en distintos escenarios donde el cambio de conducta se desea a los tiempos múltiples y lugares, mientras facilitando el traslado de los reforzadores sucedidos naturalmente, disminuyendo el refuerzo gradualmente en un horario intermitente (AACAP, 1997), e instruyendo a los padres y maestros a señalar la conducta deseada y continuar proporcionando las contingencias. La falta de mantenimiento de ganancias puede dirigirse a través del uso de sesiones "propulsoras" periódicas (booster sessions)

En general, la terapia de conducta sola es menos eficaz que la medicación. Aunque la experiencia clínica sugiere por otra parte, que la mayoría de los estudios controlados han podido demostrar el beneficio adicional cuando la modificación de conducta se agrega a la medicación (American Academy of Pediatrics, 2001). Entre los programas conductuales manualizados y enfocados en el niño, el más extensamente conocido es el "*Summer Treatment Program*"

(Pelham y col., 1993). Se trata de un programa intensivo de tratamiento (360 horas), dentro de un período de 8 semanas para niños entre 5 y 15 años quienes son atendidos en grupos desde las 8:00 AM hasta las 5:00 PM durante los días de semana, recibiendo un programa de modificación de conducta en el contexto de un salón de clases. El programa usa una combinación de intervenciones que apuntan a mejorar en los niños, su relación con pares, interacciones con adultos, desempeño escolar y autoeficacia. Entre las técnicas que aplica este manual se encuentran un sistema de puntos, reforzamiento positivo, tiempo – fuera, intervenciones con pares, entrenamiento en habilidades deportivas y tarjetas de informes diarios. El programa entrega varios componentes de tratamiento apoyados empíricamente e incluido en el estudio más importante sobre tratamientos combinados realizado por el MTA Cooperative Group (1999), el cual se comentará más adelante (ver tratamientos multimodales).

a) Terapia cognitivo - conductual: La terapia cognitivo - conductual (TCC) se define como una amalgama racional de diversas e interrelacionadas estrategias para proporcionar nuevas experiencias de aprendizajes que involucran procedimientos establecidos y un análisis cognitivo (Kendall & Braswell, 1993). De acuerdo con este modelo: (1) se enfatiza los procesos del aprendizaje y la influencia de las contingencias y modelos en el ambiente; (2) subraya el rol central de los factores de mediación / procesamiento de la información; (3) se adscribe al conductismo metodológico confiando en la investigación básica en psicología, con el fin de generar hipótesis generales sobre el tratamiento y las técnicas terapéuticas específicas. Desde el paradigma explicativo cognitivo - conductual, el énfasis está localizado en el rol de las autoverbalizaciones como instrumentos mediadores que sirven de guía en la actuación, regulando y controlando la conducta. Niños con TDAH muestran déficit en la mediación verbal y en sus habilidades de resolución de problemas que parecen contribuir a su pobre regulación (Shirk & Russel, 1996). Estos niños muestran generalmente dificultades en controlar sus conductas, describiéndose como "actuar sin pensar", enfatizando sus deficiencias en las habilidades del pensamiento y la planificación (Braswell & Bloomquist, 1991). Los niños impulsivos e hiperactivos tienden a evidenciar deficiencias de procesamiento de forma que actúan sin pensar o realizan una tarea pobremente debido a una falta de planificación. Ellos no se comprometen en procesar cuidadosamente la información y como resultado sufre su desempeño. Sus dificultades

surgen por no detenerse y pensar antes de actuar. Los estudios han demostrado que la agresividad y las conductas acting - out impulsivas se relacionan en parte a una falta de autodominio, a una falta de toma de perspectiva social, y un fracaso para emplear las habilidades verbales mediacionales (Lewis, 2002).

En la TCC el abordaje terapéutico del TDAH se realiza a través de una gran cantidad de técnicas validadas empíricamente y cuyas formulaciones teóricas están sujetas a permanentes modificaciones. Braswell & Bloomquist (1991) sostienen que las principales estrategias utilizadas en el tratamiento de niños con TDAH son (a) el entrenamiento autoinstruccional, (b) entrenamiento en resolución de problemas (c) modelado, (d) contingencias conductuales, (e) educación emocional, y (f) ejercicios de juegos de rol. También se ha descrito en la literatura el uso del entrenamiento en relajación, ensayo conductual, imaginación, auto - evaluaciones positivas, cambio de la focalización atencional y reestructuración cognitiva (Opazo, 1983; Caballo, 1996; Ronen, 1997; Ellis & Grieger, 2000). El entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas para el tratamiento del TDAH son considerados centrales en este enfoque. El entrenamiento autoinstruccional se usó para enseñar a los niños con TDAH a “pensar antes de actuar” a través de su entrenamiento para “hablarse a sí mismos internamente” y ayudándolos a enfocar y dirigir su conducta hacia las tareas (Meichenbaum & Goodman, 2000). El entrenamiento en resolución de problemas es usado para ayudar a los niños a reconocer y definir un problema interpersonal, generar soluciones alternativas, evaluar las consecuencias e implementar una solución elegida. La TCC puede ser administrada individualmente o en grupo. Esta combina el aprendizaje de estrategias cognitivas, tales como pasos para resolver un problema y automonitoreo con técnicas de modificación de conducta, tales como refuerzos contingentes y modelado. La TCC se ha desarrollado como un intento para mejorar la generalización y durabilidad de las técnicas de modificación de conducta. Esto es teóricamente plausible, porque se dirige a los déficits que presumiblemente afectan directamente en el control de la impulsividad y en la habilidad de resolución de problemas y proporciona una estructura para el trabajo niños que de otra manera ganarían poco de la terapia. Aunque los estudios tempranos de TCC con niños agresivos, impulsivos, e hiperactivos mostraron mejoras en las medidas de impulsividad cognitiva, conducta social, y el uso de estrategias de afrontamiento, resultados posteriores han sido menos auspiciosos, no demostrándose que la TCC mejora los resultados

cuando se le agrega a la medicación estimulante (AACAP, 1997). Los problemas mayores son la falta de generalización a situaciones en que el entrenamiento específico no haya ocurrido y el hecho que los niños no usan las estrategias que ellos han aprendido a menos que se les incite. El entrenamiento en automonitoreo y autoevaluación y el readiestrando enfocado en atribuciones puede ser útil en el incremento del sentido de control por parte del niño (Kendall y Braswell, 1993). Niños muy pequeños y aquéllos con las deficientes habilidades del lenguaje parecen probablemente beneficiarse menos (Braswell y Bloomquist, 1991). El modelo intensivo de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas ha demostrado ser aditivo al tratamiento enfocado al ambiente del niño y superior a la terapia individual interpersonal mejorando la conducta en niños hospitalizados y pacientes ambulatorios con los problemas de la conducta, muchos de los cuales presentaban TDAH junto con otro desorden de conducta (AACAP, 1997). El modelo de entrenamiento en habilidades sociales (Michelson y cols., 1987) podría ser de utilidad a los niños con TDAH en promocionar conductas prosociales y adaptativas, sin embargo, no existen estudios de este modelo con esta población de niños.

Respecto a los estudios que evalúan distintos procedimientos cognitivos y conductuales, Turchiano y Hofstra (2000) llevaron a cabo un meta - análisis de 83 estudios informados durante los últimos 30 años sobre TCC con niños y adolescentes con TDAH. Los resultados medidos fueron calculados para medir el impacto de las intervenciones cognitivas y conductuales y otros tratamientos usados solos o en combinación. Los resultados sugirieron que los tratamientos cognitivos fueron más eficaces que ningún tratamiento. Procedimientos de entrenamiento en relajación - usados solos, o en combinación con otros tratamientos - generaron mejores resultados. Intervenciones que utilizaron alguna forma entrenamiento de ensayo conductual mostraron buenos resultados para los estudios de impulsividad. Los tratamientos cognitivos parecían generalizarse más que otras estrategias de tratamiento, sin embargo, estos efectos quizá fueron sólo temporales.

La aproximación cognitivo – conductual se ha desarrollado en un intento de lograr la deseable generalización de los efectos a través del tiempo y de los contextos, mediante la

enseñanza a los niños hiperactivos de estrategias dirigidas a ejercer por sí mismos el control de su comportamiento. Sin embargo, a pesar de la lógica de los supuestos en que se fundamentan, tampoco los programas con una orientación cognitivo – conductual han conseguido la deseable generalización ni el mantenimiento de la mejora de los tratamientos. Entre las razones que podrían explicar la desalentadora panorámica destaca la descontextualización de los programas de actuación y el olvido de contextos absolutamente significativos en la vida de los niños: el contexto escolar y familiar. En la mayoría de las investigaciones no se ha implicado a los profesores, y cuando éstos han participado, no se les ha suministrado suficiente conocimiento sobre las técnicas cognitivas y / o conductuales que tenían que aplicar.

2. ENTRENAMIENTO A PADRES

El entrenamiento a padres esta basado en la teoría del aprendizaje social y ha sido creado para asistir a los padres en el desarrollo de habilidades para manejar las conductas de sus hijos con TDAH. El entrenamiento parental se ha sugerido como una manera de mejorar el funcionamiento social de los niños con TDAH por medio del aprendizaje de los padres hacia el reconocimiento de la importancia de las deficientes habilidades sociales, usar naturalmente las oportunidades para enseñar habilidades sociales y de autoevaluación, y de tomar un rol activo en organizar la vida social del niño (AACAP, 1997).

La inclusión de los padres en el tratamiento se justifica en el papel de la familia en el desarrollo y aprendizaje de los niños con TDAH. Investigaciones evidencian que la disciplina agresiva es el mejor predictor paterno de hiperactividad (Roselló y cols. 2003). Woodward y cols. (1998) encontraron una relación significativa entre hiperactividad y estrategias parentales de crianza pobres, utilización de métodos de disciplina agresiva y poco proactiva, sentimientos

negativos de los padres hacia sus hijos y razonamiento, control inductivo y refuerzos positivos escasos. En una investigación reciente de Roselló y cols. (2003) se analizó el impacto del TDAH en el ámbito familiar. Los autores concluyen que el TDAH ejerce un impacto negativo en el sistema familiar y que el asesoramiento a padres se revela eficaz para entender la patología y producir cambios positivos en las expectativas / atribuciones parentales.

En los últimos años se ha experimentado un gran interés en esta línea de trabajo, concentrado principalmente en el papel de la familia, especialmente los padres, dado que el TDAH no se da en el vacío, sino en un contexto familiar determinado, en el que todos los miembros interactúan y se influyen mutuamente, y en que los padres ejercen un papel fundamental, ya que de ellos dependen gran cantidad de decisiones e influencias que marcarán el desarrollo del niño (Roselló y cols. 2003).

La influencia del entrenamiento a padres en el sistema familiar a sido estudiada últimamente, principalmente enfocada a conocer cómo el sistema familiar interviene en el desarrollo y expresión del TDAH. Los resultados de las investigaciones sobre el tema, indican, en términos generales, que las relaciones familiares en familias de niños con TDAH mejoran con el tratamiento. En una publicación reciente derivada del estudio de MTA (Wells, y cols., 2000) se recogieron datos de 579 niños (as) de 7 – 9 años con TDAH de subtipo combinado, distribuidos aleatoriamente en 4 grupos: uno de terapia intensiva de terapia de conducta, otro que recibía tratamiento médico, la combinación de los dos anteriores, y un cuarto grupo de control. Tras 14 meses de tratamiento, los resultados mostraron que se produjo un mayor descenso en disciplina inefectiva / negativa en los tres primeros grupos que en el cuarto, aunque no se observó un aumento significativo de diferencias significativas entre la efectividad de los tres tratamientos. No obstante, este estudio puso de manifiesto la posibilidad de que se produzca un cambio en el comportamiento de los padres a raíz de un tratamiento. En otro informe derivado del estudio del MTA (Hinshaw y cols., 2000) se concluyó que la reducción en el uso de mecanismos de disciplina negativa / inefectiva de los padres se asociaba con la mejora de la conducta de los

niños en el colegio, y que esta asociación se daba en las familias que recibían tratamiento combinado, pero no en las familias que solamente recibían solamente el tratamiento conductual.

Finalmente, en un estudio publicado que involucra a familias de adolescentes con TDAH, Barkley y cols. (1992) compararon la eficacia del entrenamiento en manejo conductual a padres solo, entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y comunicación a padres y niño, y terapia familiar estructurada a padres y niño. Cuando se evaluaron los posttests y 3 meses de seguimiento, las tres intervenciones mostraron reducciones en los informes de comunicación negativa, conflictos, y mejoras en el ajuste escolar en los adolescentes. También se apreció disminución en la sintomatología de los adolescentes y depresión materna. La satisfacción de los pacientes fue evaluada como excelente en los tres tratamientos; sin embargo, juicios más estrictos sobre los cambios clínicamente significativos sugieren que sólo un 5 a 30 % de las familias desplegaron mejoras confiables relacionadas al tratamiento. En un posterior y más reciente estudio Barkley y cols. (2001) compararon la eficacia del entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y comunicación a padres y el entrenamiento en manejo conductual a padres con jóvenes con TDAH y trastorno oposicionista desafiante concomitante. Ambos tratamientos mostraron mejoras significativas en las evaluaciones de madres, padres y jóvenes respecto a los índices de conflicto padres - adolescente, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos tratamientos. Entre un 34% - 70% de las familias fueron normalizadas por el tratamiento al finalizar la terapia.

Entre los programas para padres de niños con TDAH, actualmente sobresale el “*Defiant children: A clinical’s manual for parent training*”, creado por Barkley (1987). Este manual intenta instruir a los profesionales paso a paso para conducir un programa de entrenamiento para padres de 10 sesiones, para niños entre 2 y 12 años con TDAH y / o trastorno oposicionista desafiante. Un 70% de las familias quienes siguen los principios de este programa mejoran significativamente la conducta de sus hijos con TDAH y su relación global con el niño (Barkley, 1995). En líneas generales las investigaciones últimas sugieren que el entrenamiento a padres es útil en el abordaje terapéutico enfocado a la psicoeducación de los padres, mejoras en la interacción padres – hijo, comunicación y en la adaptación del sistema familiar al trastorno, y en el manejo de síntomas comórbidos al desorden, especialmente el trastorno oposicionista desafiante. Sin embargo, las respuestas al tratamiento pueden variar, dependiendo de las

habilidades necesitadas por cada familia.

3. INTERVENCIONES EDUCACIONALES

Las intervenciones educativas consisten principalmente en la dirección académica en la sala de clases o mejoras de los ambientes de aprendizaje. El abordaje escolar es necesario porque los niños con TDAH ante una tarea escolar se muestran desorganizados, impulsivos e ineficaces, las dificultades de atención, motivación, de mantener un esfuerzo mental ante tareas más repetitivas y monótonas, interfieren en su ejecución. Por lo tanto su rendimiento y adaptación escolar se ven afectados a pesar que su inteligencia sea normal, alta o superior. Por otro lado el comportamiento del niño con TDAH en el aula también interfiere en su rendimiento y en el grupo de clases, principalmente por su impulsividad. Por lo tanto, es muy importante que los profesores dispongan de estrategias para manejar la conducta de estos niños y más teniendo en cuenta que debido a la alta prevalencia del trastorno en la población escolar, hay muchas posibilidades de que encuentren en el aula un niño con TDAH por año escolar. Además de considerar que el promedio de alumnos por sala de clases oscila entre 40 y 45 alumnos. Las intervenciones dirigidas al tratamiento del TDAH han descuidado bastante las variables del profesorado en lo que respecta al éxito de la gestión en los niños con TDAH. Los profesores tienen un control considerable en establecer el ambiente de aprendizaje. Los estudios sugieren que los maestros tienen preferencia por técnicas conductuales que ahorren tiempo y que sean positivas (por ejemplo, elogios, economía de fichas) más que los procedimientos como el tiempo fuera y el costo de la respuesta (Wicks – Nelson & Israel, 1999).

En los últimos años, las intervenciones cognitivo conductuales han sido adaptadas para ser aplicadas en contextos educativos. Esto se debe a que cada vez son más los autores que creen que para que una intervención con estudiantes con TDAH sea eficaz, tiene que llevarse a cabo en los contextos donde deban ejecutarse los comportamientos deseados y ha de mantenerse a lo largo del tiempo para que se produzca la deseable generalización (Miranda y cols., 2000).

Robinson y cols. (1999) llevaron a cabo un meta - análisis donde fueron examinados 23 estudios de TCC enfocada en la reducción de la hiperactividad / impulsividad y / o agresión en escenarios escolares. Las medias de los efectos medidos a través de todos los estudios fue de 0.74

y un 89% de los estudios reflejaron grandes ganancias sobre los post test y sobre la mantención de los efectos cuando fueron expuestos a tratamientos con componentes cognitivo – conductuales. Miranda y cols. (2000) investigaron la eficacia de un programa contextualizado y multicomponente de formación de profesores sobre la ejecución neuropsicológica y conductual de los estudiantes con TDAH. Los análisis estadísticos aplicados señalan que los niños con TDAH mostraron alzas significativas después de la intervención, mejorando en su control inhibitorio, atención y en las estimaciones conductuales realizados por padres y profesores.

Miranda y cols. (2002) analizaron la eficacia de un programa psicosocial con múltiples componentes (programa de intervención en el aula) en 50 niños con TDAH y al tratamiento concerniente a las técnicas más eficaces para dirigir el comportamiento en el aula. Además se propusieron delimitar las posibles variables cognitivas y conductuales que pudiesen influir en el éxito / fracaso del programa. Los resultados indicaron un porcentaje de mejora mucho más significativo después de la aplicación del programa en hiperactividad / impulsividad, según las estimaciones de padres y profesores; y además que, las posibles variables que se encuentran modulando la eficacia de las intervención fueron los déficit en control inhibitorio así como los problemas de ansiedad, oposicionismo, aislamiento y la desadaptación social.

Finalmente señalar, que en los últimos años se han estudiado las intervenciones en la sala de clases, considerando que es el escenario donde más tiempo pasa el niño y que este ambiente es esencial para el progreso académico y emocional de los niños con TDAH. Además, se sostiene que la combinación de diversas técnicas, que cuentan con validez empírica suficiente, conlleva más mejoras clínicamente significativas que la utilización de una sola técnica (Miranda y cols., 1999). Uno de estos ejemplos es el “*Irving Paraprofessional Program*” (IPP) diseñado por Kotkin (1998), una intervención intensiva de 12 semanas que incluye (a) una intervención directa a niños con TDAH por paraprofesionales especialmente entrenados, (b) entrenamiento al psicólogo escolar sobre el uso de el manejo de estrategias efectivas en la sala de clases, (c) reforzamiento escolarmente basado, y (d) entrenamiento en habilidades sociales. Estudios preliminares sugieren que los paraprofesionales pueden efectuar cambios positivos en niños con TDAH que pueden ser mantenidos por el profesor después que el paraprofesional es removido de la sala de clases. Más, recientemente el IPP ha sido seleccionado como parte de un componente de tratamiento psicosocial del Instituto Nacional de Salud Mental en Norteamérica, en una

intervención multimodal del MTA Cooperative Group. El programa “*ADHD Classroom Kit*”, de Anhalt y cols. (1998) también es un paquete de tratamiento, que se lleva a cabo en el aula, que incluye los componentes clásicos de consecuencias para conductas apropiadas (ejemplo, estar centrado en la tarea) y consecuencias de la conducta inapropiada (ejemplo, desobedecer las órdenes del profesor) e introduce a los compañeros como figuras importantes de la intervención. El modelo del programa se basa en grupos de aprendizaje cooperativo para mejorar la ejecución académica y el funcionamiento social de todos los niños.

C. INTERVENCIONES MULTIMODALES

El tratamiento multimodal implica intervenciones de uno o varios profesionales clínicos dirigidas hacia padres, profesores y los sujetos que sufren TDAH. El tratamiento multimodal incluye: (a) tratamiento al niño, básicamente haciendo uso de procedimientos cognitivos y conductuales (b) el entrenamiento a padres, (c) intervención educativa o escolar, y (d) intervención farmacológica. Aunque la sabiduría clínica y la necesidad de dirigirse los problemas múltiples favorecen la aplicación del tratamiento multimodal del TDAH (AACAP, 1997), hay datos muy limitados en las investigaciones para sustentarlo. En parte, esto es debido al gasto, duración, y complejidad de estos tipos de estudios, con la dificultad para sostener al niño y participación de la familia a través del tiempo en las intervenciones múltiples, y la necesidad para un número grande de sujetos (Lewis, 2002).

Uno de los pioneros y escasos estudios para medir los efectos a largo plazo del tratamiento psicoestimulante e intervenciones psicológicas para TDAH es el de Saterfield y cols. (1987). Ellos midieron las intervenciones durante un periodo de seguimiento de 6 años, comparando niños varones con TDAH quienes recibieron sólo psicoestimulantes con quienes recibieron tratamiento combinado concluyendo que este último incidía en bajas tasas de arrestos e institucionalización (citado en Ahmoi & Petermann, 1997).

Actualmente la eficacia de los tratamientos combinados en niños con TDAH resulta ser

controversial. Entre los estudios más grandes y bien diseñados, se encuentra la investigación del Grupo Cooperativo para el Estudio del Tratamiento Multimodal de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (MTA Cooperative Group, 1999). En él se estudiaron 579 niños con TDAH del tipo combinado, entre 7 y 9.9 años, los cuales fueron asignados a 14 meses de medicación, tratamiento conductual intensivo, combinación de ambos y atención comunitaria. Todos los tratamientos mostraron mejoras en los síntomas de TDAH. Los tratamientos combinados no mostraron beneficios agregados al solo manejo farmacológico en la reducción de los síntomas centrales del TDAH. Sin embargo, se observó que los tratamientos combinados permiten lograr resultados similares con dosis más bajas de medicamentos (Farmer y cols., 2002). Los tratamientos combinados también fueron superiores a otros tratamientos en reducir factores asociados al TDAH (ej. desafío, agresión, oposicionismo, síntomas internalizados y la relación entre padres e hijos). Farmer, Compton, Burns & Robertson (2002) concluyen al analizar estos datos que la efectividad de los tratamientos adjuntos para el TDAH aún no es clara. Producto de estos antecedentes, últimamente se han creado pautas para el tratamiento del TDAH, considerando las variables influyentes en el trastorno. Por ejemplo Conners y cols. (2001), desarrollaron pautas de acuerdo general para especialistas para el diagnóstico y tratamiento del TDAH a través de preguntas realizadas a 50 psicólogos y 50 médicos quienes fueron considerados clínicos y / o investigadores expertos en el campo del TDAH. Estas pautas indican que los tratamientos conductuales - psicosociales son apropiados en las siguientes instancias:

1. Para TDAH leve
2. Para niños pre - escolares con TDAH
3. Cuando se presentan trastornos comórbidos internalizados
4. Cuando se presentan déficit en habilidades sociales
5. Cuando la familia prefiere tratamiento psicosocial

Los expertos estaban de acuerdo que comenzar la combinación de tratamiento médico y psicosocial es favorable en la mayoría de las situaciones, especialmente las siguientes:

1. Para casos más severos de TDAH
2. Cuando se presenta agresividad significativa o problemas importantes en la escuela

3. Donde hay una disfunción familiar severa causada por los síntomas del TDAH
4. Donde hay una necesidad por una respuesta rápida
5. Para los tres tipos de TDAH, especialmente el tipo combinado
6. Para todos los grupos de edad exceptuando preescolares
7. Con la presencia de trastornos externalizados comórbidos, retardo mental o problemas en el sistema nervioso central (ej. epilepsia, migraña).

D. LIMITES DEL CONOCIMIENTO

A pesar de los avances en el conocimiento del TDAH y los muchos artículos publicados para abordarlo desde de diferentes perspectivas y paradigmas aún existen temas insuficientemente documentados. Desde la biología falta precisar las bases neurobiológicas del TDAH, así como de otras deficiencias en el desarrollo neurológico. Respecto al tratamiento, en la actualidad, no existen pruebas de que ningún tratamiento tenga eficacia a largo plazo o cure el TDAH. Tampoco existen muchas pruebas de que la combinación de tratamientos sea más eficaz que un solo tratamiento. Sin embargo, el resultado del tratamiento parece depender de muchos factores, y las investigaciones van en camino de estudiar los efectos de los tratamientos únicos y de los tratamientos multimodales.

E. FUTURAS DIRECCIONES

Considerando las fortalezas y limitaciones de la medicación y las intervenciones psicosociales, parece claro que una sola forma de intervención es insuficiente para responder a las necesidades de muchos niños con TDAH. En líneas generales, las investigaciones actuales sugieren y apuntan a la necesidad de un enfoque contextualizado y multicomponente para el tratamiento del TDAH, cuyas principales características son: (a) un hincapié en la prevención, (b) papel activo de padres y profesores, (c) intervención dirigida a la modificación del contexto

(hogar, escuela) que implica necesariamente programas educativos, y (d) una perspectiva del ciclo vital, que tome en cuenta las características y necesidades que pueden surgir en las distintas etapas evolutivas del niño hiperactivo. Las futuras investigaciones necesitarán clarificar cuales niños con TDAH se benefician de las distintas formas de intervención (ej. contraste con distintos tipos de TDAH, nivel evolutivo, sexo) y determinar el tiempo óptimo para tales intervenciones.

Un factor importante a considerar es el hecho de que en países desarrollados se han implementado políticas gubernamentales para la integración de la mayoría de los niños con TDAH, dentro del contexto educacional. Por ejemplo, en España la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo promulga la tendencia a la total integración de los niños con necesidades especiales (Miranda, García & Presentación, 2002). En Estados Unidos, los niños diagnosticados con TDAH están protegidos bajo leyes federales desde 1973, prohibiendo la discriminación de estos niños en las escuelas, donde exista una “educación igualitaria” para individuos con TDAH. Bajo estos estatutos la Acta para Individuos con Discapacidades Especiales en Educación (Sección 504) ordena un proceso de evaluación multidisciplinario y el desarrollo de un plan de educación personalizada para cada estudiante con TDAH (Rott & Resnick, 2003). En Chile desafortunadamente no existen promulgaciones similares, por lo que la detección y tratamiento de este trastorno resulta ser más complejo y no son menores los niños con TDAH que al no ser prontamente diagnosticados y tratados presentan dificultades en su adaptación e integración en los establecimientos educacionales. Hay que tener presente que los sujetos que presentan TDAH padecen una *discapacidad*, por lo que requieren de necesidades especiales para favorecer su desarrollo físico, mental y social presente y futuro. Es de esperar que en un futuro se adopten políticas públicas que generen factores protectores, y evaluaciones e intervenciones oportunas y eficientes en el ámbito nacional.

Por último, una línea de investigación ha salido últimamente en la literatura y se enfoca en el estudio de cómo los síntomas del TDAH afectan la vida laboral y al diseño de programas de asesoramiento vocacional ajustado a sus necesidades. Esto considerando que la integración en el

mundo laboral de los estudiantes con TDAH constituye uno de sus grandes retos.

CAPITULO III

MODELO MULTICOMPONENTE Y HOLÍSTICO DE TRATAMIENTO COGNITIVO - CONDUCTUAL CON NIÑOS CON TDAH

1. MODELO ECOLOGICO Y DEL DESARROLLO

En este estudio se aborda el tratamiento psicoterapéutico desde el paradigma ecológico del desarrollo propuesto por Braswell y Bloomquist (1991). Ellos conceptualizan la terapia cognitivo – conductual (TCC) como un tratamiento psicológico cooperativo, orientado a objetivos, enfocado al entrenamiento en habilidades y de un abordaje directivo. Las intervenciones desde esta perspectiva ecológica no sólo suceden con el niño, sino también con importantes variables ambientales y transacciones ocurridas entre los niños y su ambiente. El ambiente es considerado como el escenario en que el niño existe, tal como es el hogar, la escuela, el vecindario y la cultura. Dentro de estos ambientes, se encuentran personas como padres, hermanos, profesores y pares quienes afectan y son afectados por el niño. Bajo el modelo ecológico se incluye la noción de que los problemas de la infancia son el resultado de las transacciones entre el niño y su ambiente. Las transacciones entre el niño y el ambiente a través del tiempo determinan la expresión de su conducta. Por ejemplo existe evidencia que sostiene que la conducta antisocial es el resultado de transacciones entre padres e hijos a través del tiempo. Inicialmente, los niños exhiben incumplimientos esperados para su edad, pero los padres

responden ineficazmente en manejar la conducta del niño. Entonces, las conductas de incumplimiento de los niños son inadvertidamente reforzadas. Si estas transacciones ocurren repetida y gradualmente los problemas conductuales de los niños irán en escalada, culminando en conductas antisociales en la infancia media y adolescencia. Similares interacciones coercitivas entre padres e hijos han sido descritas en los niños con TDAH y sus padres. Específicamente en el caso del TDAH, interacciones padres - hijos disfuncionales no se han observado como la causa original de las dificultades atencionales, pero sí como un factor importante en el desarrollo de problemas conductuales secundarios. La TCC, por lo tanto, necesita modificar no sólo como los niños piensan y actúan, sino también como piensan y actúan las personas importantes en el ambiente del niño, y las transacciones que ocurren entre los niños y las personas de su ambiente.

Durante la evaluación y planificación del tratamiento es necesario considerar las etapas del desarrollo de los niños. Por ejemplo, puede ser inapropiado esperar que los preescolares desplieguen conductas de autocontrol más características de los niños de edad escolar y adolescentes. Óptimamente, la intervención debería igualarse a las capacidades del desarrollo de los niños. Por ejemplo, Braswell y Bloomquist citan la investigación de Meyers y col. (1989) donde se resumieron una serie de estudios que examinaban las interfaces entre los niveles del desarrollo del niño y las intervenciones. Niños definidos piagetianamente como dentro de una etapa preoperacional (6 a 7 años) se benefician de las intervenciones más simples y concretas, tales como las intervenciones en que el terapeuta dice al niño como resolver un problema y entonces el niño tiene que practicar esta estrategia. En cambio los niños definidos piagetianamente como dentro de una etapa operacional concreta (7 a 11 años) pueden involucrarse en un rol más activo en la intervención. Los niños responden bien a intervenciones en que ellos no deben tener que decir que pensar, sino como pensar a través de una aproximación de descubrimiento dirigido. A los niños se les dirige a resolver los problemas por sí mismos. En síntesis, todos los clínicos e investigadores están de acuerdo en que el periodo del desarrollo debe ser considerado en el proceso de intervención. La tabla 1 presenta un resumen de los principios más importantes del modelo ecológico del desarrollo en la TCC para niños y adolescentes con TDAH. Este modelo es un abordaje integrado para intervenir múltiples variables con respecto a múltiples contextos usando una variedad de procedimientos cognitivo - conductuales. Los problemas son conceptualizados y tratados según un paradigma cognitivo -

conductual, tomando en consideración factores ecológicos y del desarrollo. Se distinguen estos factores cognitivo y conductuales descritos para niños, padres y escuela (u otros ambientes). Las intervenciones cognitivo conductuales son empleadas para remediar dichos factores. Una variedad de intervenciones que son usadas apuntan hacia reeducar y / o remediar factores cognitivo conductuales específicos para el niño, padres y personal escolar.

TABLA 1: Modelo ecológico del desarrollo en TCC para niños y adolescentes con TDAH

<p><i>1. Conceptualización del niño y su ambiente con un paradigma cognitivo – conductual</i></p> <p>A. Niño o adolescente con TDAH</p> <p>1) Distinguir dificultades cognitivo - conductuales</p> <p>2) Considerar el contexto del desarrollo de esas dificultades</p> <p>B. Padres / Familia</p> <p>1) Distinguir dificultades cognitivas y conductuales</p> <p>2) Considerar el contexto del desarrollo de esas dificultades</p> <p>C. Escuela (y otros ambientes significativos)</p> <p>1) Distinguir las características cognitivo - conductuales del equipo (staff) que pueden estar involucrado con las dificultades del niño / padres</p> <p>Considerar la naturaleza transaccional de las interacciones de niños, padres y / o escuela</p>

II. *Uso de intervenciones cognitivo - conductuales*

A. Con el niño

- 1) Reeducar al niño si él o ella manifiesta información, creencias o expectativas inapropiadas y si el niño es bastante maduro para la reeducación
- 2) Remediar el desarrollo inapropiado de procesos conductuales y cognitivos del niño

B. Con los padres

- 1) Reeducar a los padres si ellos manifiestan información, creencias o expectativas inapropiadas.
- 2) Remediar los procesos conductuales y cognitivos inapropiados de los padres.

C. Con la escuela

- 1) Reeducar al staff si ellos manifiestan información, creencias o expectativas inapropiadas.
- 2) Remediar los procesos conductuales y cognitivos inapropiados del staff.

D. Encarar los procesos transaccionales destructivos entre el niño, padres y escuela (u otro ambiente significativo)

(Fuente: Braswell & Bloomquist, 1991)

2. **CONCEPTUALIZACION COGNITIVO - CONDUCTUAL DEL TDAH Y SUS PROBLEMAS COEXISTENTES**

Las teorías cognitivo - conductuales han hipotetizado que ciertas variables cognitivas y conductuales están relacionadas con ciertos tipos de psicopatología infantil. Específicamente en TDAH, se propone que los niños con este desorden presentan déficit cognitivos (Kendall y cols., 2002). Factores cognitivos y conductuales pueden ser característicos en los niños con TDAH. Reconociendo la importancia de los factores ecológicos ha de considerarse además las características cognitivo - conductuales de padres y ambiente escolar.

a) *Factores cognitivos y conductuales asociados a niños con TDAH y TDAH / TC*: Los factores cognitivo y conductuales asociados con TDAH y niños con TDAH / TC son resumidos en la tabla

2. Como se ha comentado anteriormente en detalle, los niños con TDAH muestran deficiencias para mantener atención sostenida. Estos niños presentan dificultades con la vigilancia y con mantener esfuerzos hacia las tareas. Los niños impulsivos tienden a tomar decisiones muy rápidamente y son propensos a cometer errores. Otra variable cognitiva asociada con el TDAH es un déficit en la habilidad de resolución de problemas. Esta habilidad tiene el propósito de organizar pensamientos y conductas para resolver un problema, involucrando componentes tales como, reconocer el problema, pensar soluciones y consecuencias alternativas, y la evaluación de la efectividad de las estrategias empleadas. Las deficiencias pueden estar relacionados con resolución de problemas intrapersonales e interpersonales.

TABLA 2. Factores cognitivo y conductuales asociados a niños con TDAH / TC

<i>Cognitivo</i>	
I.	Dificultades para mantener la atención
II.	Cogniciones temporales impulsivas
III.	Déficit en resolución de problemas
	A. Resolución de problemas intrapersonales
	B. Resolución de problemas interpersonales
IV.	Déficit en intentar finalizar un pensamiento
V.	Déficit en la toma de perspectiva
VI.	Errores en el procesamiento de la información
	A. Malas atribuciones de intención
	B. Selección de la información y revocación
VII.	Impulsos de rabia
	A. Déficit en la mediación de conductas, afectos y cogniciones
	B. Errores en el procesamiento de la información
<i>Conducta</i>	
I.	Conducta fuera de la tarea
II.	Incumplimiento
III.	Déficit en las habilidades de conducta social
IV.	Conducta agresiva
V.	Conducta antisocial

(Fuente: Braswell & Bloomquist, 1991)

Las pobres habilidades de los niños con TDAH para finalizar un pensamiento sugieren una habilidad deficiente en pensar los pasos necesarios para alcanzar un objetivo. La habilidad de

tomar perspectiva se encuentra también deficiente en niños con TDAH y TC. Estos niños tienen dificultad comprendiendo los pensamientos, sentimientos y percepciones de otras personas. Niños con TC frecuentemente cometen errores en atribuir causalidad en las intenciones de otros mal interpretando las conductas de otros como hostiles. Ellos frecuentemente ponen atención y revocan las señales sociales hostiles en vez de señales neutras o positivas en las interacciones personales. Los niños con TC tienen dificultades para controlar sus emociones de rabia. Los impulsos de rabia se ha visto tienen relación con los déficit en la mediación de la conducta, afecto y correlato fisiológico, como también errores en el procesamiento de la información.

Se ha encontrado que los niños con TDAH y TC presentan ciertas conductas características, tales como, rehusar hacer las tareas frecuentemente, son más incumplidores, presentan conductas agresivas, tienen déficit en las habilidades de conducta social (ej. pobre contacto visual, deficientes habilidades de comunicación, limitadas habilidades para compartir y de asertividad) y pueden comprometerse en conductas antisociales (ej. robar, abuso de alcohol y drogas, etc.).

b) Factores cognitivos y conductuales asociados a la disfunción familiar: Los factores cognitivo y conductuales asociados con la disfunción parental o familiar son resumidos en la tabla 3. Los padres de los niños que exhiben problemas conductuales hacen atribuciones características hacia sus hijos en un esfuerzo por inferir causalidad sobre su conducta negativa. Los padres frecuentemente atribuyen la mala conducta de sus hijos a disposiciones internas en vez de factores externos. Los padres pueden también comprometerse en atribuciones de auto - reproche cuando un hijo se porta mal. Los padres atribuyen a los problemas de sus hijos a deficiencias en sí mismos y a sus habilidades parentales, y esas conclusiones son generalmente seguidos de una auto - condena. Los padres de niños con problemas de conducta tienen creencias poco realistas sobre su hijo y sobre sí mismos. Los padres pueden sostener sólidas creencias globales acerca de sus hijos, tales como "él siempre tendrá problemas", o sólidas creencias globales acerca de su paternidad, tal como. "Yo soy un padre terrible". Los padres de los niños que exhiben trastornos del comportamiento pueden tener expectativas poco realistas para sus hijos. Esto puede manifestarse en que los padres tengan expectativas inapropiadas acerca de la capacidad de autocontrol de sus hijos. Los padres manifiestan un locus de control externo, sintiendo

frecuentemente muy poca responsabilidad por la conducta de sus hijos y también tienen sentimientos que la conducta de sus hijos esta fuera de su control. Algunos padres presentan además sesgos perceptuales. Generalmente, este sesgo se manifiesta por padres quienes son depresivos o están bajo un estrés significativo e implica que los padres perciben neutral o apropiadamente la conducta disruptiva e inadecuada de sus hijos. Finalmente, algunos padres pueden tener dificultades con la inapropiada expresión de la rabia. Problemas con el manejo de la rabia pueden detener los procesos cognitivos y conductuales relacionados a déficit en automonitoreo y reconocimiento de las señales de rabia y tener pobres habilidades de afrontamiento para modular la rabia y responder de una forma más adaptativa ante las conductas de su hijo.

TABLA 3. Factores cognitivo - conductuales asociados a la disfunción de la relación familiar

<i>Cognición de los padres</i>	
I.	Atribuciones disfuncionales
	1. Características atribucionales hacia los niños
	2. Atribuciones autoculpabilizadoras
II.	Creencias no realistas
	1. Creencias Globales / Sólidas de los niños
	2. Creencias Globales / Sólidas de sí mismos
III.	Expectativas no realistas
IV.	Locus de control externo
V.	Sesgos perceptuales
VI.	Cólera impulsiva
<i>Conducta Familiar</i>	
I.	Reforzamiento negativo de las conductas inapropiadas
II.	Bajas tasas de reforzamiento positivo de conductas apropiadas
III.	Disciplina inefectiva
IV.	Pobre monitoreo parental de los niños
<i>Cognitivo - Conductual Familiar</i>	
I.	Déficit familiar en resolución de problemas
II.	Déficit familiar en comunicación
	Déficit familiar en el manejo de la cólera y los conflictos

(Fuente: Braswell & Bloomquist, 1991)

Las características de las familias disfuncionales han sido exploradas desde una perspectiva conductual. El refuerzo negativo a menudo forma y mantiene conductas disfuncionales entre padres e hijos. Ellos se comprometen en conductas aversivas uno hacia el otro como una manera de controlar la conducta del otro. Cuando un padre o hijo da una conducta aversiva al otro, esto refuerza negativamente tales conductas e incrementa la probabilidad que la conducta sea repetida. Otra característica de las familias disfuncionales son las bajas tasas de reforzamiento positivo para las conductas adecuadas. Cuando los niños se comprometen en una

conducta apropiada o prosocial, sus padres a menudo no le prestan atención ni refuerzan dichas conductas. Los padres también presentan disciplina ineficaz por conductas disruptivas o incumplimiento. Ellos generalmente dan órdenes vagas y frecuentes a sus hijos en un esfuerzo por ganar su complacencia. Cuando los padres no dicen exactamente lo que suponen que el niño haga y dan órdenes vagas repetidamente, disminuye la probabilidad de que el niño cumpla sus requisitos. Los padres pueden también dar muchas advertencias y no seguir con consecuencias cuando es indicado. Además, los problemas familiares pueden involucrar un pobre monitoreo parental de la conducta de sus hijos. Por ejemplo, los padres no emprenden las acciones necesarias para monitorear a sus hijos en sus actividades y quehaceres.

Las familias disfuncionales también despliegan un número de déficit de habilidades cognitivo - conductuales. Las familias exhiben dificultades en sus habilidades de resolución de problemas siendo incapaces de generar soluciones alternativas o para estar de acuerdo sobre cómo resolver problemas familiares. Las familias disfuncionales presentan pobres habilidades de comunicación expresándose de forma vaga, poco clara y destructiva y tienen pobres habilidades para escuchar. Muchos problemas familiares muestran altos niveles de conflicto y déficit en habilidades de control de la rabia y para resolver conflictos. Las familias con pobres habilidades para resolver conflictos tienen más frecuentemente dificultades en resolver problemas y comunicarse por su exacerbado nivel de conflicto.

3. ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVO - CONDUCTUAL PARA LOS NIÑOS Y SUS FAMILIAS

El modelo de TCC se lleva a cabo durante 6 etapas (ver tabla 4). La *primera etapa* es de

evaluación. Una evaluación diagnóstica es conducida en el proceso para determinar un eventual cambio en los métodos de intervención. Una evaluación relacionada al tratamiento es conducida para delinear los factores conductuales y cognitivas específicas de niños y padres que necesitan ser dirigidos en la intervención. El terapeuta debe considerar la severidad de la disfunción de los niños y padres, así como la etapa del desarrollo del niño como determinante en el plan de tratamiento. También debe considerarse el ambiente escolar involucrado. La *segunda etapa* consiste en preparar a los niños y padres para el cambio. La *tercera etapa* implica el entrenamiento de niños y padres en habilidades específicas de afrontamiento cognitivo - conductuales. La *cuarta etapa* involucra la consulta escolar. En esta etapa, la escuela es comprometida para acrecentar la generalización de las habilidades entrenadas originalmente por el clínico, pero también el entrenamiento puede ser desarrollado en el colegio. La *quinta y sexta etapa* concierne la terminación de la intervención y sesiones de seguimiento respectivamente.

4. CARACTERISTICAS DEL TERAPEUTA

Kendall y Braswell (1993) sostienen que la postura o actitud mental del terapeuta cognitivo conductual se describe en los términos de: *consultante, diagnosticador y educador*. Braswell y Bloomquist (1991) apoyan la noción que la TCC para el TDAH es una intervención de colaboración, orientada hacia objetivos y de entrenamientos en habilidades. Estos autores señalan que los terapeutas debieran tener ciertas características necesarias para conformar estos parámetros terapéuticos. Los terapeutas debieran tener elevadas habilidades para relacionarse (ej. capacidad para establecer vínculo terapéutico, humor, etc.) y elevadas habilidades para estructurar logros (ej. directivo, activo, etc.)

TABLA 4. Etapas de intervención cognitivo - conductual para niños y familias

<i>I.</i>	<i>Evaluación</i>
	A. Evaluación Diagnóstica
	B. Evaluación de tratamiento relacionado
	C. Planificación del tratamiento
	1. Focos en cogniciones y conductas específicas de niños y padres / familia
	2. Considerar la severidad de la disfunción del niño
	3. Considerar la severidad de la disfunción familiar
	4. Considerar factores del desarrollo
	5. Considerar ambiente escolar
<i>II.</i>	<i>Preparación para el cambio</i>
	A. Conformar una relación de colaboración
	B. Comenzar a modificar recursos de resistencia
<i>III.</i>	<i>Entrenamiento en habilidades cognitivas y / o sociales</i>
	A. Enfocado en el niño
	B. Enfocado en los padres
	C. Enfocado en la familia
<i>IV.</i>	<i>Consulta escolar</i>
<i>V.</i>	<i>Terminación</i>
<i>VI.</i>	<i>Seguimiento</i>

(Fuente: Braswell & Bloomquist, 1991)

El terapeuta necesita ser directivo de una manera Socrática. Esta aproximación se relaciona a responder preguntas para guiar a los sujetos a desarrollar y aplicar habilidades en áreas problemáticas específicas. Es importante que el terapeuta se enfoque sobre el proceso más que en el contenido de la terapia, ayudando a los niños y padres a resolver sus problemas. El terapeuta no le dice a los sujetos o familias que hacer, sino que los ayuda a descubrir unos pensamientos por sí mismos. Un ejemplo de esto podría ser un adolescente que va a terapia y plantea que quiere encontrar trabajo. El terapeuta cognitivo conductual no debe enfocarse en el contenido de ayudar al adolescente a encontrar trabajo. Más bien el terapeuta cognitivo conductual debe enfocarse sobre el proceso necesario para facilitar al joven encontrar empleo por sí mismo. Esto debe ser acompañado por una introducción de las habilidades de resolución de problemas al cliente y que él / ella responda por sí mismo el uso de los pasos de resolución de problemas para solucionar el problema de encontrar trabajo. El terapeuta cognitivo conductual puede emplear una variedad de herramientas para acrecentar los resultados terapéuticos, incluyendo instrucciones didácticas, modelado, juegos de rol, ensayos conductuales, tareas de ejercicios y manejo de contingencia para facilitar la adquisición de habilidades. Materiales de escritura tales como, tablas, gráficos o logos pueden ser usados como ayuda visual o memoria para todo el proceso terapéutico.

5. ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES EN LOS NIÑOS

El terapeuta cognitivo - conductual puede usar una variedad de procedimientos / técnicas para remediar y / o cambiar los factores cognitivo y conductuales que están implicados en los niños con TDAH. La intervención cognitivo conductual para estos niños es resumida en la tabla 5.

TABLA 5. Entrenamiento en habilidades para niños con TDAH y TDAH / TC

<p><i>I. Entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas</i></p> <p>A. Estrategias de autocontrol</p> <p>B. Componentes de las habilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento de los problemas 2. Generación de una solución 3. Pensar consecuencias 4. Anticipación de obstáculos 5. Ejecutar conductas específicas <p>C. Intentar finalizar un problema</p> <p>D. Tomar una decisión para resolver un problema</p>
<p><i>II. Entrenamiento en resolución de problemas interpersonales</i></p>
<p><i>III. Manejo cólera / frustración</i></p>
<p><i>IV. Manejo de esfuerzos pobres</i></p>
<p><i>V. Entrenamiento en habilidades de conducta social</i></p>
<p><i>VI. Entrenamiento en relajación</i></p>

(Fuente: Braswell & Bloomquist, 1991)

Procedimientos de entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas son las intervenciones clásicas para el tratamiento de niños con TDAH. El entrenamiento en resolución de problemas implica enseñar estrategias metódicas para solucionar problemas. El entrenamiento autoinstruccional implica entrenar a las personas a hablarse a sí mismos para resolver problemas cuando se enfrentan a una dificultad o situación nueva (Meichenbaum & Goodman, 2000).

El foco principal está en enseñar a los niños estrategias de autocontrol vía entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas. Los niños son entrenados en una variedad de habilidades de resolución de problemas, incluyendo, cómo reconocer un problema, cómo generar soluciones alternativas, cómo anticipar consecuencias, cómo anticipar obstáculos que puedan presentarse y cómo ejecutar conductas específicas para resolver problemas. El entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas puede ser enfocado hacia problemas intrapersonales (ej. tareas escolares o esfuerzos deficientes) o problemas interpersonales (ej. dificultades al interactuar con pares y adultos).

A través de la resolución de problemas interpersonales, los niños aprenden cómo usar los pasos de procedimiento de resolución de problemas para resolver dilemas interpersonales. El entrenamiento en toma de perspectiva puede ser incorporado en la resolución de problemas interpersonales para ayudar a los niños a aprender cómo entender los pensamientos y sentimientos de otros individuos. Para afianzar el entrenamiento de resolución de problemas interpersonales, es frecuentemente empleado el entrenamiento en habilidades de conducta social. En el entrenamiento de las habilidades de conducta social, los niños aprenden a ejecutar e incrementar el uso de conductas prosociales específicas. Este entrenamiento generalmente incluye un proceso de instrucciones didácticas, adiestramiento, juego de rol, y aplicación práctica de habilidades específicas tales como, un mantenimiento adecuado de contacto visual, juegos cooperativos y expresión de sentimientos apropiadamente.

El entrenamiento para el manejo emocional de rabia / frustración es frecuentemente utilizado para entrenar a los niños a modular su respuesta emocional. Los niños son instruidos a usar los pasos autoinstruccionales y de resolución de problemas enfocados hacia el manejo de rabia / frustración, técnicas de relajación y afrontamiento de autoafirmaciones para controlar la rabia / frustración. Un componente del manejo de la rabia / frustración implica el entrenamiento de los niños en estrategias para interpretar una situación determinada para que ellos aprendan a atribuir correctamente las intenciones de las conductas de otros.

Dado que se conoce que los niños con TDAH presentan conductas fuera de la tarea y

esfuerzos deficientes, se desarrollan módulos que se enfocan a los esfuerzos deficientes. A través de este entrenamiento, los niños aprenden a usar habilidades autoinstruccionales y de resolución de problemas y afrontar autoafirmaciones para manejar esfuerzos deficientes. Finalmente, los niños aprenden importantes habilidades de relajación. Este factor es incluido dado que frecuentemente los niños presentan dificultades controlando su correlato fisiológico frente a las emociones de rabia y frustración o excesiva actividad motora.

6. ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES EN LOS PADRES

El terapeuta cognitivo - conductual puede usar una variedad de procedimientos / técnicas para remediar y / o cambiar los factores cognitivo y conductuales que están implicados en las dificultades de adaptación familiar. Los módulos de entrenamiento de habilidades a padres son resumidas en la tabla 6.

Para modificar pensamientos y actitudes se usan procedimientos educativos y de reestructuración cognitiva. El terapeuta necesita entregar información exacta a los padres sobre TDAH y TCC para que las expectativas y creencias puedan ser más apropiadas. Los padres también son entrenados en reconocer cogniciones disfuncionales acerca de sus hijos o sí mismos, entendiendo porqué sus pensamientos son disfuncionales, y reemplazándolos por pensamientos más funcionales.

TABLA 6. Entrenamiento en habilidades para padres

<p><i>I. Modificación de pensamientos y actitudes de los padres</i></p> <p><i>A. Educación</i></p> <p><i>B. Reestructuración cognitiva y refocalización</i></p>
<p><i>II. Manejo cognitivo conductual del niño</i></p> <p><i>A. Autoobservación del niño</i></p> <p><i>B. Educación de las habilidades que el niño esta aprendiendo</i></p> <p><i>C. Estimular y reforzar las habilidades del niño aplicadas al hogar</i></p>
<p><i>III. Manejo conductual del niño</i></p> <p><i>A. Autoobservación</i></p> <p><i>B. Mejorar la relación parental a través de un tiempo de juego especial</i></p> <p><i>C. Automonitoreo parental</i></p> <p><i>D. Reforzamiento</i></p> <p><i>E. Ordenes</i></p> <p><i>F. Remover privilegios / tiempo fuera</i></p> <p><i>G. Estructurar el ambiente</i></p> <p><i>H. Entrenamiento del niño / adolescente en automonitoreo</i></p> <p><i>I. Contrato conductual</i></p> <p><i>J. Monitoreo</i></p>

(Fuente: Braswell & Bloomquist, 1991)

En el manejo cognitivo - conductual del niño, el foco es que los padres estimulen a sus hijos a usar procesos cognitivos productivos. Los padres son entrenados en un método parental Socrático con que ellos faciliten el uso de estrategias cognitivo - conductuales en sus hijos para resolver problemas que puedan ocurrir en el hogar. Un componente de este tratamiento implica ayudar a los padres a que aprendan a ser buenos observadores de sus hijos y de sí mismos en

continuas actividades del hogar y, como resultado de esto, aprendan a identificar secuencias de conductas repetitivas en las interacciones padre – hijo y sus consecuencias afectivos de interacción social. Luego, los padres son educados en habilidades cognitivo - conductuales específicas que sus hijos están aprendiendo, sin romper la confidencialidad expuestas por sus hijos. Esto es acompañado de simples explicaciones a los padres sobre las habilidades específicas que están aprendiendo sus hijos, sin entrar en revisiones personales que sus hijos puedan mostrar en terapia. Finalmente, los padres aprenden como ayudar a sus hijos a descubrir, cuando, donde y cómo usar estrategias de TCC y reforzar adecuadamente su aplicación.

En el manejo conductual del niño, el foco es la conducta del niño. Los padres aprenden métodos para modificar las conductas de sus hijos en el hogar. Nuevamente, el primer paso es ayudar a que los padres aprendan como observar mejor a sus hijos y a sí mismos en sus secuencias de conductas repetitivas en las interacciones padres - hijo. Un buen número de procedimientos pueden ser empleados para mejorar las interacciones padres - hijo y facilitar a los padres habilidades para manejar la conducta de su hijo. Una técnica implica incrementar la relación padre - hijo a través de un tiempo especial de juego. Los padres aprenden como aumentar conductas positivas específicas, tales como, alabar, describir, y tocar, mientras disminuyen conductas negativas específicas, tales como, dominio, críticas, y preguntas, durante actividades estructuradas de tiempo de juego. Otra habilidad que los padres pueden aprender es el automonitoreo. Los padres aprenden a observarse a sí mismos, reduciendo interacciones negativas, e incrementando las interacciones positivas, así como ignorar y no reforzar conductas inapropiadas del niño. Esto es acompañado a través del ejercicio de automonitoreo en el cual los padres monitorean la frecuencia con que ellos emiten esas conductas, mientras intentan disminuir conductas parentales negativas y aumentar conductas parentales positivas. Otras habilidades parentales involucradas es el aprendizaje de cómo reforzar el cumplimiento y conductas adecuadas específicas. Para acompañar esto, procedimientos estructurados son implementados con reforzamiento paterno contingente con las conductas específicas emitidas por los niños.

Las órdenes que los padres dan a sus hijos pueden ser también el foco en el manejo de la

conducta del niño. Los padres aprenden a reconocer cuando ellos están dando órdenes ineficaces y aprender cómo dar órdenes firmes y específicas para ganar el cumplimiento de sus hijos. Tiempo fuera / remover privilegios es otra efectiva estrategia que pueden usar los padres. A través de estos procedimientos los padres aprender a imponer consecuencias por el incumplimiento y por conductas inadecuadas específicas. Estructurando el ambiente hogareño puede también potenciar el manejo de la conducta del niño. Para desarrollar esta habilidad, los padres aprenden cómo crear más rutinas y horarios y definir en el hogar claramente los procedimientos, reglas y expectativas para entregar mayor estructura externa y predecible por el niño. Entrenar a los niños en automonitoreo puede ser también una manera efectiva para que los padres modifiquen la conducta de sus hijos. Los padres son instruidos cómo monitorear y reforzar a sus hijos para que hagan sus tareas. Los padres pueden necesitar aprender estrategias de monitoreo de sus hijos más efectivas. El contrato conductual puede ser una herramienta para potenciar la modificación de las conductas desadaptativas más severas de sus hijos. Para emplear el contrato conductual, los padres e hijos negocian y señalan contratos específicos para conductas problemáticas.

7. CONSULTA ESCOLAR

El contenido de la consulta escolar es resumido en la tabla 7. La consulta escolar puede tener un foco cognitivo - conductual o conductual. Es de ayuda fundamental en un comienzo entregar al personal escolar información sobre el TDAH y la TCC para comenzar a modificar pensamientos mal adaptativos. Aunque no siempre es fácil, puede ser de ayuda intentar modificar las arraigadas cogniciones mal adaptativas del personal escolar sobre sí mismos y los niños de manera similar en que las cogniciones de los padres son modificadas. En la consulta escolar enfocada cognitiva - conductualmente, el énfasis está en entregar al personal escolar estrategias y habilidades específicas para promover a los niños el uso de las nuevas habilidades adquiridas dentro del ambiente escolar.

El primer paso es explicar al personal escolar específicamente qué habilidades esta aprendiendo el niño. El segundo paso es instruir en métodos que ayuden a los profesores a

trabajar con el niño de una manera cognitivo - conductual. Esto generalmente involucra la instrucción de métodos para estimular, evaluar, y recompensar a los niños por el uso de estrategias en el ambiente escolar. El foco de la consulta escolar es promover las habilidades de manejo conductual del niño similarmente a lo discutido en el entrenamiento de habilidades de padres.

TABLA 7. Consulta escolar

I.	Modificación de pensamientos y sentimientos del personal escolar A. Educación B. Reestructuración cognitiva
II.	Consulta escolar cognitivo - conductual A. Explicar las habilidades del niño B. Planificar métodos para promover la generalización del ambiente escolar 1. Métodos para estimular al niño en el uso de estrategias 2. Métodos para evaluar la estrategia usada por el niño 3. Métodos para premiar la estrategia usada por el niño
III.	Conducta por la consulta escolar A. Planificar intervenciones conductuales específicas

(Fuente: Braswell & Bloomquist, 1991)

8. TERMINACIÓN

Una vez que el niño y los padres han demostrado cambios positivos y se observa que aplican las nuevas habilidades apropiadamente y la consulta escolar ha sido implementada, el terapeuta puede considerar terminar la terapia. Es recomendable usar medidas objetivas y subjetivas para determinar si se requiere finalizar la terapia. Evaluaciones subjetivas pueden ser derivadas de la observación de los terapeutas y preguntando a los niños / adolescentes y padres su opinión sobre el progreso terapéutico. La observación de los terapeutas puede centrarse en la observación o no de una adecuada adquisición de esa habilidad. Pueden dirigirse preguntas a la familia sobre sus percepciones sobre la mejora de su hijo en la escuela, con sus pares, con la familia, en la comunidad, etc. evaluaciones objetivas pueden incluir readministrar test durante el diagnóstico o fases del tratamiento. Si el terapeuta observa que convergen las observaciones de él / ella, con las observaciones de los niños y los padres, y las evaluaciones objetivas, puede considerarse seriamente concluir la terapia.

9. SEGUIMIENTO

Sería ingenuo asumir que una vez completada la terapia con niños con TDAH y sus familias, que los niños o sus familias nunca necesitarán terapia de nuevo o que las ganancias del tratamiento serán necesariamente mantenidas. Existen pocos estudios que evalúen los efectos de las sesiones reforzadoras (propulsoras) con niños con TDAH, pero existe evidencia que estas sesiones ayudan a mantener los efectos del tratamiento con otros trastornos (Braswell & Bloomquist, 1991). Por consiguiente, es esencial que el terapeuta monitoree el progreso del niño y su familia y proporcione sesiones propulsoras de alguna forma. Esto puede hacerse a través de contacto telefónico informal o sesiones de apoyo (booster sessions).

CAPITULO IV

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

El diseño que guía esta investigación supone que una terapia integrada al considerar mas blancos, variables o focos de desajuste, tanto de la personalidad del niño como de sus interacciones con su contexto ofrecerá una mayor satisfactoriedad en cuanto el manejo de signos y síntomas de la enfermedad y / o de los asociados a ella en comparación al tratamiento farmacológico usual. Además la concepción de terapia integrada abordará más completamente el desarrollo integral del niño en su ambiente. Se trata en este caso de ampliar las perspectivas desde donde las intervenciones son propuestas en lo posible independientes en su mecanismo de tal modo de abarcar aspectos distintos de la personalidad del niño en su contexto.

Por lo tanto, la hipótesis que guía esta investigación supone que un programa multicomponente de intervención cognitivo - conductual sumado a farmacoterapia, implementado en un contexto educativo y enmarcado dentro de un modelo ecológico es una eficaz modalidad de tratamiento para tratar los síntomas centrales y asociados al síndrome y para mejorar el funcionamiento individual, familiar y social de los niños participantes del programa.

Se sostiene que a través de los procedimientos psicosociales que se incluyen en el programa, enmarcados dentro de técnicas de modificación de conducta, técnicas cognitivo – conductuales, entrenamiento a padres y capacitación a profesores se logrará potenciar los alcances del tratamiento en los niños diagnosticados con TDAH participantes de este modelo de intervención.

A continuación se enuncia la hipótesis nula y alternativa supuesta a comprobación por el

estudio:

Hipótesis Nula:

“El TDAH es un proceso psicopatológico tal que su signología y sintomatología es mediada por un proceso neurofisiológico que explica su sintomatología central como asociada. Por lo tanto, supone que el TDAH se explica sólo por procesos neurofisiológicos y en donde un tratamiento psicosocial multicomponente no demostraría mejoras significativas en el funcionamiento individual, familiar, social y escolar de los niños tratados en comparación a un tratamiento farmacológico usual”.

Hipótesis Alternativa:

“El TDAH es un proceso psicopatológico que implica la interacción recíproca de elementos neurofisiológicos y psicosociales que inciden en la manifestación clínica del desorden. Por lo tanto, supone que el TDAH se explica por procesos neurofisiológicos y psicosociales que interaccionan y en donde un tratamiento psicosocial y multicomponente demostrará mejoras significativas en el funcionamiento individual, familiar, social y escolar de los niños tratados en comparación a un tratamiento farmacológico usual”.

El propósito de esta investigación consiste básicamente en examinar los efectos de un programa de terapia cognitivo - conductual multicomponente sumado a tratamiento

farmacológico usual en niños en edad escolar diagnosticados con TDAH.

Los objetivos específicos que guían esta investigación son los siguientes:

- 1) Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la eficacia del tratamiento farmacológico y la combinación de éste con un programa de intervención cognitivo conductual en un contexto escolar para el tratamiento de niños chilenos con TDAH.
- 2) Analizar los resultados del programa implementado sobre la base de las mejoras en el funcionamiento individual, familiar, social y escolar de los niños participantes.
- 3) Identificar y analizar los posibles componentes que podrían influir en los resultados de éxito o fracaso del programa (procesos y / o mecanismos que median y contribuyen en el cambio terapéutico, por ejemplo, causas, influencias, entre otras).
- 4) Examinar los alcances y limitaciones del programa de tratamiento implementado.
- 5) Proporcionar un modelo intervención empíricamente evaluado dentro de un contexto educativo que pueda ser utilizado por profesionales y equipos de salud mental en el ámbito nacional.
- 6) Proporcionar un manual protocolizado de tratamiento para niños con TDAH y TDAH / TC.

CAPITULO V

METODOLOGIA

1. LITERATURA REVISADA

El sistema de búsqueda de información científica relevante para el estudio se concentró en tres de los mejores buscadores de artículos científicos actualmente en el mundo; EBSCO, OVID y PROQUEST. Esta búsqueda se enfocó preferentemente en los 10 últimos años de investigación. Además fueron consultados libros ligados a los temas ejes del estudio: trastorno por déficit de atención / hiperactividad, terapia de orientación cognitivo conductual y tratamientos actuales para el TDAH.

2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación presentada corresponde a un ensayo clínico controlado. El diseño de investigación consideró una estrategia de tratamiento comparativo contrastando dos tipos de intervención; Tratamiento Farmacológico Usual (TFU) y un programa multicomponente de intervención cognitivo conductual sumado al TFU en el tratamiento niños de edad escolar (9 - 11 años) con TDAH. Corresponde a un diseño de grupo de caso - control con pretest y posttest donde se evaluaron a los participantes antes y después de la intervención. Este diseño posee un amplio uso en psicología clínica y su uso permite la evaluación de la cantidad de cambio experimentado en función de las intervenciones implementadas, y controlar las amenazas comunes a la validez interna (Kazdin, 2001). El impacto del tratamiento se evaluó en el contexto de un estudio bien controlado conducido con un cuidadoso control sobre la selección de los casos, aplicación de instrumentos y la administración y monitoreo del tratamiento. Las variables involucradas en este estudio son las siguientes:

Variables Independientes	Variables Dependientes
--------------------------	------------------------

Método de Tratamiento	Trastorno Psiquiátrico Infantil Trastorno por Déficit Atencional / Hiperactividad
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico usual • Tratamiento farmacológico usual sumado de un programa de intervención cognitivo – conductual multicomponente 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas centrales (desatención, hiperactividad) • Síntomas asociados (problemas de conducta, agresión, depresión, ansiedad, aislamiento, somatización y atipicidad) • Competencia prosocial (compañerismo, habilidades sociales y adaptabilidad) • Autoestima y autoeficacia • Funcionamiento familiar (relación con padres, relaciones interpersonales y locus de control) • Funcionamiento académico y escolar (problemas del aprendizaje, habilidades de estudio, rendimiento escolar, actitud hacia profesores, actitud al colegio, estrés social, sensación de inadecuación)

Respecto al control de las variables del estudio, es necesario señalar que los dos grupos fueron pareados según sexo, edad, estrato socioeconómico, antecedentes demográficos, comorbilidad y nivel de gravedad del trastorno. Estas características y factores de los sujetos, se controlaron para proporcionar equivalencia entre los grupos y evitar al máximo interferencias que pudiesen oscurecer la interpretación de las diferencias entre los grupos. Además se determinaron previamente criterios de exclusión para los participantes del estudio. Los criterios y sus razones para su exclusión son detallados en la siguiente tabla:

Tabla: Criterios de exclusión de los sujetos

Criterios de Exclusión	Razón para su Exclusión
CI bajo lo normal (< 80)	Inhabilidad para participar en tratamiento psicosocial
Tener más de un trastorno comórbido asociado al TDAH	El tener 2 o más condiciones coexistentes dificulta mayormente los alcances de una intervención
Disfunción Familiar Severa	Puede incidir poderosamente en los resultados y requiere tratamiento incompatible con el estudio (ej. terapia familiar).
Abuso o abandono del niño	Requiere tratamiento incompatible con el estudio.
Presencia de psicosis / esquizofrenia, episodio maníaco y / o hipomaníaco.	Requiere tratamiento incompatible con el estudio.
No tener teléfono de contacto	Imposibilidad de mantener contacto durante el seguimiento del tratamiento.

4. PARTICIPANTES

Fueron seleccionados de la escuela D171 "Antonio Hermida Fabres" y del "Centro

Educacional Erasmo Escala" (ambos establecimientos ubicados en la comuna de Peñalolen), perteneciente al estrato socioeconómico bajo, 16 niños varones entre 8 a 11 años de edad, previamente diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad por un psiquiatra o neurólogo y que a su vez mantuvieran un tratamiento farmacológico regular. Se constituyeron 2 grupos de 8 niños cada uno. Un grupo participó en el programa completo de intervención multicomponente y el otro mantuvo sólo tratamiento farmacológico usual (grupo control). Los padres de los alumnos incluidos en el programa, participaron en un taller de padres. Todos los profesores del establecimiento fueron también involucrados en el programa a través de un taller de docentes. El total de docentes capacitados fue de 80 profesores. Los padres de los menores participantes firmaron una hoja de consentimiento informado (ver anexo) donde se les explico que los resultados podrían ser usados como parte de una investigación, que el método de tratamiento implementado estaba en una fase experimental y que se mantendría total confidencialidad sobre la identidad de los niños.

5. INSTRUMENTOS APLICADOS:

El presente estudio utilizó dos instrumentos de evaluación: Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChIPS) y el Sistema Multidimensional para la evaluación de la conducta. El primer instrumento se usó con el objetivo de realizar una evaluación psicodiagnóstica del niño y a través de este proceso verificar el diagnóstico de TDAH, observar la presencia de trastornos comórbidos asociados al TDAH y la obtención de antecedentes demográficos. El segundo instrumento se utilizó con el propósito de medir el impacto del programa de intervención implementado. A continuación detallaré las propiedades de los instrumentos utilizados.

(1) *Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescente [Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS)]*. La ChIPS es una entrevista diagnóstica altamente estructurada diseñada para utilizarse con niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad. Se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV y es apropiada para el uso clínico y de investigación

(Weller y cols., 2000). La ChIPS evalúa la presencia de los siguientes trastornos: trastorno por déficit de atención / hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, abuso de sustancias, fobias específicas, fobias sociales, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático, anorexia, bulimia, episodio depresivo, trastorno distímico, episodio maníaco, episodio hipomaníaco, enuresis, encopresis, esquizofrenia / psicosis. Además, la ChIPS indaga sobre estresores psicosociales, incluyendo el abuso o abandono del niño. Una serie de cinco estudios demostró la validez de las versiones de ChIPS revisadas por el DSM - III, DSM – III – R y DSM – IV. En forma acumulada estos estudios han demostrado que (Weller y cols., 2001): 1) ChIPS ofrece diagnósticos precisos para poblaciones de niños y adolescentes con trastornos clínicos, 2) ChIPS es eficaz en ambientes no clínicos como escuelas y estudios epidemiológicos, y 3) la aplicación de la ChIPS es breve (20 a 40 minutos).

(2) *Sistema de evaluación multidimensional de la conducta (SEM)*: El cuestionario SEM es un sistema para evaluar la conducta infantil. Este instrumento consta de tres escalas estandarizadas multidimensionales, que es rellena por padres, profesores y el niño (autoinforme). Las escalas están diseñadas para analizar diversas dimensiones del comportamiento en tres grupos de edad; de 4 a 5, de 6 a 11 y de 12 a 18 años. El SEM aporta un enfoque múltiple que permite incluir a los niños en las investigaciones, y evaluar los problemas comportamentales al tiempo que se contrastan con los niveles adaptativos. Las dimensiones del SEM están agrupadas en dos escalas: (1) La escala clínica, que reúne los comportamientos que pudiesen considerarse anómalos (hiperactividad, problemas de atención, agresividad, problemas de conducta, problemas de aprendizaje, ansiedad, depresión, somatización, atipicidad, aislamiento,) y (2) La escala adaptativa, que agrupa los comportamientos que puedan catalogarse como positivos o deseables en los niños y compuesta por las dimensiones: adaptabilidad, habilidades sociales, compañerismo, autoestima, autoconfianza y habilidades de estudio.

Este instrumento ha sido validado para el diagnóstico del TDAH en Estados Unidos y últimamente estandarizado y validada en la población colombiana para su uso con niños y adolescentes con TDAH en estudios poblacionales de niños de habla hispana (Pineda y cols., 1999). Existe una versión para ser calificada e interpretada manualmente y otra para ser puntuada mediante un programa para computadora (Puerta & Rios, 2001), que proporciona alternativas

para la obtención de un informe con puntuaciones directas o con estandarización comparativa en puntuaciones T y percentiles, de acuerdo con la distribución hallada en la población colombiana. Respecto a la calificación de los resultados de la EMC, estos pueden ser evaluados a través de puntuaciones directas, percentiles, puntuaciones T y puntuaciones estándares. La interpretación de los datos según percentiles de la escala clínica son los siguientes:

- Menor 74 = Normal
- Entre 75 y 80 = En riesgo
- Entre 80 y 89 = Alto
- Mayor a 90 = Clínicamente significativo

La interpretación de los datos según percentiles de la escala adaptativa son los siguientes:

- Mayor a 26 = Normal
- Entre 25 y 20 = En riesgo
- Entre 19 y 11 = Bajo
- Menor a 10 = Clínicamente significativo

En resumen, la interpretación de las escalas se puede sintetizar de la siguiente forma:

<i>ESCALAS CLÍNICAS</i>	<i>ESCALAS ADAPTATIVAS</i>
Puntuaciones altas = Psicopatología Puntuaciones Bajas = Normalidad	Puntuaciones altas = Normalidad Puntuaciones Bajas = Psicopatología

6. PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo un proceso de evaluación preintervención para establecer el diagnóstico basal. Durante este proceso se aplicó a los 16 niños participantes del estudio la entrevista diagnóstica ChIPS. Además en esta fase se completaron los formularios de la escala

multidimensional de la conducta, niños, padres y profesores. También se registraron las calificaciones de las asignaturas de matemáticas, lenguaje y conocimiento del medio del primer semestre del año en curso. Una vez reunidos estos antecedentes se conformó una línea base. Con estos datos se parearon dos grupos de niños según: edad, sexo, gravedad del trastorno, comorbilidad y rendimiento escolar. Al comenzar el segundo semestre del año se implementó un programa de terapia cognitivo – conductual a 8 niños. El protocolo de tratamiento utilizado fue traducido y adaptado del modelo propuesto por Braswell & Bloomquist (1991) para conducir terapia cognitivo – conductual con niños en edad escolar (8 - 12 años) que presentan TDAH con o sin trastornos de conducta [Una traducción hecha por el autor de este estudio se encuentra disponible en la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile]. Acá queda especificado el tratamiento y se operacionalizan los procedimientos. La integridad de los procedimientos puede ser evaluada y el tratamiento puede ser replicado en futuros estudios. El programa de intervención es resumido en la tabla 2. Este modelo tiene 3 componentes de entrenamiento dirigidos a los niños, padres y profesores.

La intervención fue implementada en la escuela durante 13 semanas. A continuación resumiré los contenidos del tratamiento de los diferentes componentes del programa.

a) *Componente niños*: Los niños en tratamiento recibieron sesiones de terapia de grupo de 90 minutos durante semanas consecutivas. Las sesiones fueron dirigidas por dos terapeutas. Uno fue el autor de esta tesis y el otro un psicólogo; ambos poseen experiencia previa en terapia de grupo, dado que completaron una formación de post - título en profundización en psicoterapia donde tuvieron que liderar grupos de terapia con niños y adultos.

Tabla 2: Programa escolar multicomponente de terapia cognitivo – conductual implementado.

Semana	Componente Niño	Componente Padres	Componente Profesores
1	Introducción		
2	Reconocer el problema I	Introducción	Introducción
3	Reconocer el problema II		

4	Pensamiento de soluciones alternativas y consecuencias	Examinar las expectativas de los padres hacia el programa)	Examinar las cogniciones y conductas de los profesores hacia sus alumnos con TDAH
5	Evaluar los resultados y usar planes de apoyo		
6	Resolución de problemas interpersonales I	TCC enfocada en el Niño I	TCC enfocada en el Niño I
7	Resolución de problemas interpersonales II		
8	Manejo rabia / frustración I	TCC enfocada en el Niño II	TCC enfocada en el Niño II
9	Manejo rabia / frustración II		
10	Manejo rabia / frustración III	TCC cooperativa	Revisión del programa
11	Manejo esfuerzos deficientes	Manejo de la conducta del niño	
12	Manejo de pensamientos y sentimientos negativos	Revisión del programa I	
13	Revisión del programa	Revisión del programa II	

Durante cada sesión los líderes impartieron las habilidades en módulos usando breves instrucciones didácticas, modelado, juegos de rol y ensayo conductual. Básicamente los niños fueron entrenados en resolución de problemas básicos y habilidades autoinstruccionales para problemas interpersonales, manejo de emociones (rabia, frustración) y habilidades de conducta social. Además se incluyeron sesiones enfocadas al manejo de esfuerzos deficientes y pensamientos y sentimientos negativos. Para entrenar a los niños en resolución de problemas

cognitivos, algunas habilidades sociales específicas fueron dirigidas en el transcurso del tratamiento. Las siguientes habilidades se seleccionaron como focos de entrenamiento: mantener un apropiado contacto visual, cooperación, desentenderse, expresión de sentimientos apropiadamente, y responder asertivamente. Para inhibir las conductas disruptivas e impulsivas de los niños y estimularlos a atender activamente durante las sesiones los menores ganaban puntos por seguir las reglas, participar y atender a las lecciones. Si los niños manifestaban conductas disruptivas recibían puntos negativos y si la conducta era extremadamente disruptiva o agresiva los niños recibían advertencias. Si un niño durante la sesión recibía 3 advertencias debía salir de la sala durante el tiempo que tomara impartir una actividad (aproximadamente 15 minutos).

Durante cada sesión se estableció un formato de rutina grupal para conducir la sesión. El formato contiene seis etapas para el grupo, incluyendo:

1. Registro (10 minutos) preguntar a cada niño como le ha ido en la semana y revisar tareas para la casa asignadas.
2. Desarrollar metas de conducta prosocial (10 minutos). El terapeuta designa metas de conducta social para trabajar en la sesión. En las primeras sesiones, las conductas hacia el trabajo son generadas por el terapeuta (ejemplo, contacto visual, expresión de sentimientos, participación / cooperación, asertividad). La tarea de los terapeutas fue describir y modelar las conductas.
3. Introducir una nueva habilidad (45 minutos). El terapeuta presenta cada habilidad a través de una introducción didáctica, modelado y prácticas de juego de rol. Algunas habilidades son introducidas en cada sesión, los tiempos adecuados deben ser permitidos para usar métodos de resolución de problemas dirigidos hacia las interacciones grupales.
4. Relajación (5 minutos). Sencillos ejercicios de tensión relajación son usados al finalizar cada sesión por el grupo. Además se incluyó junto a la relajación ejercicios de imaginación guiada.
5. Retroalimentación (10 minutos). Cada niño revisa las habilidades aprendidas y el terapeuta le entrega una retroalimentación sobre las conductas de otros niños y se discute cuando él no encuentra metas de conducta social en el grupo.
6. Niño del Día y Actividad (10 minutos). Al finalizar cada grupo, se cuentan los puntos. El niño con más puntos es el Niño del Día y puede seleccionar libremente una actividad de juego para ese día. Los últimos 5 a 10 minutos del grupo son usados en esta actividad. El Niño del Día

además de elegir una actividad de juego recibía un premio. El premio consistía en juego de cartas. El segundo y tercer lugar también eran premiados con figuras autoadhesivas.

b) Componente padres: Los padres recibieron apoyo, entrenamiento y educación a través de un taller de grupos de padres durante 8 sesiones bimensuales que tuvieron una duración de 90 minutos. El autor de esta tesis fue el encargado de dirigir las sesiones. Los padres recibieron información sobre el TDAH y sobre la terapia psicológica en que sus hijos participaban. Ellos recibieron entrenamiento en la modificación de algunos pensamientos y actitudes disfuncionales hacia sus hijos con TDAH y en la aplicación de habilidades cognitivo conductuales para el manejo de la conducta del niño en el hogar. Durante las sesiones se les instruyó en los procedimientos autoinstruccionales y resolución de problemas para que lo utilizaran con sus hijos en el hogar. Además se les entrenó para implementar estrategias de manejo conductual con sus hijos. Los padres aprendieron habilidades relacionadas a la mejora de las órdenes o instrucciones, administración de reforzamiento para conductas apropiadas y prosociales, ignorar conductas inapropiadas y administración de consecuencias por conductas inadecuadas o antisociales. El terapeuta utilizó instrucción directa, clases expositivas a través de diapositivas, modelado, ejercicios de juegos de rol y asignaciones en el hogar para la adquisición de las habilidades de los padres. Los padres recibieron un manual de apoyo y un cuaderno de apuntes. En el manual de apoyo se encontraban todos los contenidos que se impartieron durante las sesiones. El cuaderno de apuntes tuvo como objetivo que los padres llevarán un registro de la conducta del niño y de las tareas que se les asignaron durante el entrenamiento.

c) Componente Profesores: Los profesores del colegio fueron también fuertemente involucrados en este modelo, durante 5 sesiones, adquiriendo información sobre los aspectos básicos del trastorno. El autor de esta tesis lideró el entrenamiento a profesores. Concretamente, se les informó sobre la naturaleza del trastorno, su prevalencia y sus repercusiones en la conducta y el aprendizaje; los síntomas centrales del cuadro clínico, su sintomatología asociada, su curso evolutivo, pronóstico a largo plazo y las necesidades educativas especiales de los alumnos con TDAH. Además se instruyó a los maestros en habilidades cognitivo – conductuales para el manejo de la conducta de niño con TDAH dentro de la sala de clases. El taller de profesores se

implementó con una periodicidad bimensual y tuvieron una duración de 60 minutos.

Los profesores fueron divididos en dos grupos. El primer grupo lo constituyeron 32 profesores de enseñanza básica, que dictaban clases a los ciclos de primero a cuarto año básico. El segundo grupo lo constituyeron 30 profesores de enseñanza básica, que dictaban clases a los ciclos de quinto a octavo año básico. Todos los profesores del establecimiento recibieron un manual de apoyo docente donde había un registro del contenido total de las reuniones.

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se usaron técnicas cuantitativas para describir los datos y obtener inferencias acerca de los efectos de los tratamientos implementados. La hipótesis estadística propuesta en la investigación supone que "existen diferencias entre los tratamientos" y la hipótesis nula en cambio supone que "no existen dichas diferencias". Se usaron pruebas estadísticas no paramétricas para analizar los datos. Los grupos experimental y de control fueron comparados estadísticamente en la fase de pretest y posttest (análisis intergrupo) usando la prueba de Mann – Whitney para muestras independientes. Además, se empleó el test del signo – rango de Wilcoxon para muestras apareadas para comparar los puntajes pretest y posttest dentro de cada grupo (análisis intragrupo). En todos los casos una $p < 0.05$ se consideró como estadísticamente significativa. El análisis estadístico se realizó a través del programa estadístico SPSS 10.0.

CAPITULO VI

RESULTADOS

1. GRUPO EXPERIMENTAL

El grupo 1 fue extraído de la escuela D - 171 "Antonio Hermida Fabres" y pertenece al grupo experimental. Participaron un total de 8 niños de estrato socioeconómico bajo en la terapia

de grupo, sus edades fluctuaron entre los 8 y 11 años, con un promedio de edad de 9.8 años (ver tabla 1). Los niños cursaban de tercero a quinto básico. Todos los niños presentaron un CI normal, según informes psicológicos recopilados. Los ocho niños habían sido previamente diagnosticados con TDAH por un neurólogo y / o psiquiatra, prescribiéndole tratamiento farmacológico a cada uno de los niños participantes. A 6 de los niños se les prescribió anfetamina, a 1 niño Ritalin y a un niño un antidepresivo tricíclico. El promedio de tiempo de medicación de los niños fue de 14.1 meses, sin embargo los tiempos de medicación diferían notoriamente, dado que el tiempo menor era de 2 meses y el mayor de 24 meses. Las familias estudiadas era en su mayoría biparental (6 familias). El promedio de número de hermanos pertenecientes a las familias fue de 2.3 hermanos.

A través de entrevista estructurada ChIPS se confirmó el diagnóstico de TDAH de los 8 niños, ubicándose todos ellos dentro de la clasificación diagnóstica de Trastorno por Déficit de atención del tipo combinado (DSM - IV, 1994). Respecto a los trastornos comorbidos detectados en la ChIPS, se observó que 6 de los niños presentaron un trastorno comórbido asociado al TDAH. Los trastornos comórbidos más frecuente fueron el trastorno del comportamiento (2 casos), trastorno negativista desafiante (1 caso), y el trastorno de ansiedad (1 caso de Trastorno de Ansiedad por Separación). Y un niño presentó Enuresis.

Tabla 1: Resumen Grupo Experimental (Antecedentes Demográficos)

N°	ED	CUR	COM	FARM	T / MED	FAM	N° / H
1	8	3		Anfetamina	5 meses	Biparental	1
2	11	5	TND	Imipramina	10 meses	Biparental	1
3	10	5	ENU	Ritalin	24 meses	Monoparental	3
4	10	4	TC	Anfetamina	18 meses	Biparental	2
5	9	3	TAS	Anfetamina	2 meses	Biparental	5
6	11	5	TC	Anfetamina	24 meses	Biparental	4
7	10	4	ENU	Anfetamina	18 meses	Monoparental	0

8	10	4		Anfetamina	12 meses	Biparental	2
%	9.8				14.1	BI(75 %) MON (25 %)	2.3 %

(ED = edad, CUR = curso, COM = comorbilidad, FARM = fármaco, T / MED = tiempo de medicación, FAM = familia, N ° / H = número de hermanos. TND = trastorno negativista desafiante, ENU = enuresis, TAS = trastorno de ansiedad de separación, TC = trastorno de conducta.)

A continuación se describen a través de tablas, los datos obtenidos (estadísticos descriptivos) del grupo experimental antes y después de la intervención del programa. Las tablas muestran los resultados obtenidos en los cuestionarios dirigidos a profesores, padres y los propios niños (autoinforme) en las escalas clínicas y adaptativas de la escala multidimensional de la conducta (EMC). Se incluyen además los datos referentes al rendimiento escolar de este grupo. Finalmente se proporcionan los promedios de asistencia a las sesiones de tratamiento de los niños, padres y profesores participantes del programa.

A. Resultados Escala Multidimensional de la Conducta (PRE – INTERVENCIÓN)

TABLA 2: Escala multidimensional de la conducta Profesores

Tabla 2a. ESCALA CLINICA

N° caso	Hiper	Pr Ate	Pb Apr	Agres	Depres	Cond	Ansied	Atipic	Aislam	Somat
1	60	70	80	55	85	70	35	85	93	20
2	75	91	95	70	85	50	50	85	90	75
3	85	70	91	85	75	75	91	91	90	60
4	95	95	99	75	30	94	70	95	10	20

5	85	95	94	99	91	75	85	0	55	20
6	70	45	50	65	70	70	35	75	30	40
7	80	85	60	75	91	95	70	91	99	40
8	99	91	80	99	94	94	91	95	95	20
X	81.13	80.25	81.13	77.87	77.63	77.88	65.88	77.13	70.25	36.88

(Hiper = hiperactividad; Pr Ate = problemas atencionales; Pr Apr = problemas de aprendizaje; Agres = agresión; Depres = depresión; Cond = problemas de conducta; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Aislam = aislamiento; Somat = somatización).

Tabla 2b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Compañerismo	Habilidades Sociales	Habilidades Estudio	Adaptabilidad
1	60	15	10	30
2	8	4	7	4
3	35	80	50	70
4	75	55	7	65
5	50	20	15	30
6	94	92	85	70
7	20	15	25	3
8	55	59	10	30

X	49.6	42.5	26.13	37.75
---	------	------	-------	-------

TABLA 3: Escala multidimensional de la conducta Padres

Tabla 3a. ESCALA CLINICA

N° caso	Hiper	Pb Ate	Agres	Depres	Cond	Ansied	Atipic	Aislam	Somat
1	40	85	50	50	70	25	85	45	80
2	40	85	65	50	50	45	85	25	80
3	95	99	80	70	99	90	75	91	85
4	20	85	20	40	45	30	70	65	20
5	85	99	75	85	90	15	85	20	80
6	85	85	70	95	90	55	85	93	85
7	85	65	65	96	80	95	85	90	85
8	85	99	96	99	93	25	75	90	70
X	66.87	87.75	65	73.12	77.12	47.5	80.62	64.87	73.12

(Hiper = hiperactividad; Pr Ate = problemas atencionales; Agres = agresión; Depres = depresión; Cond = problemas de conducta; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Aislam = aislamiento; Somat = somatización).

Tabla 3b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Compañerismo	Habilidades Sociales	Adaptabilidad
1	35	40	40
2	93	85	75
3	70	25	55
4	15	60	25
5	45	25	10
6	70	45	40
7	55	65	60
8	35	9	55

X	55.25	44.25	45
---	-------	-------	----

TABLA 4: Escala multidimensional de la conducta Niños (Autoinforme)

Tabla 4a. ESCALA CLINICA

N° caso	Inadec	Act Pr	Ansied	Atipic	Act Col	Depres	Locus C	Estrés S
1	92	70	30	6	45	25	45	60
2	75	85	70	60	70	93	80	70
3	70	80	35	10	80	55	45	55
4	70	93	75	75	93	94	80	75
5	92	85	35	75	99	70	85	75
6	75	99	99	85	99	93	93	99
7	45	85	30	5	15	25	45	10
8	85	85	85	60	65	99	99	99
X	75.5	85.25	57.37	47	70.75	69.25	71.5	67.87

(Inadec = sensación inadecuación; Act Pr = actitud hacia los profesores; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Act Col = actitud hacia el colegio; Depres = depresión; Locus C = locus de control; Estrés S = estrés social).

Tabla 4b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Autoconfianza	Autoestima	Relaciones Interpersonales	Relación con padres
1	6	50	20	10
2	20	7	15	50
3	93	20	55	25
4	9	99	6	25
5	6	20	15	10
6	6	20	55	10
7	6	20	20	10
8	45	50	6	50

X	23.87	35.75	24	23.75
---	-------	-------	----	-------

Tabla 5: Rendimiento escolar

N° Caso	Matemáticas	Lenguaje	Ciencias	Promedio General
1	4.8	4.7	4.3	5.0
2	4.3	4.8	4.6	4.8
3	4.4	4.8	4.3	5.7
4	3.6	4.0	3.5	5.0
5	5.9	5.5	5.6	5.2
6	6.3	6.4	6.6	6.4
7	6.1	5.3	5.4	5.5
8	5.5	5.9	4.1	5.7
X	5.1	5.1	4.9	5.4

Nota: la escala de notas fluctúa entre los rangos 1 a 7.

B. Escala Multidimensional de la Conducta (POST – INTERVENCIÓN)

TABLA 6: Escala multidimensional de la conducta para Profesores

Tabla 6a. ESCALA CLINICA

N° caso	Hiper	Pb Ate	Pb Apr	Agres	Depres	Cond	Ansied	Atipic	Aislam	Somat
1	55	70	65	60	55	60	85	45	30	20
2	80	85	99	99	80	75	91	91	91	94
3	80	70	50	65	50	70	70	55	4	8

4	55	50	80	30	8	60	35	75	4	60
5	80	95	91	85	91	85	93	75	90	20
6	80	55	45	65	55	93	35	70	20	20
7	80	75	40	91	91	75	91	91	99	40
8	99	91	91	99	91	94	91	95	91	20
X	76.13	73.88	70.13	74.25	65.13	76.5	73.87	74.65	53.62	35.25

(Hiper = hiperactividad; Pr Ate = problemas atencionales; Pr Apr = problemas de aprendizaje; Agres = agresión; Depres = depresión; Cond = problemas de conducta; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Aislam = aislamiento; Somat = somatización).

Tabla 6b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Compañerismo	Habilidades Sociales	Habilidades Estudio	Adaptabilidad
1	50	50	50	70
2	60	4	8	5
3	60	70	60	91
4	85	75	60	30
5	55	55	8	30
6	99	90	80	70
7	35	5	50	30
8	60	20	30	3
X	63	46.13	43.25	41.13

TABLA 7: Escala multidimensional de la conducta para Padres

Tabla 7a. ESCALA CLINICA

N° caso	Hiper	Pb Ate	Agres	Depres	Cond	Ansied	Atipic	Aislam	Somat
1	8	40	20	25	55	30	10	20	65
2	9	40	20	25	25	30	75	30	85
3	85	99	99	80	95	55	92	60	90
4	8	8	10	25	60	55	25	20	35
5	50	65	55	55	75	90	75	20	80
6	20	40	55	55	55	35	35	60	45
7	85	60	30	95	45	55	70	75	70
8	70	60	75	93	91	35	85	65	80
X	41.87	51.5	45.5	45.5	62.62	48.12	58.37	43.75	68.75

(Hiper = hiperactividad; Pr Ate = problemas atencionales; Agres = agresión; Depres = depresión; Cond = problemas de conducta; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Aislam = aislamiento; Somat = somatización).

Tabla 7b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Compañerismo	Habilidades Sociales	Adaptabilidad
1	70	55	60
2	75	90	40
3	65	6	40
4	65	60	40
5	55	60	50
6	70	55	60
7	65	60	55
8	55	9	55
X	65	49.37	50

TABLA 8: Escala multidimensional de la conducta para Niños (Autoinforme)

Tabla 8a. ESCALA CLINICA

N° caso	Inadec	Act Pr	Ansied	Atipic	Act Col	Depres	Locus C	Estrés S
1	75	80	8	6	93	35	55	40
2	45	55	8	30	70	25	20	70
3	45	20	8	5	70	25	45	40
4	70	55	70	30	65	35	55	9
5	20	80	70	70	93	55	70	75
6	20	70	35	80	80	35	80	99
7	20	55	35	6	15	35	10	55
8	70	70	50	75	65	85	55	55
X	45.6	60.6	35.5	37.75	68.8	41.2	46.5	55.3

(Inadec = sensación inadecuación; Act Pr = actitud hacia los profesores; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Act Col = actitud hacia el colegio; Depres = depresión; Locus C = locus de control; Estrés S = estrés social).

Tabla 8b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Autoconfianza	Autoestima	Relaciones Interpersonales	Relación con padres
1	20	20	99	50
2	20	50	99	50
3	93	99	99	50
4	99	99	55	50
5	50	50	25	99
6	20	50	20	25
7	45	20	25	25
8	93	99	25	50
x	55	60.88	55.88	49.88

Tabla 9: Rendimiento escolar

N° Caso	Matemáticas	Lenguaje	Ciencias	Promedio General
1	4.8	3.6	4.3	4.4
2	5.0	4.8	5.2	4.7
3	4.2	5.6	4.5	5.3
4	4.9	4.7	5.3	5.1
5	5.9	5.5	6.0	5.5
6	5.3	6.5	6.5	6.4
7	7.0	6.9	6.1	6.0
8	5.0	5.4	5.2	5.9
X	5.2	5.3	5.3	5.4

Nota: la escala de notas fluctúa entre los rangos 1 a 7.

C) Asistencia al tratamiento multicomponente

Los porcentajes promedios de asistencias de los 8 niños participantes a las 13 sesiones del programa de terapia psicológica de grupo cognitivo - conductual fue de un 91.25% de asistencia, asistiendo regularmente a la terapia un promedio de 7.3 niños por sesión. Los porcentajes promedios de asistencias durante las 8 sesiones de los padres o apoderados de estos menores al taller de padres fueron de un 78.1 % de asistencia, asistiendo regularmente a las reuniones un promedio de 6.25 padres por sesión. En el grupo A de profesores los porcentajes promedios de asistencias ascendieron a un 68.57 % a las 5 sesiones - taller, de un total de 32 profesores. En el grupo B de profesores los porcentajes promedios de asistencias ascendieron a un 67.42 %, de un

total de 30 profesores. La asistencia de profesores (promedio ambos grupos) por sesión fue de 48 docentes.

2. GRUPO DE CONTROL

El grupo 2 fue extraído del "Centro Educacional Erasmo Escala" y pertenece al grupo de control. En el proceso de evaluación participaron un total de 8 niños de estrato socioeconómico bajo, sus edades fluctuaron entre los 8 y 11 años, con un promedio de edad de 9.7 años (ver tabla 10). Los niños cursaban de tercero a quinto básico. Todos los niños presentaron un CI normal, según informes psicológicos recopilados. Los ocho niños habían sido previamente diagnosticados con TDAH por un neurólogo y / o psiquiatra, prescribiéndole tratamiento farmacológico a cada uno de los niños participantes. 7 de los niños se les prescribió anfetamina, y a 1 niño Ritalin. El promedio de tiempo de medicación de los niños fue de 9.5 meses, sin embargo los tiempos de

medicación diferían notoriamente, dado que el tiempo menor era de 3 meses y el mayor de 18 meses. Las familias de este grupo eran en su mayoría biparental (5 familias). El promedio de número de hermanos pertenecientes a las familias fue de 2.6 hermanos.

A través de entrevista estructurada ChIPS se confirmó el diagnóstico de TDAH de los niños, ubicándose 7 de ellos dentro de la clasificación diagnóstica de Trastorno por déficit de atención del tipo combinado y 1 del tipo predominantemente desatento (DSM - IV, 1994). Respecto a los trastornos comórbidos detectados en la ChIPS, se observó que 6 de los niños presentaban un trastorno comórbido asociado al TDAH. Los trastornos comorbidos más frecuente fueron el trastorno del comportamiento (4 casos), trastorno negativista desafiante (1 caso), y el trastorno depresivo (1 caso).

Tabla 10: Grupo de Control (Antecedentes Demográficos)

N°	ED	CUR	COM	FARM	T / MED	FAM	N° / H
1	9	4°	TC	Anfetamina	12 meses	Monoparental	2
2	9	4°	TC	Anfetamina	3 meses	Biparental	1
3	9	3°		Anfetamina	3 meses	Monoparental	3
4	8	3°	TND	Anfetamina	18 meses	Biparental	6
5	11	5°		Anfetamina	18 meses	Biparental	3
6	11	5°	TC	Anfetamina Imipramina	12 meses	Monoparental	4
7	11	5°	TC	Anfetamina	6 meses	Biparental	1

8	10	4°	ED	Ritalin Imipramina	4 meses	Biparental	1
%	9.7				9.5 meses	BI: 71.42 MONO: 20.58	2.6

(ED = Edad, CUR = Curso, COM = Comorbilidad, FARM = Fármaco, T / MED = Tiempo de medicación, N ° / H = Número de hermanos. TND = trastorno negativista desafiante, TC = trastorno de conducta, ED = episodio depresivo.)

A continuación se describen a través de tablas, los datos obtenidos (estadísticos descriptivos) del grupo de control antes y después de la intervención del programa. Las tablas muestran los resultados obtenidos en los cuestionarios dirigidos a profesores, padres y los propios niños (autoinforme) en las escalas clínicas y adaptativas de la escala multidimensional de la conducta (EMC). Se incluyen además los datos referentes al rendimiento escolar de este grupo.

A. *Escala Multidimensional de la Conducta (PRE - INTERVENCIÓN)*

TABLA 11: Escala multidimensional de la conducta Profesores

Tabla 11a. ESCALA CLINICA

N° caso	Hiper	Pb Ate	Pb Apr	Agres	Depres	Cond	Ansied	Atipic	Aislam	Somat
1	85	80	75	80	75	80	35	91	30	85
2	85	91	75	65	30	96	91	75	90	20
3	75	95	99	65	91	80	35	70	63	99
4	85	80	95	80	70	80	85	91	91	20
5	50	80	70	60	30	80	93	70	65	15

6	85	91	91	75	96	93	94	75	99	55
7	95	91	70	85	75	80	70	91	91	20
8	95	70	75	99	80	70	70	70	30	55
X	81.88	84.75	81.2	76.12	68.38	82.38	71.62	79.13	69.88	46.13

(Hiper = hiperactividad; Pr Ate = problemas atencionales; Pr Apr = problemas de aprendizaje; Agres = agresión; Depres = depresión; Cond = problemas de conducta; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Aislam = aislamiento; Somat = somatización).

Tabla 11b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Compañerismo	Habilidades Sociales	Habilidades Estudio	Adaptabilidad
1	15	4	7	2
2	20	10	15	8
3	10	4	7	40
4	10	5	8	3
5	75	99	20	70
6	8	10	6	3
7	20	3	7	3
8	55	50	40	5
X	26.63	23.13	13.75	16.75

TABLA 12: Escala multidimensional de la conducta Padres

Tabla 12a. ESCALA CLINICA

N° caso	Hiper	Pb Ate	Agres	Depres	Cond	Ansied	Atipic	Aislam	Somat
1	70	96	60	90	80	25	75	60	70
2	70	96	60	90	80	25	75	60	70
3	85	80	85	93	91	55	93	75	93
4	91	99	95	94	95	8	99	70	70
5	25	45	45	40	35	85	40	50	55
6	40	50	60	55	80	25	70	65	75
7	70	40	50	20	50	55	75	20	25
8	91	80	85	80	93	10	85	60	70
X	67.75	73.25	67.50	70.25	75.50	36	76.50	57.50	66

(Hiper = hiperactividad; Pr Ate = problemas atencionales; Agres = agresión; Depres = depresión; Cond = problemas de conducta; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Aislam = aislamiento; Somat = somatización).

Tabla 12b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Compañerismo	Habilidades Sociales	Adaptabilidad
1	15	8	20
2	45	10	10
3	95	60	25
4	15	6	40
5	65	70	45
6	35	40	25
7	70	45	50
8	70	45	20
X	51.25	35.50	29.38

TABLA 13: Escala multidimensional de la conducta Niños (Autoinforme)

Tabla 13a. ESCALA CLINICA

N° caso	Inadec	Act Pr	Ansied	Atipic	Act Col	Depres	Locus C	Estrés S
1	92	80	99	70	99	75	99	99
2	65	80	20	30	15	91	45	10
3	75	55	30	45	99	55	45	55
4	92	93	85	99	70	75	55	60
5	80	70	60	35	90	75	70	65
6	94	99	30	75	99	85	55	75
7	92	93	35	60	99	75	80	93
8	85	85	99	99	80	94	99	99
X	84.38	81.88	57.25	64.13	81.38	78.13	68.50	59.50

(Inadec = sensación inadecuación; Act Pr = actitud hacia los profesores; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Act Col = actitud hacia el colegio; Depres = depresión; Locus C = locus de control; Estrés S = estrés social).

Tabla 13b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Autoconfianza	Autoestima	Relaciones Interpersonales	Relación con padres
1	10	20	6	10
2	6	20	55	60
3	10	20	20	25
4	20	20	6	10
5	45	35	65	60
6	9	20	55	10
7	6	5	55	25
8	6	5	6	25
X	14	18.13	33.5	28.1

Tabla 14: Rendimiento escolar

N° Caso	Matemáticas	Lenguaje	Ciencias	Promedio General
1	4.9	3.8	4.7	4.8
2	4.3	6.3	6.0	5.9
3	5.5	5.0	5.8	5.8
4	4.5	5.0	5.1	4.8
5	5.0	4.0	4.9	5.2
6	5.0	5.0	4.0	5.0
7	4.8	4.9	4.5	5.0
8	5.3	5.8	5.2	5.6
X	4.9	5.0	5.0	5.2

Nota: la escala de notas fluctúa entre los rangos 1 a 7.

B. Escala Multidimensional de la Conducta (POST – INTERVENCIÓN)

TABLA 15: Escala multidimensional de la conducta Profesores

Tabla 15a. ESCALA CLINICA

N° caso	Hiper	Pb Ate	Pb Apr	Agres	Depres	Cond	Ansied	Atipic	Aislam	Somat
1	80	70	80	85	80	70	35	20	55	8
2	80	80	70	80	75	80	91	91	30	8
3	85	80	91	60	30	95	70	55	65	8
4	75	70	70	96	91	99	85	99	95	8
5	30	80	94	55	30	70	91	20	30	35
6	80	91	91	65	70	85	70	55	90	8

7	85	75	85	75	91	75	70	55	95	40
8	95	70	91	55	70	70	70	75	20	8
X	76.25	77	84	71.38	67.13	80.50	72.75	58.75	60	15.37

(Hiper = hiperactividad; Pr Ate = problemas atencionales; Pr Apr = problemas de aprendizaje; Agres = agresión; Depres = depresión; Cond = problemas de conducta; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Aislam = aislamiento; Somat = somatización).

Tabla 15b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Compañerismo	Habilidades Sociales	Habilidades Estudio	Adaptabilidad
1	15	25	9	3
2	20	25	20	3
3	50	4	10	2
4	3	3	7	3
5	9	50	20	94
6	30	15	8	30
7	50	55	30	30
8	55	20	7	3
X	29	24.6	13.8	21.0

TABLA 16: Escala multidimensional de la conducta Padres

Tabla 16a. ESCALA CLINICA

Nº caso	Hiper	Pb Ate	Agres	Depres	Cond	Ansied	Atipic	Aislam	Somat
1	85	99	65	70	90	15	85	65	35
2	85	96	95	94	90	9	92	45	75
3	94	99	99	99	94	45	96	93	90
4	49	90	75	55	70	30	92	45	70
5	25	45	45	40	35	85	40	50	55
6	20	60	60	10	70	8	35	30	20
7	50	65	85	55	91	94	75	65	70
8	85	60	70	65	85	25	95	6	65
X	61.6	76.7	74.2	61	78.1	38.8	76.2	49.8	60

(Hiper = hiperactividad; Pr Ate = problemas atencionales; Agres = agresión; Depres = depresión; Cond = problemas de conducta; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Aislam = aislamiento; Somat = somatización).

Tabla 16b. ESCALA ADAPTATIVA

Nº Caso	Compañerismo	Habilidades Sociales	Adaptabilidad
1	15	8	10
2	45	8	10
3	4	8	10
4	5	6	55
5	45	70	45
6	35	30	25
7	45	25	25
8	70	15	40
X	33	21.2	21.2

TABLA 17: Escala multidimensional de la conducta Niños (Autoinforme)

Tabla 17a. ESCALA CLINICA

N° caso	Inadec	Act Pr	Ansied	Atipic	Act Col	Depres	Locus C	Estrés S
1	75	85	75	99	93	99	80	99
2	65	70	75	60	15	91	70	70
3	70	70	15	45	80	91	20	70
4	92	85	70	45	99	60	70	75
5	65	80	30	15	85	60	20	30
6	92	99	50	80	99	85	10	70
7	92	99	50	80	99	85	10	70
8	92	65	85	99	70	94	93	93
X	80.3	81.6	56.2	65.3	80	83.1	46.6	72.1

(Inadec = sensación inadecuación; Act Pr = actitud hacia los profesores; Ansied = ansiedad; Atipic = atipicidad; Act Col = actitud hacia el colegio; Depres = depresión; Locus C = locus de control; Estrés S = estrés social).

Tabla 17b. ESCALA ADAPTATIVA

N° Caso	Autoconfianza	Autoestima	Relaciones Interpersonales	Relación con padres
1	6	7	6	10
2	20	20	55	20
3	35	20	15	50
4	20	20	15	10
5	25	85	65	60
6	6	3	55	10
7	6	3	55	10
8	6	5	25	25
X	15.5	20.3	36.3	24.3

Tabla 18: Rendimiento Escolar

N° Caso	Matemáticas	Lenguaje	Ciencias	Promedio General
1	4.5	3.6	4.5	4.8
2	4.4	6.0	5.8	5.7
3	5.8	5.0	5.8	5.7
4	4.8	5.0	5.4	5.0
5	5.2	4.6	4.8	5.0
6	4.8	5.2	4.5	5.0
7	4.7	5.1	4.8	5.1
8	5.0	5.5	5.0	5.4
X	4.9	5.0	5.1	5.2

Nota: la escala de notas fluctúa entre los rangos 1 a 7.

3. COMPARACIONES ENTRE GRUPOS E. M. C.

(a) *Efectos sobre las evaluaciones de los profesores*

Las percepciones de los maestros revelaron que comparando el grupo experimental con el grupo de control (ver tabla 19), éstos no exhiben diferencias en la escalas de clínicas y adaptativas del cuestionario aplicado en los pretests. Sin embargo, es importante mencionar que las que el grupo experimental empieza con una desventaja en la línea base en la medida de somatización. Lo mismo ocurre en el grupo de control en la subescala clínica depresión y en todos los índices de la escala adaptativa, donde este grupo presenta un desventaja en la evaluación inicial. En la fase de postest, no se aprecian diferencias significativas entre los grupos en la escala clínica. Sólo se observó una diferencia significativa favoreciendo al grupo de control en la subescala de somatización, $Z = - 2.04$, $p < 0.05$. En la escala adaptativa se observan diferencias significativas en las subescalas de habilidades de estudio, $Z = - 2.16$, $p < 0.05$ y

compañerismo, $Z = - 2.04$, $p < 0.05$. En el análisis pre y post tratamiento del grupo experimental se encontraron diferencias significativas en la subescala clínica de depresión, $Z = - 2.20$, $p < 0.05$ y en la subescala adaptativa de compañerismo, $Z = - 2.04$, $p < 0.05$.

Los resultados intragrupos del grupo experimental mostraron descensos significativos en las subescala clínica de depresión, $Z = - 2.20$, $p < 0.05$ y las subescalas adaptativas de compañerismo, $Z = - 2.04$, $p < 0.05$ y habilidades de estudio, $Z = - 2.16$, $p < 0.05$. Por su parte el grupo de control sólo mostró diferencias intragrupos en la subescala adaptativa de problemas de atención, $Z = - 2.03$, $p < 0.05$.

Tabla 19: Medias, desviaciones estándar y estadísticos comparativos E.M.C Profesores

	Grupo Experimental				Grupo Control				Mann - Whitney		Wilcoxon	
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Intergrupo		Intragrupo	
Medidas	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	Pretest	Posttest	Experimental	Control
<i>Escala Clínica</i>												
Hiperactividad	81.1	12.8	76.1	14.6	81.8	14.3	76.2	28.5	- 0.37	- 0.50	- 0.64	- 1.54
Problemas de atención	80.2	17.4	73.8	16.1	84.7	8.5	77.0	7.3	- 0.10	- 0.32	- 0.92	- 2.03*
Problemas aprendizaje	81.1	17.7	70.1	23.2	81.2	11.7	84.0	9.6	- 0.37	- 1.12	- 1.68	- 0.42
Agresión	77.8	15.6	74.2	23.8	76.1	12.7	71.3	15.1	- 0.15	- 0.74	- 0.31	- 0.42
Depresión	77.6	20.9	65.1	29.1	68.3	25.2	67.1	24.3	- 0.79	- 0.05	- 2.20*	0.00
Problemas de conducta	77.8	15.7	76.5	13.3	82.3	8.2	80.5	11.5	- 0.85	- 0.63	- 0.08	- 0.33
Ansiedad	65.8	23.3	73.8	25.1	71.6	24.4	72.7	18.0	- 0.69	- 0.70	- 0.84	0.00
Atipicidad	77.1	31.8	74.6	17.9	79.1	10.0	58.7	29.2	- 1.18	- 1.01	- 0.52	- 1.54
Aislamiento	70.2	34.2	53.6	42.7	69.8	27.7	60.0	31.1	- 0.15	- 0.42	- 1.35	- 0.84
Somatización	36.8	21.2	35.2	28.7	46.1	32.6	15.3	13.7	- 0.22	- 2.04*	- 0.36	- 1.54
<i>Escala Adaptativa</i>												
Habilidades de estudio	26.1	27.8	43.3	25.8	13.7	11.7	13.8	8.4	- 1.22	- 2.16*	- 1.82	- 1.01
Adaptabilidad	37.7	27.6	41.1	32.3	16.7	25.0	21.0	31.9	- 1.54	- 1.62	- 0.42	- 0.33
Habilidades sociales	42.5	33.3	46.1	32.9	23.3	34.4	24.6	19.1	- 1.68	- 1.37	- 0.70	- 0.33
Compañerismo	49.6	28.2	63.0	20.	26.6	24.6	29.0	20.4	- 1.53	- 2.04*	- 1.90*	- 0.40

* $p < 0.05$

(b) *Efectos sobre las evaluaciones de los padres*

En la fase pre – tratamiento, la comparación entre los grupos experimental y de control obtenido de las puntuaciones de padres en las variables medidas de la escala clínica y adaptativa no mostraron diferencias significativas (ver tabla 20). En la fase de posttest se observan diferencias significativas entre grupos en las subescalas clínicas de desatención, $Z = - 1.86$, $p < 0.05$ y agresión, $Z = - 1.90$, $p < 0.05$. Además se obtuvieron diferencias significativas en las subescalas adaptativas de habilidades sociales, $Z = - 2.76$, $p < 0.05$ y compañerismo, $Z = - 2.40$, $p < 0.05$. Una gran diferencia aparece comparando los resultados obtenidos en el grupo experimental antes y después de la intervención en las subescalas clínicas de hiperactividad, $Z = - 2.37$, $p < 0.05$; problemas de atención $Z = - 2.38$, $p < 0.05$; agresión, $Z = - 2.10$, $p < 0.05$; depresión, $Z = - 2.10$, $p < 0.05$, problemas de conducta $Z = - 1.97$, $p < 0.05$ y aislamiento, $Z = - 2.20$, $p < 0.05$. No se observaron diferencias en las subescalas adaptativas. El grupo de control en cambio no manifiesta diferencias antes y después de la intervención en las subescalas según la percepción de los padres. Estos últimos sólo difieren en la subescala adaptativa de adaptabilidad, $Z = - 2.02$, $p < 0.05$.

(c) *Efectos sobre las evaluaciones de niños (Autoinforme)*

En la evaluación de la fase pretratamiento, la prueba de Mann – Whitney comparó al grupo experimental y de control encontrando que no existen diferencias entre grupos en ninguna instancia (ver tabla 21). Los resultados confirman la homogeneidad entre los dos grupos de niños con TDAH. Después de implementado el tratamiento se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en las subescalas clínicas de actitud negativa hacia profesores, $Z = - 2.23$, $p < 0.05$; sensación de inadecuación, $Z = - 2.50$ y $p < 0.05$; depresión, $Z = - 3.08$, $p < 0.05$. También se encontraron diferencias en las subescalas adaptativas de autoconfianza, $Z = - 2.47$, $p < 0.05$; autoestima, $Z = - 2.13$, $p < 0.05$ y relación con padres, $Z = - 2.13$, $p < 0.05$.

Tabla 20: Medias, Desviaciones Estándar y estadísticos comparativos E.M.C Padres

	Grupo Experimental				Grupo Control				Mann - Whitney		Wilconxon	
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Intergrupo		Intragrupo	
Medidas	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	Pretest	Posttest	Experim	Control
<i>Escala Clínica</i>												
Hiperactividad	66.8	28.6	41.8	34.7	67.7	23.8	61.6	29.4	- 0.10	- 1.38	- 2.37*	- 0.84
Problemas de atención	87.7	11.5	51.5	26.3	73.2	24.5	76.7	21.5	- 1.44	- 1.86*	- 2.38*	- 0.73
Agresión	65.0	22.5	45.5	30.9	67.5	18.3	74.2	18.2	- 0.26	- 1.90*	- 2.10*	- 0.74
Depresión	77.8	21.3	56.6	30.0	70.2	28.3	61.0	28.6	- 0.47	- 0.40	- 2.10*	- 1.01
Problemas de conducta	77.1	20.3	62.6	23.4	75.5	21.6	78.1	19.7	- 0.05	- 1.11	- 1.97*	- 0.34
Ansiedad	47.5	30.4	48.1	20.3	36.0	26.5	38.8	33.5	- 0.96	- 1.27	- 0.28	- 0.34
Atipicidad	80.6	6.3	58.3	30.4	76.5	17.8	76.2	24.8	- 0.43	- 1.70	- 1.54	- 0.52
Aislamiento	64.8	31.0	43.7	23.4	57.5	16.9	49.8	25.8	- 0.84	- 0.48	- 2.20*	- 0.68
Somatización	73.1	22.0	68.7	19.2	66.0	19.5	60.0	22.6	- 1.50	- 0.90	- 0.51	- 0.63
<i>Escala Adaptativa</i>												
Habilidades sociales	44.2	24.8	49.3	28.1	35.5	24.6	21.2	21.6	- 0.53	- 2.76*	- 0.42	- 2.02*
Adaptabilidad	45.0	20.7	50	8.8	29.3	14.0	21.2	21.6	- 1.64	- 1.64	- 0.70	- 0.27
Compañerismo	52.2	24.8	65	7.0	51.2	28.6	33.0	23.1	- 0.53	- 2.40*	- 0.44	- 1.86

* $p < 0.05$

Tabla 21: Medias, Desviaciones Estándar y estadísticos comparativos E.M.C Autoinforme

	Grupo Experimental				Grupo Control				U. Mann - Whitney		Wilconxon	
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Intergrupo		Intragrupo	
Medidas	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	Pretest	Posttest	Experi	Control
<i>Escala Clínica</i>												
Actitud Profesores	85.2	8.5	60.6	19.5	81.8	14.2	81.6	12.9	- 0.43	- 2.23*	- 2.24*	- 0.08
Sensación Inadecuación	75.5	15.2	45.6	23.9	84.3	10.3	80.3	12.8	- 1.34	- 2.50*	- 2.37*	- 1.21
Locus de Control	71.5	22.8	48.7	23.5	68.5	22.2	46.6	34.3	- 0.11	- 0.53	- 2.20*	- 1.61
Actitud Colegio	70.7	29.2	68.8	24.5	81.3	28.9	80.0	28.2	- 1.03	- 1.59	- 0.67	- 0.67
Depresión	69.2	31.0	41.2	19.9	78.1	12.1	83.1	14.9	- 0.11	- 3.08*	- 2.19*	- 0.67
Estrés Social	67.8	28.3	55.3	27.0	69.5	29.7	72.1	20.5	- 0.53	- 1.28	- 0.94	0.00
Ansiedad	57.3	27.9	35.5	26.3	57.2	33.0	56.2	24.4	- 0.16	- 1.70	- 1.54	- 0.28
Atipicidad	47.0	34.1	37.7	32.5	64.1	26.6	65.3	24.4	- 0.85	- 1.80	- 1.36	- 0.40
<i>Escala Adaptativa</i>												
Autoconfianza	23.8	31.0	55.0	31.1	14.0	13.3	15.5	112.	- 0.55	- 2.47*	- 2.21*	- 0.13
Relación con Padres	23.7	17.4	49.9	22.8	28.1	20.8	24.3	19.9	- 1.38	- 2.12*	- 2.21*	- 0.53
Relaciones Interpersonales	24.0	19.8	55.8	37.2	33.5	26.2	36.3	23.3	-0.54	- 1.17	- 1.96*	- 1.07
Autoestima	35.7	29.8	60.8	33.9	18.1	9.6	20.3	27.2	- 0.56	- 2.13*	- 1.80	- 0.36

* **p < 0.05**

Tabla 22: Medias, Desviaciones Estándar y estadísticos comparativos E.M.C Rendimiento Escolar

Medidas	Grupo Experimental				Grupo Control				U. Mann - Whitney		Wilconxon	
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Intergrupo		Intragrupo	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	Pretest	Posttest	Experi	Control
Matemáticas	5.1	0.92	5.3	0.79	4.9	0.39	4.9	0.44	- 0.39	- 1.16	- 0.51	- 0.21
Lenguaje	5.2	0.71	5.4	0.97	5.0	0.83	5.0	0.70	- 0.26	- 0.84	- 0.85	- 0.11
Ciencias	4.8	0.93	5.4	0.72	5.0	0.66	5.1	0.53	- 0.74	- 0.85	- 2.38*	- 0.68
Promedio general	5.4	0.49	5.4	0.63	5.3	0.44	5.2	0.33	- 0.48	- 0.79	0.00	- 1.02

* $p < 0.05$

Los resultados intragrupo del grupo experimental mostraron descensos significativos en las subescalas clínicas de actitud negativa hacia profesores, $Z = - 2.23$, $p < 0.05$; sensación de inadecuación, $Z = - 2.37$, $p < 0.05$; locus de control, $Z = - 2.20$, $p < 0.05$ y depresión, $Z = - 2.19$, $p < 0.05$. Además, se observaron diferencias significativas en las subescalas adaptativas de autoconfianza, $Z = - 2.21$, $p < 0.05$; relación con padres $Z = - 2.21$, $p < 0.05$ y relaciones interpersonales, $Z = - 1.96$, $p < 0.05$.

Por otro lado, los resultados intragrupo del grupo de control, en cambio, no mostraron diferencias antes y después de la intervención.

(d) Efectos sobre el rendimiento escolar

En la línea base, el grupo experimental y de control tienen similares niveles de rendimiento escolar. En la evaluación post – intervención tampoco se encontraron diferencias entre ambos grupos. Las comparaciones pre y postratamiento de el grupo experimental solamente mostró diferencias significativas en la asignatura de ciencias naturales. El grupo de control no mostró ninguna diferencia intragrupal respecto al rendimiento escolar.

CAPITULO VII

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Esta investigación tiene varias limitaciones que indudablemente pueden afectar el alcance de los hallazgos y conviene revisarlas antes de proceder al análisis de los resultados. En primer lugar, los efectos de las intervenciones pueden haberse enmascarado por el escaso poder de los análisis estadísticos. Los métodos no paramétricos de contraste, tienen menos potencia para descubrir una diferencia real como significativa (Guildford & Fruchter, 1984). Por lo tanto, los contrastes realizados deben leerse bajo estas consideraciones e interpretarse como aproximativos y / o tendencias. Otra limitante del estudio tiene relación con la ausencia de una evaluación de seguimiento de los pacientes en el tiempo, lo que deja fuera del alcance del estudio la observación del mantenimiento de los logros de las intervenciones después de terminadas (por ejemplo, seguimiento tras 6 meses o un año de culminado el tratamiento). Finalmente cabe señalar que este estudio tiene un carácter exploratorio, con una muestra limitada que incluyó sólo niños varones y que presenta una restricción de la generalización de los resultados a la población de niños con TDAH en nuestro país.

B. DISCREPANCIAS ENTRE PADRES Y PROFESORES

Tanto las evaluaciones iniciales, como las finales en ambos grupos revelaron discrepancias entre las percepciones de padres y profesores; específicamente los profesores evalúan como más severa la sintomatología de los niños. Las diferencias en la información proporcionada por cada una de las fuentes de información puede interpretarse como un reflejo de las divergencias conductuales ocasionadas por los diversos contextos (hogar, escuela) o las interacciones diferenciales entre el niño y quienes informan. Al respecto, la literatura indica que no existe

uniformidad en cuanto a las valoraciones de los problemas académicos y conductuales de los niños entre padres y profesores; dichas evaluaciones dependen de la edad del niño y del dominio descrito (hiperactividad, problemas académicos, ansiedad). Al parecer existiría un mayor acuerdo entre padres y profesores para los problemas académicos y de hiperactividad, y esta relación es más sólida para el grupo de adolescentes (para una mayor revisión más exhaustiva del tema ver: Montiel – Nava & Peña, 2001; Cristal y cols., 2001). Por otro lado con frecuencia se considera que los maestros son la mejor fuente de información en los problemas de atención e hiperactividad del niño porque tiene la oportunidad de observarlos en una situación que presenta altas demandas de atención sostenida e inactividad. En contraste, la clasificación de los maestros tendería a ser menos útil en la evaluación de problemas internos que tal vez no se observen con facilidad en el salón de clases.

Un aspecto final en la interpretación de las escalas para maestros es la comprensión del “marco de referencia” o utilizado por ellos. Existen diversas características que hacen que un evaluador pueda influir en el juicio acerca de la intensidad, calidad y frecuencia de la conducta del niño. En el caso de las clasificaciones de maestros, una característica que puede influir es su experiencia con muchos niños de la misma edad. Esto les permite elaborar alguna comparación normativa interna acerca de la conducta del niño con la de otros niños que él ha tenido. Esta norma interna es una espada de doble filo. Con frecuencia se da en el mismo maestro una perspectiva única de conocimiento tanto del niño individual como acerca de qué conductas son apropiadas para la edad; pero algunos maestros, pueden tener una base distorsionada de comparación que pudiera influir en su clasificación, es decir, sus clasificaciones sobre la conducta del niño pueden estar influenciadas por una comparación del niño con otros trastornos. A pesar de estas preocupaciones y limitaciones, se considera que las clasificaciones de los profesores son un elemento importante en una amplia evaluación clínica del funcionamiento conductual y emocional de los niños.

C. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA PRELIMINAR

A continuación comentaré brevemente lo más sobresaliente de las evaluaciones iniciales extraídas en los grupos estudiados, a modo de un diagnóstico global de los niños evaluados y adjuntando un breve análisis de los datos observados.

En la evaluación inicial obtenida de la escala multidimensional de la conducta (EMC) llenada por *profesores* se observan en la escala clínica altos índices de psicopatología en las subescalas de hiperactividad, problemas de atención, problemas del aprendizaje y problemas de conducta. La hiperactividad indica niveles problemáticos de actividad, donde los profesores informaron que los niños molestaban a sus compañeros y se apresuraban en sus actividades. Los altos puntajes en problemas de atención indican niveles problemáticos en los niños para prestar atención, donde los profesores indicaban en estos alumnos fácil distractibilidad y dificultad para terminar sus tareas, rindiéndose fácilmente. Los problemas de aprendizaje reflejaban problemas áreas específicas del aprendizaje como lectura / matemáticas y habilidades de organización. Los altos puntajes en problemas conductuales indicaban tendencias en los menores evaluados a un comportamiento antisocial caracterizado por el incumplimiento y rompimiento de reglas al interior del colegio y el aula de clases. Por otro lado, los niveles significativamente más bajos de la escala adaptativa fueron las subescalas de habilidades de estudio y adaptabilidad. Los bajos índices de habilidades de estudio indican niveles deficientes en las habilidades de estudio en donde los profesores informaban pobres hábitos de estudio y trabajos frecuentemente incompletos. Finalmente, la adaptabilidad hace referencia la capacidad de los niños de adaptarse al ambiente escolar en que están inmersos. Estos antecedentes en su conjunto apuntan a un pobre funcionamiento conductual y académico de los alumnos evaluados.

En la evaluación inicial obtenida de la EMC llenada por *padres* se observaron en la escala clínica los puntajes más altos en las subescala de problemas de atención, problemas de conducta y depresión. Los problemas de atención indican dificultades notorias en los niños para prestar

atención, donde los padres informaban en sus hijos fácil distractibilidad, inhabilidad para escuchar atentamente. Los altos puntajes informados por los padres como problemas conductuales indicaban niveles problemáticos en esta área, caracterizados por mentiras y robos. Los puntajes elevados de la subescala depresión indicaban que padres evaluados percibían en sus hijos sentimientos de infelicidad y tristeza. Según las puntuaciones obtenidas se pudo detectar que los padres no puntuaron la hiperactividad, ni la agresividad como clínicamente significativo. Esto puede deberse a un efecto de “acostumbramiento” en la conducta, a la imposibilidad de tener de marco de referencia a otros niños, como también al hecho de percibir la hiperactividad como parte de la cotidianidad. Por otro lado, los padres en general no informaron niveles clínicamente bajos en la escala adaptativa.

Los niños, por su parte, informaron a través de la EMC en su versión *autoinforme* altos puntajes en las subescalas clínicas de actitud negativa hacia profesores, sensación de inadecuación, actitud hacia el colegio y depresión. La actitud negativa hacia maestros evidenciaba tendencias de los niños a mostrar actitudes negativas o de rechazo hacia profesores que dictan sus clases. La sensación de inadecuación hace referencia a un sentimiento mayoritario en los menores evaluados de encontrarse excluido de las normas establecidas socialmente. Estas clasificaciones apuntan a que los niños estudiados se sienten inadaptados a su medio escolar, presumiblemente producto de sus problemas conductuales, y de sus interacciones disfuncionales con profesores y pares. Consecuentemente, esto podría explicar la presencia de sentimientos depresivos en estos niños.

Finalmente, llama la atención los altos puntajes iniciales en la subescala clínica de atipicidad en ambos grupos estudiados en las evaluaciones de niños, padres y profesores. La atipicidad hace referencia a la tendencia de comportarse de manera inmadura, “extraña, asociándose comúnmente con psicosis (ej. alucinaciones visuales o auditivas). Además indica niveles problemáticos de conductas autoinjuriosas y pensamientos inusuales y repetitivos. La elevada proporción de atipicidad llamó mi atención, lo que motivó el contactarse con uno de los autores de la adaptación del cuestionario al habla hispana. El autor señaló la importancia de ser juicioso con los resultados y apuntó el hecho de que la interpretación de la atipicidad debe ser clínica, estando usualmente relacionadas con problemas de ansiedad o depresión e interpretada

por padres como aislamiento o conductas extrañas. Existen varias lecturas para estos resultados: (a) comúnmente los niños en edad escolar manifiestan alucinaciones visuales o auditivas, (b) que los niños con TDAH participantes de este estudio parecen presentar en su mayoría trastornos sensorio-perceptivos, y / o (c) que las respuestas de niños, padres y profesores sean confundidas en su interpretación como actitudes de aislamiento o conductas extrañas.

D. CRITERIOS PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE.

En el siguiente análisis se revisarán los resultados del programa implementado utilizando criterios basados en las mejoras en el funcionamiento familiar, social, escolar y en la personalidad de los niños participantes del estudio. Este método de interpretación tenderá a ser bidireccional, es decir, comparará en virtud de dos fuentes de información (por ejemplo, padres y profesores) o dos variables relacionadas (ejemplo, autoestima y autoconfianza) para proporcionar un modo de validez.

1. *Funcionamiento del niño*

a) Síntomas centrales: Las mediciones indican que según la percepción de los profesores no existen diferencias entre los grupos estudiados en los síntomas centrales del TDAH (desatención, hiperactividad). En la percepción de los padres en cambio, el grupo con tratamiento multicomponente habría experimentado mejoras en los postest intra e intergrupo en los índices de problemas atencionales. Estos resultados son interpretados como: la terapéutica multimodal en comparación al tratamiento farmacológico usual no manifiestan diferencias significativas (al menos en dos contextos), lo que puede respaldar el componente biológico de la desatención y la hiperactividad (o por lo menos que la terapéutica multicomponente implementada es insuficiente para tratar estos síntomas). La mejoría observada por los padres en los índices de desatención puede ser atribuida a la percepción que tienen ellos de una mejora en la relación madre – hijo y de sus expectativas de mejoría. En cambio, ellos reconocen que la hiperactividad permanece presente, tanto en la evaluación de profesores y padres. Estos resultados aparecen concordantes con la literatura revisada, en

donde se señala que los recientes estudios apuntan a sostener que tratamientos combinados no difieren significativamente del tratamiento farmacológico usual para manejar los síntomas centrales del desorden (Root & Resnick, 2003; Farmer y cols. 2002; MTA Cooperative Group, 1999).

- b) Síntomas asociados: En ambos grupos se observaron – como era predecible – altos índices de *problemas de conducta*. La terapéutica multicomponente no logró manifestar diferencias significativas al ser comparado con el tratamiento farmacológico usual. Sin embargo, los problemas comportamentales mostraron descensos en sus medias a diferencia del tratamiento farmacológico usual que las aumentó. En síntesis, el programa multicomponente tiene efectos moderados sobre los problemas conductuales o por lo menos, impiden su progresión escalonada en el tiempo. Los índices de *agresividad* manifiestan mejorías según la percepción de los padres, lo cual sugiere interacciones más adaptativas al interior de la familia o formas no agresivas para resolver problemas. Uno de los efectos más importantes refiere a las mejorías del grupo experimental en la subescala de *depresión* (sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés). Desde las tres fuentes de información se reportaron fuertes descensos. Tanto padres como profesores perciben una disminución considerable de la sintomatología depresiva. Y aún, los propios niños informaron menor cantidad de síntomas neurovegetativos y pensamientos depresivos. Respecto a la subescala de *ansiedad* (tendencia a estar nervioso, con miedo o preocupado por problemas reales o imaginarios) no se observaron claras diferencias.
- c) Competencia prosocial: Se observaron diferencias importantes entre grupos en los índices de *compañerismo*, es decir con las habilidades asociadas con la consecución de metas académicas, sociales o comunitarias, en particular, la habilidad de trabajar bien con los demás. Los resultados obtenidos indican también logros positivos a favor del grupo experimental en las *habilidades sociales* de estos niños, lo que se interpreta como la

capacidad mejorada de los niños participantes del grupo del programa para interactuar eficazmente con compañeros y adultos en el hogar, escuela y comunidad. Otra ventaja del programa multicomponente dice relación a la mejora en los índices de *relaciones interpersonales* informadas por los niños, lo que indica una mejora en los patrones de comunicación y de relación con los demás desde la percepción de los niños. Esto concuerda además con las bajas significativas en los sentimientos de inadecuación de los niños, los cuales presentarían según estos resultados sentimientos de exclusión en mucha menor medida.

- d) Autoestima y Autoeficacia: Según la percepción de los niños tratados en programa multicomponente, habría aumentado en ellos significativamente la creencia de ser valiosos y elevado su amor propio (autoestima), además de la creencia de ser capaz de realizar las actividades propuestas (autoeficacia). Estos dos conceptos son tratados simultáneamente debido a que mantienen estrecha relación. Para Bandura (1987), estos conceptos determinan el funcionamiento psicológico en sus distintos índices de adaptación, de actitudes y de conducta. Así, tanto la autoestima como la autoeficacia contribuyen, cada una por su parte, a la calidad de vida del hombre. Los resultados del estudio arrojan que los niños tratados en el programa se perciben a sí mismos más capacitados para realizar actividades y por ende con mayor confianza en sus propias habilidades. En cambio el grupo de niños que fue tratado sólo farmacológicamente se perciben a sí mismos con menos recursos y menos capacitados para emprender tareas, lo que lógicamente influye en su desempeño académico y social.

2. *Funcionamiento familiar*

El funcionamiento familiar de los participantes evaluados, sólo puede medirse en este estudio a través del autoinforme de los niños. Una vez realizado este análisis surge el pensamiento en el autor de que hubiese sido provechoso tener un reporte de los padres acerca del

funcionamiento familiar a través de un instrumento que abordara más acabadamente la relación padre – hijo. Por ejemplo en el ámbito nacional está validado el cuestionario para padres “Como es SÚ familia” (Florenzano, 2001), el cual tiene como objetivo evaluar el funcionamiento familiar, especialmente adaptabilidad familiar, cohesión y comunicación. A pesar de esta limitante, se pueden interpretar los resultados a la luz de los informes de los niños en las subescalas de relación con padres y locus de control

- (a) Interacción madre (padre) – hijo: Los niños tratados a través de la terapéutica multicomponente informaron mejoras significativas en su *relación con sus padres*, lo que habla de un patrón más adecuado de comunicación y de relación familiar. El grupo experimental en cambio mostró resultados invariantes en los pre y post tests.
- (b) Locus de control: Esta subescala indica la tendencia a asumir como propias o ajenas la responsabilidad de las conductas emitidas. Sus altos niveles iniciales indicaban que los niños evaluados se sentían poco responsables por sus acciones, y sintiéndose controlados por sus padres. En ambos grupos se observaron mejorías (con una mejora más favorable en las comparaciones intragrupo a favor del experimental).

3. *Funcionamiento escolar y académico*

- a) Funcionamiento académico: Los logros académicos atribuibles al programa no son evidentes respecto a un alza en las *calificaciones escolares*. Las notas evaluadas no mostraron grandes diferencias. Sin embargo, los profesores perciben una mejora en el grupo con tratamiento multicomponente de sus *problemas de aprendizaje* (aunque no significativa). Las *habilidades de estudio*, en cambio, mostraron mejoras significativas. Esto significaría un aumento en las habilidades que conducen a resultados académicos positivos, incluyendo habilidades organizativas y buenos hábitos de estudio.
- b) Interacción profesor – alumno: Según la visión de los niños participantes en el programa existiría un cambio en su *actitud hacia los profesores*. Esto se interpreta como tendencias a

mostrar actitudes más positivas y de aceptación hacia los profesores que dictan algunas clases.

- c) Integración y adaptación escolar de los niños con TDAH: La desadaptación escolar es relativamente genuina en los anales de la evaluación de autoinforme debido a su énfasis en la escuela como un dominio importante dentro del funcionamiento del niño, como la adaptación laboral es para los adultos. Parece razonable pensar que si a un niño no le gustan la escuela y los maestros (escalas de actitud hacia el colegio y hacia los profesores) y se siente excluido o inadecuado en su ambiente escolar (sensación de inadecuación), las dificultades escolares pueden presentarse por sí mismas. La terapéutica multicomponente aplicada a los niños del estudio demostró favorecer la integración y adaptación escolar de los alumnos (al menos según la información entregada por los mismos niños).

A. COMPONENTES INFLUYENTES EN LOS INDICADORES DE ÉXITO O FRACASO DEL PROGRAMA

Este análisis pretende reflexionar sobre los componentes que presumiblemente podrían influir en los resultados del programa, en sus distintas instancias: terapia de grupo de niños, entrenamiento a padres y entrenamiento a profesores. Corresponde al análisis clínico propiamente tal y esta sujeto a la experiencia recopilada por el autor al aplicar el programa.

1) Terapia de grupo:

En base a la experiencia del autor liderando la terapia de grupo con niños, se lograron determinar algunas variables que pudiesen determinar en mayor o menor medida los resultados terapéuticos.

- (a) Edad: La panorámica actual sobre la teoría y práctica de la terapia grupal infantil se basa,

principalmente, en una visión evolutiva de la psicopatología y del tratamiento. La teoría evolutiva sugiere que el tratamiento grupal de niños será más eficaz si se dirige a facilitar la habilidad en las tareas específicas de cada fase. La comprensión de los procesos evolutivos es lo que posibilita estructurar un grupo en el que hay niños que funcionan con niveles evolutivos distintos de forma que suponga una experiencia que promueva un crecimiento específico (Pizarro y cols., 2001). La edad de los niños, puede influir notoriamente en los resultados. Niños de 8 años de edad manifestaban en la terapia un nivel de actividad más disruptivo que los niños mayores que indican niveles maduracionales distintos. A parte de la conducta heterogénea entre los niños del grupo, también manifestaban distintas apreciaciones comprensivas a los contenidos y habilidades entrenadas en el programa, atribuible a un nivel cognitivo distinto entre los niños. Niños de 10 u 11 años mostraban un dominio más acabado de los contenidos aplicados, en cambio los niños de menor edad parecían captar en menor medida éstos. Considero, sobre la base de estos antecedentes que la terapia de grupo implementada tiene mejores resultados con niños de 10 o más años y que aparentemente las técnicas cognitivo conductuales basadas en el entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas son mejor internalizadas por los niños de esta edad. Además conviene subdividir por edades las intervenciones de terapia de grupo con niños con TDAH (por ejemplo, 5 – 6 años; 7 – 9 años; 10 – 12 años; 13 – 15 años, 16 – 18 años). Esto requiere mayor investigación que pueda revelar cuales son los grupos de edad más homogéneos para integrar grupos terapéuticos y cuales son las técnicas más eficaces en cada etapa del desarrollo.

- (b) Técnicas implementadas: Los procedimientos de *entrenamiento autoinstruccional* y *en resolución de problemas* fueron insuficientes para regular la actividad y la atención de los niños participantes al interior de las sesiones. Sin embargo, se apreciaron reducción en los niveles de impulsividad. También resultaron útiles para resolver conflictos al interior del grupo y atender incipientes focos de conflicto. El *manejo de contingencias* fue una herramienta muy positiva para regular conductas disruptivas y agresivas de los niños y para aumentar su motivación y esfuerzo hacia las tareas practicadas en el grupo. La

autoevaluación, sirvió para que los niños tuviesen conciencia sobre su rendimiento personal y se estableció como una oportunidad de retroalimentación sobre los avances y deficiencias personales con cada niño del grupo. El *entrenamiento en relajación* resultó ser sorprendentemente atractivo para los niños, quienes seguían rigurosamente el procedimiento, manteniendo un autocontrol conductual durante su aplicación. Una vez que los niños lograron un dominio de la técnica (4 sesión), se le sumó a ésta un procedimiento de imaginería guiada, el cual resultó muy efectivo para inducir estados de relajación más profundos en los niños. Los *juegos de rol*, fueron aceptados muy positivamente por el grupo de niños. Éstos fueron de gran utilidad para la práctica de habilidades de los niños, y una oportunidad para modelar conductas socialmente adaptativas. Respecto a la *educación afectiva*, los niños mostraron conocimiento de emociones y sentimientos adecuadamente (ejemplo, rabia, frustración), sin embargo carecían de una regulación emocional que llevara a un control emocional. Muchos niños desplegaban en las sesiones arranques emocionales extremadamente impulsivos. Durante estos arranques se “invisibilizaba” al niño que los desplegaba, no atendiendo ni reforzando estas conductas. Se observaban logros inmediatos durante las sesiones. Tan rápido como surgían desaparecían los arranques emocionales mediante este procedimiento.

- (c) Dinámicas grupales: Se pudo constatar en la práctica clínica que el *proceso grupal* puede ser utilizado como una tarea de entrenamiento y que muchos conflictos interpersonales, pensamientos negativos, y problemas de tolerancia a la frustración que surgen al interior del grupo y pueden ser usados como oportunidades de aprendizaje para que los niños tengan que resolver sus problemas. Se observó que el *ritmo y conducción* de la terapia está fuertemente relacionado con el manejo de los menores y en la productividad de las sesiones. Un ritmo lento o monótono cansaba y distraía a los niños. En cambio un ritmo adecuado facilitaba el trabajo en los objetivos planteados para cada sesión. Un ritmo adecuado implicaba un movimiento continuo del líder y un manejo apropiado del timing. Se trataba principalmente de captar la atención de los menores e integrar las actividades en un momento oportuno según la atmósfera que predominaba en el grupo. Un último factor a considerar es la *cohesión grupal*. Se considera que el incremento de la cohesión del grupo se asocia a un incremento en la eficacia de la terapia. En nuestro grupo la cohesión de grupo se potenció principalmente a

través de un nombre que identificaba al grupo y de un grito que se efectuaba al terminar cada sesión. También se favoreció la cohesión por medio de los ejercicios grupales y juegos interactivos orientados a una meta terapéutica.

2) *Entrenamiento a padres*

El entrenamiento a padres se realizó con 7 madres y un padre conformándose así un taller de grupo de padres. Al proporcionar *psicoeducación* a los padres sobre el TDAH, ellos mostraron muchas interrogantes, mitos y confusiones sobre este desorden. Sus preocupaciones se centraban en los efectos de las medicaciones y su posible riesgo para el niño, pronóstico y necesidades especiales. Muchas dudas fueron aclaradas con los padres, lo que dio un pie inicial al proceso grupal.

Al examinar las *cogniciones y conductas de los padres* se pudo constatar la presencia de pensamientos y conductas inadecuadas hacia sus hijos. Los pensamientos más comunes entre los padres estaban relacionados con la creencia que la conducta del niño buscaba llamar su atención, atribuciones autoinculpadoras, depositar la culpa en el cónyuge o en el profesor a cargo del niño y la creencia que sus hijos en un futuro tendrían problemas delictivos o con drogas. Se observó además, en los padres métodos disciplinarios ambiguos e ineficientes, sin adecuados límites ni normas establecidas. Las órdenes se caracterizaban por ser vagas, en forma de pregunta (ejemplo, ¿Podrías recoger tus juguetes?), súplicas y órdenes frecuentes, en donde se repetían constantemente las órdenes al niño sin seguir las consecuencias prefijadas, ni mostrar firmeza y seguridad en las indicaciones. También era frecuente en los padres cuando una conducta los sobrepasaba, el rendirse, gritar, amenazar y el castigo físico. Al revisar las cogniciones y conductas desadaptativas y proponer a los padres unas más adaptativas, ellos comentaron que les había servido en muchos aspectos, especialmente en la relación más afectuosa y funcional con sus hijos. Estas interacciones disfuncionales estaban influyendo en los problemas conductuales secundarios al TDAH de los niños estudiados y se manifestaban en relaciones iniciales padre / madre – hijo negativas y conflictivas que al hacerla concientes por los padres y modificar algunos patrones cognitivos y conductuales inadecuados fueron alterada positivamente la relación madre / padre – hijo y la convivencia familiar.

El *entrenamiento autoinstruccional y en resolución de problemas* se entregó a los padres

como una forma de ayudarlos con sus hijos a manejar de mejor forma los procedimientos y ocurriese la deseable generalización en el hogar. Sin embargo, en las tareas asignadas para la casa, los padres informaron dificultades para aplicar el procedimiento en el hogar. Principalmente por escasez de tiempo y poca continuidad en el tiempo en la práctica de estos procedimientos. Hay que sumar a esto limitaciones producto del nivel de escolaridad de los padres, que podría influir en la comprensión acabada de los métodos enseñados y en su adecuada reproducción a su hijo.

Los padres participantes del taller evidenciaban déficit familiares en resolución de problemas y de comunicación. Esto se manifestaba en peleas constantes, e interacciones conflictivas al interior de la familia. El entrenamiento en resolución de problemas familiares manifestó tener efectos limitados para resolver conflictos familiares.

3) *Entrenamiento a profesores*

El taller de profesores fue llevado a cabo sin mayores problemas y con la colaboración estrecha del establecimiento educacional. Sin embargo, había que adaptar los horarios prefijados, según los tiempos del colegio. Las sesiones se realizaron con mucha distancia entre cada sesión de entrenamiento (aproximadamente cada 3 semanas). Este puede ser un factor perjudicial para el éxito del programa con los profesores, sobre todo considerando que los estudios actuales apuntan a que este tipo de intervenciones psicosociales, para aumentar su eficacia deben ser implementadas entre lapsos breves (por ejemplo, 1 vez por semana) a diferencia de aquellos en que pasa demasiado tiempo entre sesión y sesión (CONACE / MIDEPLAN, 2002).

Al igual que el grupo de padres fue muy productivo entregar *antecedentes básicos sobre el TDAH* que los profesores pudieran incorporar al conocimiento de sus alumnos. Se dio énfasis en la importancia de la temprana detección y oportuno tratamiento de los niños que padecen de este desorden. Se evidenció que muchos docentes tendían a generalizar el TDAH a muchos alumnos que tras su exploración más detallada presentaban otros cuadros (ejemplo, trastorno de conducta). Los maestros, al igual que los padres expresaron preocupaciones acerca de los efectos del medicamento. Además de señalar la escasez de recursos para la atención de alumnos por el sistema de salud y la inconsistencia en el tratamiento farmacológico por parte de los padres.

Al examinar las cogniciones y conductas de los profesores hacia sus alumnos con TDAH

se hicieron evidente pensamientos, creencias, atribuciones y conductas desadaptativas. Sobresalían en ellos el pensamiento de que la conducta hiperactiva de los niños era intencional, y buscaba hacerlos disgustar. También pudo observarse la tendencia a atribuir culpas a los padres, como una forma defensiva para no implicarse en el problema. Las conductas desadaptativas más frecuentemente observadas en los maestros fueron las órdenes inefectivas (ejemplo, órdenes múltiples, órdenes vagas), control aversivo y punitivo con el niño sumado a bajos niveles de reforzamiento positivo. Estos métodos ineficaces de control conductual en el aula puede incidir en relaciones inadecuadas entre profesor alumno con TDAH.

El entrenamiento *en habilidades conductuales en el aula de clases* a los docentes les pareció familiar, especialmente el manejo conductual a través de reforzamiento positivo y negativo y tiempo fuera. Los docentes empleaban con frecuencia el castigo para disminuir las conductas negativas en sus alumnos, señalando que el estilo del profesorado era predominantemente autoritario. Los docentes desconocían los métodos que incluían economía de fichas y manejo de contingencias en la sala de clases, contrato conductuales y reforzamientos de conductas específicas.

El entrenamiento *en habilidades en resolución de problemas* resultó ser atractivo para los profesores, pero dependía de factores individuales sus destrezas con esta técnica. No todos los profesores incluyeron en la sala de clases el poster con la tabla "Para, piensa y usa un plan". Este era fundamental para que el maestro adiestrara a sus alumnos con el procedimiento. Al monitorear la continuidad del método por parte de los profesores, se constató además que olvidaban constantemente su ejecución o simplemente no incluían su ejecución dentro su curso. Estos factores pueden afectar la generalización de las habilidades en resolución de problemas al ambiente escolar.

4) Adherencia al tratamiento multicomponente

Para que un tratamiento sea eficaz es esencial que los participantes de la terapia asistan

regularmente a sus sesiones y reciban los contenidos del plan de tratamiento. Durante el tratamiento implementado los niños tuvieron una asistencia casi perfecta (7.5 niños por sesión). Existen varias razones por lo que la adherencia al grupo de niños presumiblemente fue tan alta. Primero, el sistema conductual de contingencias implementado que premiaba el desempeño durante la terapia motivaba a los niños a asistir a las sesiones y potenciaba el aprendizaje entrenado. Segundo, al mantener un taller de padres complementario, pareció incidir en el logro de un sentido de compromiso y responsabilidad para con el tratamiento del grupo de padres. La adherencia de los padres al taller de entrenamiento fue alta también. Sin embargo hay que apuntar que en la mayoría de las sesiones se les recordaba telefónicamente a los padres su asistencia a las reuniones, lo que debió incidir en los promedios de asistencia de los padres.

5) *Influencias contextuales*

La implementación del programa debe ajustarse necesariamente al contexto donde se esté inserto. El plan de tratamiento se realizó dentro de un contexto global de “riesgo social”, es decir, en condiciones económicas de bajos recursos, con altos índices de pobreza, delincuencia y consumo de alcohol y drogas. Otro factor contextual de importancia en este estudio es el sistema escolar particular donde se empleó el programa multicomponente. El colegio respondía a las características generales de un establecimiento municipalizado. En la mayoría de colegios, especialmente provenientes al estrato socioeconómico medio y bajo no cuentan con un psicólogo. La responsabilidad de la detección y derivación de alumnos con dificultades conductuales, emocionales y del aprendizaje están a cargo de un orientador (a) quién carece de la formación profesional para llevar a cabo esta función, sin embargo llevan un registro minucioso de informes médicos y psicológicos de los niños que están siendo tratados. Estos informes generalmente

incluyen, prescripciones farmacológicas, escalas de Conners, tests proyectivos, evaluación intelectual, entre otras. Al momento de realizar una evaluación en un contexto educacional en particular, se necesitó involucrarse en el sistema escolar propio del establecimiento y evaluar cuales serían los mejores planes y estrategias de aproximación, intervención y aplicación del programa. En este estudio, como autor estuve a cargo de implementar el programa completo y de generar estrategias para completar con éxito el programa, bajo el contexto antes mencionado.

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al comenzar esta discusión basada en los resultados y análisis de los mismos, conviene resaltar que las evaluaciones iniciales evidencian que los niños diagnosticados con TDAH participantes de este estudio manifiestan interacciones recíprocas entre influencias neurofisiológicas, familiares, sociales y escolares. Los niños participantes de este estudio presentaban deficiencias en múltiples áreas perjudicando su funcionamiento global y dificultando su adaptación social y desarrollo escolar. Esto hace patente que el TDAH es un cuadro complejo que necesariamente requiere de un enfoque multidisciplinario, aunque puede representar un extremo debido a la selección de niños con TDAH indiscutible como criterio para ingresar al estudio.

Tanto la intervención farmacológica como la modalidad multicomponente presentan

ventajas y limitaciones para abordar a plenitud un cuadro aparentemente crónico como el TDAH. El tratamiento psicoestimulante aparece óptimo para tratar los síntomas centrales del TDAH, sin embargo parece deficiente a la hora de tratar sus síntomas asociados. Por otro lado, la intervención multicomponente sumada a la medicación parece proporcionar un manejo más adecuado para tratar los síntomas asociados al TDAH y mejorar el funcionamiento global en los niños en edad escolar estudiados, pero es incapaz de manejar eficazmente los síntomas centrales del desorden. Esto fue así en el estudio presente, pero requiere de confirmación en una muestra mayor.

Considerando los beneficios y limitaciones de la medicación y las intervenciones cognitivo – conductuales con niños con TDAH, sus padres y profesorado, es claro que una forma única de tratamiento no es capaz de abordar adecuadamente las necesidades de muchos niños con TDAH. Según la perspectiva del autor de este estudio, los componentes biológicos en la etiología del desorden son incuestionables, al igual que la influencia de los factores psicosociales en la manifestación, desarrollo y severidad del él. El TDAH requiere un enfoque multidisciplinar que establezca un tratamiento farmacológico regular (con un seguimiento adecuado). Posterior a esto y sobre la base de este tratamiento y del manejo a corto plazo de la sintomatología central del TDAH (desatención, hiperactividad) es posible implementar programas y abordajes psicosociales basados en el contexto, familiar, escolar y evolutivo de los niños.

El modelo de tratamiento propuesto, aunque meritorio, resulta insuficiente para solucionar el problema. Tampoco sería realista esperar reducciones significativas inducidas por un programa de corta duración sobre las deficiencias regulatorias del TDAH, que parecen estar mediadas neurológicamente. Vale la pena insistir que actualmente no existen pruebas de que algún tratamiento tenga eficacia a largo plazo o que cure el TDAH. Tampoco existen pruebas de que la combinación de tratamientos sea más eficaz que un solo tratamiento, exceptuando al farmacológico médico. Sin embargo, a través de este estudio se logró confirmar los beneficios de un tratamiento multicomponente sobre los síntomas asociados; además, hubo evidencias que indican que el resultado del tratamiento parece depender de muchos factores (severidad del trastorno, edad, sexo, comorbilidad, ambiente familiar y escolar, entre otros). Se ve necesario evaluar en mayor profundidad los efectos de los tratamientos únicos y de los tratamientos multimodales en su acción sobre los componentes nucleares y los asociados del TDAH.

El objetivo prioritario de esta investigación ha sido analizar la eficacia de un programa multicomponente de terapia de orientación cognitivo – conductual sumado al tratamiento farmacológico usual, desarrollado con niños, padres y profesores dentro de un contexto escolar. A continuación desglosaré algunas conclusiones que se desprenden del análisis de los resultados.

De acuerdo con la hipótesis que guía el estudio existirían diferencias entre los dos tratamientos examinados. El tratamiento multicomponente demostraría tener un mayor impacto a corto plazo en la intervención de los niños estudiados con TDAH, producto de que está enfocado a mejorar el funcionamiento individual, social, familiar y escolar de los niños. Los resultados indicarían que se comprobaría esta hipótesis puesto que el tratamiento multicomponente demostró efectos más significativos de acuerdo a las medidas proporcionadas por profesores, padres y los mismos niños en comparación al tratamiento farmacológico usual sólo. Sin embargo, del estudio se desprenden áreas específicas que necesitan ser examinadas con mayor detalle, independientemente del número pequeño de individuos con el que fue hecho. Con esto creo que la pretensión de estudio exploratorio se ha cumplido satisfactoriamente.

En primer lugar, las ganancias que experimentaron los estudiantes con TDAH en la sintomatología central del síndrome (desatención, hiperactividad) tendieron a ser similares en ambos grupos, aunque se observaron pequeñas mejoras, no significativas, en el tratamiento multicomponente, pero sólo en opinión de los padres y no en los profesores. Estas diferencias entre las percepciones de los padres y profesores con respecto a las mejoras sobre estos síntomas, pueden deberse a que las demandas de atención sostenida y autocontrol conductual se dan con menor frecuencia en el hogar. Por el contrario, en el salón de clases, las actividades escolares requieren un esfuerzo mayor sobre estas tareas.

Considerando estos antecedentes y la literatura revisada se concluye que la relativa escasa eficacia del programa en los índices de hiperactividad y problemas atencionales puede deberse, presumiblemente a los componentes neurofisiológicos involucrados en el trastorno en su parte nuclear. Los estudios actuales apuntan a que solamente es posible controlar estos síntomas a corto plazo por medio de la medicación, lo cual avalaría considerar al TDAH como un trastorno con base orgánica (disfunción biológica) y de manifestación conductual. En contraste a esto, los efectos positivos sobre la sintomatología asociada al TDAH (especialmente depresión) tras el tratamiento, tanto en la casa como el colegio, fueron más positivos. En términos generales y en

opinión de los padres y de los propios niños la mejora ha sido considerable. Esto puede explicarse a través de las mejoras significativas (alrededor de un 70% de eficacia) que proporcionan las intervenciones cognitivas y conductuales actualmente en el tratamiento de la depresión unipolar (para una revisión más acuciosa ver los estudios de Clarke y cols., 1990). Sumado a esto, el modelo de tratamiento aplicado proporciona ingredientes que favorecen la integración de los niños a su ambiente escolar, disminuyendo sentimientos de inadecuación y exclusión que pueden repercutir y / o agravar la sintomatología depresiva. Con esto se enfatiza que aunque TDAH tiene un componente nuclear de base neural innegable, no es menos importante el componente asociado que altera la vida del niño y de su entorno y, que controlado trae beneficios a la calidad de vida del niño, también innegables.

En los problemas conductuales y agresividad aunque se evidenciaron mejoras, mis expectativas iniciales eran mayores, principalmente por la literatura que respaldaba estas intervenciones en aquellas áreas. Principalmente, los padres apreciaron mejoras significativas, pero en cambio para los profesores no se apreciaron dichas mejoras. Lo anterior sugiere que en el contexto familiar se manifestaron mejoras importantes, presumiblemente gracias a las habilidades de manejo conductual y cognitivo aprendidas por los padres y que las mejoras pueden estar directamente relacionadas con el entrenamiento en habilidades parentales. Por otro lado, el funcionamiento individual y prosocial de los niños también demostró mejoras significativas. Específicamente se observaron mejoras en la autoestima y autoconfianza en los niños. Muchos niños con TDAH tienen alto riesgo de desarrollar baja autoestima y expectativas negativas sobre el desempeño personal. Los resultados indican que si los niños y sus familias reciben este tipo de tratamiento, disminuyen y ven moderados los efectos negativos sobre la autoestima y autoconfianza. A su vez, el programa promueve el compañerismo y habilidades sociales que favorecen la adaptación y la integración de los niños con su grupo de pares y ambiente escolar específico. Respecto al funcionamiento familiar el programa demostró mejoras significativas en la relación padre – hijo, lo cual sugiere mejoras en las interacciones familiares. Finalmente, el funcionamiento académico y escolar se vio beneficiado respecto de una disminución de problemas del aprendizaje, una mejora en las habilidades de estudio y una actitud positiva de los niños hacia los profesores. Sin embargo no se observaron mejoras significativas en el

rendimiento académico de los estudiantes. La discordancia entre mi expectativa y la proveniente de la literatura con lo encontrado en la Tesis podría explicarse por el número pequeño de la muestra, pero, también porque la población chilena es distinta en su reacción frente a esta intervención que la población de otros países.

En síntesis, el programa implementado promueve condiciones que favorecen a la adaptación y el funcionamiento individual de los estudiantes tratados, como también en las relaciones familiares y la actitud de los niños hacia los profesores y entorno escolar. Además, la experiencia clínica al implementar este modelo de tratamiento sugiere que en muchos de los casos observados se obtuvo éxito, al menos en promover una mejor adaptación al TDAH por parte de niños, padres y ambiente escolar.

Una vez revisado los componentes del programa por separado, se puede concluir lo siguiente; (a) la terapia de grupo parece permitir a los niños con TDAH interactuar con pares y desarrollar habilidades prosociales, además de mejorar actitudes hacia el contexto escolar, y mejorar la autoestima y autoconfianza, (b) el entrenamiento a padres parece modificar creencias atribuciones y conductas desadaptativas de los padres, mejorar las interacciones madre – hijo, y favorecer la adaptación del entorno familiar al TDAH, y (c) el entrenamiento a profesores permite educar al profesorado sobre sus alumnos con TDAH, sus necesidades especiales de aprendizaje y capacitarlos sobre manejo cognitivo y conductual de estos alumnos en la sala de clases, además de diferenciarlos de alumnos problemas con otro tipo de patología.

El programa multicomponente de terapia cognitivo – conductual tiene debilidades, que deben considerarse con mayor profundidad en futuros estudios. Primero, el programa tiene efectos limitados frente a los síntomas centrales del TDAH, lo que necesariamente requiere de una reformulación de las técnicas cognitivo – conductuales y sus fundamentos teóricos para abordar esta problemática. Segundo, los padres y profesores pueden discontinuar el tratamiento debido a su complejidad y el esfuerzo implicado en la aplicación de los procedimientos. Tercero, los estudios actuales señalan que las mejoras de los niños participantes del programa pueden ser sólo temporales, y que tras un seguimiento a largo plazo de estos niños, puede existir un descenso en los beneficios de la intervención

En resumen, el presente estudio evaluó la eficacia diferencial de un tratamiento farmacológico usual (TFU) y su combinación con un programa multicomponente de terapia

cognitivo conductual (PMC) en el tratamiento de niños en edad escolar diagnosticados con TDAH. Los resultados sugieren que ambos tratamientos tienen efectos similares en los síntomas centrales del cuadro clínico (desatención, hiperactividad). Sin embargo, el PMC sumado a medicación fue asociado con disminuciones significativas en los síntomas asociados al desorden (depresión, problemas conductuales y agresividad) y mejoras significativas en el funcionamiento individual (autoestima, autoconfianza), en la relación con padres, competencia prosocial (habilidades sociales, compañerismo) y funcionamiento escolar (habilidades de estudio, actitud hacia profesores).

De acuerdo a estos planteamientos es posible señalar que un tratamiento eficaz para el TDAH necesita ser comprensivo, enfocado a largo plazo y sobre distintos campos o focos de funcionamiento crítico en los niños. El programa multicomponente ofrece el potencial para abordar distintos campos de acción en que un niño puede presentar dificultades y deficiencias que se enfocan al funcionamiento individual, familiar, social y escolar. No obstante, este estudio es una aproximación preliminar, de una intervención a corto plazo que pretende en algún grado modificar el curso del TDAH. Actualmente se sostiene que los regímenes intensivos de tratamiento pueden cambiar la trayectoria de la mayoría de los niños con TDAH, siempre y cuando estén en combinación con tratamientos dirigidos al niño, su familiar y ambiente escolar (Pelham & Hoza, 1993). Éstos resultarán ser tratamientos más comprensivos y lograrán un impacto mayor y más duradero en niños en edad escolar con TDAH. Sin embargo, investigación adicional se necesita para garantizarlo claramente.

Sugiero que las investigaciones futuras deben dar énfasis a las siguientes áreas: (a) demostrando claramente la efectividad diferencial de los tratamientos combinados, (b) investigar el mantenimiento de las mejoras observadas por un tratamiento inicial específico, (c) analizar los componentes eficaces de las intervenciones, (d) determinar las intervenciones más eficaces según los estadios del desarrollo, sexo, comorbilidad y estrato socioeconómico, y (e) evaluando el costo - utilidad de tales intervenciones.

Espero que este estudio pueda servir como una aproximación preliminar a los programas de tratamientos multicomponentes y multimodales para el TDAH implementados en nuestro país y pueda ayudar a estimular un interés en esta aproximación terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Althoff, R., Rettew, D. & Hudziak, J. (2003). Attention - deficit / hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Psychiatric Annals*, 33, 245 - 252.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. AACAP (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention - deficit / hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10S), 85 - 121.
3. American Academy of Pediatrics (2000). Clinical practice guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention - deficit / hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105, 1158 - 1170.
4. American Academy of Pediatrics (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the school - aged child with attention - deficit / hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108, 1033 - 1044.
5. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Press, Washington DC.
6. Ahmoi, C. & Petermann, F. (1997). Developmental psychopathology. Epidemiology, diagnostics and treatment. Harwood Academic Publishers, Amsterdam.
7. Anhalt, K., McNeil, C. B. & Bahl, A. B. (1998). The ADHD Classroom Kit: A whole - classroom approach for managing disruptive behavior. *Psychological Schools*, 35, 67 - 79.
8. Bandura, A. (1987) Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Ediciones Martínez Roca, Barcelona.

9. Barabasz, M. & Barabasz, A (1996): Attention deficit disorder: Diagnostic, etiology and treatment. *Child Study Journal*, 26 , 1 - 37.
10. Barabasz, A. & Barabasz, M. (1995): Attention deficit hyperactivity, disorder: Neurological basis and treatment alternatives. *Journal of Neurotherapy*, 1, 1 - 10.
11. Barkley R. A. (1987). Defiant children: A clinician' s manual for parent training. The Guilford Press, New York.
12. Barkley, R. A. (1995). Taking charge of ADHD. The Guilford Press, New York.
13. Barkley, R. A. (1996). Attention - deficit hyperactivity disorder. En Masch, E. J. & Barkley, R. A. *Child psychopathology* (pp. 63 – 112). The Guilford Press, New York.
14. Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65 - 94.
15. Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Gueveremont, D. G. & Flesher, M. F. (1992). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Mother – adolescents interactions, family belief and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 263 – 288.
16. Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem – solving communication training alone, behaviour management training alone, and their combination for parent – adolescent conflicts in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 926 – 941.
17. Barkley, R. A.; Murphy, K. R. & Bauermeister, J. J. (1998). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Un manual de trabajo clínico. The Guilford Press, Estados Unidos.
18. Braswell, L. & Bloomquist, M. L. (1991). Cognitive - behavioral therapy with ADHD children. The Guilford Press, New York.
19. Caballo, V. E. (1996). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo Veintiuno, España.
20. Clarke, G., Lewinsohn, P. & Hops, H. (1990). Leader' s manual for adolescent groups. Adolescent coping with depression course. Kaiser Permanent Center for Health Research, United States of America.

21. CONACE / MIDEPLAN (2002). El ABC de la prevención temprana del consumo de drogas. Aspectos teóricos y prácticos para la utilización del material preventivo. Ministerio de Educación, Chile.
22. Conners, C. K., Epstein, J. & Mash, J. (2001). Multi – modal treatment of ADHD (MTA): An alternative outcome analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 159 – 167.
23. Conners, C. K., Casat, C. D., Gualtieri, C. T., Weller, E., Reader, M., Reiss, A. y cols. (1996). Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1314 – 1321.
24. Coolican, H. (1994). Métodos de investigación y estadística en psicología. Editorial Manual Moderno, México.
25. Crystal, S. S., Ostrander, R., Chen, E. S. & August, G. A. (2001). Multimethod assessment of psychopathology among DSM – IV subtypes of children with attention – deficit / hyperactivity disorder: self, parent, and teacher reports. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (3), 189 – 205.
26. Diamond, J. & Mattsson, A. (1998). Trastorno por déficit de atención / hiperactividad. En Parmelee, D. X. (ed.). *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 69 – 82). Harcourt Brace, España.
27. Ellis, A. & Grieger, R. (2000). Manual de terapia racional emotiva. Editorial Descleé De Brower, España.
28. Etchepare, T. & Almonte, C. (2003). Trastorno por déficit atencional e hiperactividad. En Almonte, C., Montt M. E. & Correa, A. *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 243 – 255). Editorial Mediterráneo, Chile.
29. Farmer, E.; Compton, S.; Burns, B. & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (6), 1267 – 1302.
30. Fehlings, D. L., Roberts, W., Humphries, T. & Dawe, G. (1991). Attention – déficit hyperactivity disorder. Does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 12, 223 – 228.

31. García, E. M. & Magaz, A. (2000). TDA – H: Protocolo de Evaluación general y Específica Niños y Adolescentes. Editorial Grupo ALBOR - COHS, España.
32. García, R. (2000). Psiquiatría del niño y del adolescente. En Heerlein, A. (ed.) *Psiquiatría clínica* (pp. 755 – 789). Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Chile.
33. Gelder, M., Mayou, R. & Geddes, J. (2000). Oxford Psiquiatría. Marbán Libros, España.
34. Gillberg, C., Melander, H., von Knorring, A. L., Janols, L. O., Thernlund, G., Hagglof, B. y cols. (1997). Long – term stimulant treatment of children with attention – deficit / hyperactivity disorder symptoms: A randomized, double – blind, placebo – controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 54 857 – 864.
35. Goodman, R. & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity: The aetiology role of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 691 - 709.
36. Granell, E. (1979). Aplicación de técnicas de modificación de conducta para el control de la hiperactividad en el ambiente natural. Editorial Trillas, México.
37. Guilford, J. P. & Fruchter, B. (1984). Estadística aplicada a la psicología y la educación. Editorial McGraw – Hill, México.
38. Guajardo, H. (2000). Síndrome de déficit de atención. En Montenegro, H. & Guajardo, H. *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 161 – 171). Editorial Mediterráneo, Chile.
39. Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Wells, K. C., Kraemer, H. C., Abikoff, H. B., Arnold, E. (2000). Family processes and treatment outcome in the MTA: negative / ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal Abnormal Child Psychology*, 28, 555 – 568.
40. Horn, W. F., Ialongo, N., Greenberg, G., Packard, T. & Smith – Winberry, C. (1990). Additive effects of behavioral parent training and self – control therapy with attention hyperactivity disorder children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 98 – 110.
41. Kazdin, A. E. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica. Editorial Prentice Hall, México.

42. Kazdin, A. E. (1996). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta. En Caballo, V. E. (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 28 – 50). Siglo Veintiuno, España.
43. Kendall, P. C. & Braswell, L. (1993). *Cognitive - behavioral therapy for impulsive children*. The Guilford Press, New York.
44. Kotkin, R. (1998). The Irvine Paraprofessional Program: promising practice for serving students with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 31 (6), 556 – 564.
45. Lewis, M. (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins, New York.
46. López, V., López, R. & Aboitiz, F. (2003). Síndrome de déficit atencional: ¿Disminución de atención o distribución alternativa de recursos atencionales? Departamento de Psiquiatría y Centro de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
47. Manos, M. J., Short, E. J. & Findling, R. L. (1999). Differential effectiveness of methylphenidate and Adderall in school – age youths with attention – deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 813 – 819.
48. Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive - behavior modification: An integrative approach*. The Guilford Press, New York.
49. Meichenbaum D. H. & Goodman J. (2000). Entrenar a niños impulsivos a hablarse a sí mismos: Un método para desarrollar el autocontrol. En Ellis, A. & Grieger, R. *Manual de terapia racional – emotiva* (pp. 397 - 415). Editorial Desclée De Brouwer, España.
50. Menéndez, I. (2001). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: Clínica y diagnóstico. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 92 - 102.
51. Michelson, L., Sugai, D. O., Wood, R. O. & Kazdin, A. E. (1987), *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Ediciones Martínez Roca, España.
52. Ministerio de Salud de Chile (1998). *Normas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hiperkinéticos en la atención primaria*. Serie MINSAL, Chile.

53. Miranda, A.; Presentación, M. J. & Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school - based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 35 (6), 546 - 562.
54. Miranda, A.; Soriano, M., Presentación, M. J. & Gargallo, B. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 203 - 216.
55. Miranda, A., Jarque, S. & Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28, 182 – 188.
56. Montiel – Nava, C. & Peña, J. A. (2001). Discrepancias entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista de Neurología*, 32 (6), 506 – 511.
57. MTA Cooperative Group (1999). A 14 - month randomized clinical trial of treatment strategies for attention - deficit / hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 1073 - 1086.
58. Parmelee, D. X. (1998). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Harcourt Brace, España.
59. Pineda, D. A.; Kamphaus, R. W.; Mora, O.; Puerta, I. C.; Palacio, L. G.; Jiménez, I.; Mejía, S., García, M.; Arango, J. C.; Jiménez, M. E.; Lopera, F., (1999). Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad, 28 (10), 952 - 959.
60. Pineda, D. A.; Kamphaus, R. W.; Mora, O.; Restrepo, M. A.; Puerta, I. C.; Palacio, L. G.; Jiménez, I.; Mejía, S., García, M.; Arango, J. C.; Jiménez, M. E.; Lopera, F., Adams, M.; Arcos, M; Velásquez, J. F.; López, L. M.; Bartolino, N. E.; Giraldo, M.; García, A.; Valencia, C.; Vallejo, L. E.; Holguín, J. A. (1999). Sistema de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *Revista de Neurología*, 28 (7), 672 - 681.
61. Pelham, W. E. & Hoza, B. (1993). Intensive intervention for ADHD. A proposal for Summer Treatment Program for children with ADHD. En Hibbs, E. & Jensen, P. (Eds.). *Psychosocial treatments for child and adolescents disorders: Empirically based strategies for clinical practice*, (pp. 311 – 340). APA Press, New York.

62. Pizarro, A. A., Rebolledo, E. & Sáenz, C. (2001). Psicoterapia de grupo y una experiencia grupal con niños. Escuela de Psicología, Centro Atención Psicológica, Universidad Santo Tomás, Chile.
63. Polaino, A. (1997). Manual de hiperactividad infantil. Editorial Unión, España.
64. Puerta, C. A. & Rios, Y. A. (2001). Software de apoyo para la evaluación neuropsicológica de la conducta humana. Universidad de San Buenaventura, Facultad de Ingenierías, Programa Ingeniería de Sistemas, Medellín, Colombia.
65. Purdie, N., Hattie, J. & Carroll, A. (2002). A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: What works best? *Review of educational research*, 72 (1), 61 - 99.
66. Robinson, T. R., Smith, D. W., Miller, M. D., & Bronell, M. T. (1999). Cognitive behavior modification of hyperactivity / impulsivity and aggression: A meta - analysis of school - based studies. *Journal of Educational Psychology*, 91, 1 - 9.
67. Rodríguez - Sacristán, J. (2000). Psiquiatría de niños y adolescentes. Editorial Universidad de Sevilla, España.
68. Ronen, T. (1997). Cognitive developmental therapy with children. John Wiley & Sons, New York.
69. Root, R. & Resnick, R. J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention - deficit / hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (1), 34 - 41.
70. Roselló, B., García - Cautelar, R., Tárraga - Mingués, R. & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36, 79 - 84.
71. Santacreu, J. (1996). El entrenamiento en autoinstrucciones. En Caballo, V. E.. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 607 - 626). Editorial Siglo Veintiuno, España.
72. Shirk, S. R. & Russel, R. L. (1996). Change processes in child psychotherapy. The Guilford Press, New York.

73. Taylor, E. (1994). Syndromes of attention deficit and hyperactivity. En Rutter, M.; Taylor, E. & Hersov, L. (eds). *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*, Blackwell Scientific, New York.
74. Turchiano, T. P. & Hofstra, U. (2000). Dissertation Abstracts International: *Section B: The Sciences & Engineering*, 60 (11-B), 5760.
75. Vera, M. N. & Vila, J. (1996). Técnicas de relajación. En Caballo, V. E., *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 162 -182). Siglo Veintiuno, España.
76. Wechsler, D. (1999). Test de inteligencia para niños WISC III. Editorial Paidós, Argentina.
77. Weller, E. B., Weller, R. A., Rooney, M. T. & Fristad, M. A. (2001). Entrevista para síndromes psiquiátricos para niños y adolescentes (ChIPS). Editorial Manual Moderno, México.
78. Weller, E. B. (2000). Children Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 39 (1), 76 - 84.
79. Wells, K., Eppstein, J. N., Hinshaw, S. P., Conners, C., Klaric J., Abicoff, H. B. y cols. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 543 – 553.
80. Wells, K., Pelham, W., Kotkin, R., Hoza, B. y cols. (2000). Psychosocial treatment strategies in the MTA study: Rationale, methods, and critical issues in design and implementation, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 483 – 505.
81. Wicks - Nelson, R. & Israel, A. C. (1999). Psicopatología del niño y del adolescente. Prentice Hall, España.
82. Woodward, L., Taylor, E., Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 38, 161 – 169.
83. Zametkin, A. J. & Rapoport, J. L. (1987). Neurobiology of attention deficit disorder with hiperactivity: Where have come in 50 years? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 676 - 686.

ANEXOS:

Escala Multidimensional de la Conducta (EMC)

Apéndice A: Cuestionario para profesores (6-11 años). (C. Reynolds & R. Kamphaus)

Nombre del niño_____

Nombres _____ primer apellido _____ segundo apellido _____

Fecha_____ Fecha de nacimiento_____ Edad_____

Escuela_____ Curso_____ Sexo: M____ F____

Nombre de quien responde el cuestionario_____

INSTRUCCIONES

En ambos lados de este cuestionario, hay frases que describen la manera como un(a) niño(a) puede actuar. Por favor lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa la forma como ha estado actuando su hijo(a) en los últimos **seis meses**. Si ha tenido cambios durante este periodo, describa entonces, la conducta más reciente. **Por favor marque cada ítem**. Si usted no sabe o tiene dudas, señale una respuesta aproximada. Antes de comenzar, llene toda la información solicitada en la parte superior de la página.

Marque la letra N, si la conducta Nunca ocurre.

Marque la letra V, si la conducta A Veces ocurre.

Marque la letra F, si la conducta ocurre Frecuentemente (a menudo)

Marque la letra S, si la conducta ocurre casi siempre

Si desea cambiar la respuesta, táchela con una X y encierre en un círculo la nueva respuesta

1. Se adapta bien a los (a) nuevos (as) maestros	N	V	F	S
2. Discute cuando no le siguen la corriente	N	V	F	S
3. Se come las uñas	N	V	F	S
4. Se rinde fácilmente durante el aprendizaje de cosas nuevas	N	V	F	S
5. Fija la mirada en el vacío	N	V	F	S
6. Le importa poco los sentimientos de los demás	N	V	F	S
7. Permanece desmotivado mucho tiempo si se le cancela su actividad favorita	N	V	F	S
8. Hace las tareas a la carrera	N	V	F	S
9. Asiste a actividades extracurriculares	N	V	F	S
10. Tiene dificultades para terminar los exámenes	N	V	F	S
11. Ofrece ayuda voluntariamente	N	V	F	S
12. Se queja de frío	N	V	F	S
13. Realiza lecturas asignadas	N	V	F	S
14. Se niega a hablar	N	V	F	S
15. Se orina o defeca accidentalmente	N	V	F	S
16. Amenaza con herir a los demás	N	V	F	S
17. Se preocupa por las cosas que no se pueden cambiar	N	V	F	S
18. Se distrae fácilmente durante los trabajos en clase	N	V	F	S
19. Intenta autoagredirse	N	V	F	S
20. Se escapa de la clase	N	V	F	S
21. Dice: "no tengo amigos"	N	V	F	S
22. Molesta a los demás durante la clase	N	V	F	S
23. Es creativo	N	V	F	S
24. Comete errores por descuido	N	V	F	S
25. Dice: "por favor y gracias"	N	V	F	S
26. Se queja de asfixia	N	V	F	S
27. Estudia con los (as) compañeros (as)	N	V	F	S
28. Evita competir con otros (as) niños (as)	N	V	F	S
29. Culpa a los demás	N	V	F	S

30. Ve cosas que no están ahí	N	V	F	S
31. Hace trampas en los exámenes y en los trabajos escolares	N	V	F	S
32. Se queja de que se burlan de él	N	V	F	S
33. Habla demasiado duro	N	V	F	S
34. Intimida a los demás	N	V	F	S
35. Busca llamar la atención mientras hace las tareas	N	V	F	S
36. Motiva a los otros para hacer las cosas bien	N	V	F	S
37. Analiza la naturaleza de los problemas antes de empezar a resolverlos	N	V	F	S
38. Es terco (a)	N	V	F	S
39. Destruye las cosas de otros (as) niños (as)	N	V	F	S
40. Es nervioso	N	V	F	S
41. Tiene dificultad para poner atención a las amonestaciones	N	V	F	S
42. Come cosas que no son comida	N	V	F	S
43. Tiene que quedarse castigado (a) en el colegio	N	V	F	S
44. Cambia fácilmente de estado de ánimo	N	V	F	S
45. Golpea con los pies o con el lápiz	N	V	F	S
46. Tiene muchas ideas	N	V	F	S
47. Dice que los libros son difíciles de entender	N	V	F	S
48. Tiene sentido del humor	N	V	F	S
49. Se queja de su salud	N	V	F	S
50. Hace trabajos extra para mejorar sus calificaciones	N	V	F	S
51. Juega solo (a)	N	V	F	S
52. Tartamudea	N	V	F	S
53. Es contestón (a) con los profesores	N	V	F	S
54. Dice: "tengo miedo de cometer errores"	N	V	F	S
55. Los periodos de atención son muy cortos	N	V	F	S
56. Parece fuera de la realidad	N	V	F	S
57. Roba en el colegio	N	V	F	S
58. Dice: "nadie me quiere"	N	V	F	S

59. Actúa sin pensar	N	V	F	S
60. Toma decisiones con facilidad	N	V	F	S
61. Pierde materias en el colegio	N	V	F	S
62. Halaga a los demás	N	V	F	S
63. Se queja de calor	N	V	F	S
64. Trabaja bien aún en las materias que no le gustan	N	V	F	S
65. Evita a otros (as) niños (as)	N	V	F	S
66. Da órdenes a los demás	N	V	F	S
67. Juega con el agua del inodoro	N	V	F	S
68. Se queja de lo que hacen la policía y las autoridades	N	V	F	S
69. Dice: "nadie me entiende"		N	V	F
S				
70. Grita en clase	N	V	F	S
71. Critica a los demás	N	V	F	S
72. Toma medicamentos	N	V	F	S
73. Trata de lograr lo mejor de los demás	N	V	F	S
74. Tiene confianza en sí mismo (a) antes de los exámenes	N	V	F	S
75. Se ajusta bien a los cambios en la rutina	N	V	F	S
76. Le pone apodos a los demás	N	V	F	S
77. Es temeroso (a)	N	V	F	S
78. Tiene problemas de concentración	N	V	F	S
79. Se queja de incapacidad para bloquear pensamientos no deseados	N	V	F	S
80. Se ha fugado del colegio	N	V	F	S
81. Lloro fácilmente	N	V	F	S
82. Interrumpe las conversaciones de los demás	N	V	F	S
83. Da sugerencias buenas para resolver problemas	N	V	F	S
84. Tiene problemas con la ortografía	N	V	F	S
85. Pide ayuda con cortesía	N	V	F	S
86. Se queja de dolores	N	V	F	S

87. Lee	N	V	F	S
88. Lo (a) escogen de último (a) en los juegos	N	V	F	S
89. Admite sus fracasos	N	V	F	S
90. Es presumido (a)	N	V	F	S
91. Muestra inseguridad ante los exámenes	N	V	F	S
92. Escucha atentamente	N	V	F	S
93. Mastica la ropa o las cobijas	N	V	F	S
94. Es vulgar en su lenguaje	N	V	F	S
95. Se altera fácilmente	N	V	F	S
96. Hace ruidos o sonidos fuertes cuando juega	N	V	F	S
97. Motiva a los demás para trabajar juntos	N	V	F	S
98. Tiene problemas con las matemáticas	N	V	F	S
99. Felicita a los demás cuando les pasa cosas buenas	N	V	F	S
100. Se enferma	N	V	F	S
101. Termina las tareas	N	V	F	S
102. Tiene problemas para hacer nuevos (as) amigos (as)	N	V	F	S
103. Se burla de los demás	N	V	F	S
104. Repite la misma frase una y otra vez	N	V	F	S
105. Tiene problemas en la lectura	N	V	F	S
106. Presenta convulsiones o ataques	N	V	F	S
107. Hace las cosas a la carrera	N	V	F	S
108. Hace pataletas	N	V	F	S
109. Canturrea	N	V	F	S
110. Sugiere las cosas sin ofender a los demás	N	V	F	S
111. Pide compensar las asignaturas perdidas	N	V	F	S
112. Tolera bien la frustración	N	V	F	S
113. Se queja de las normas	N	V	F	S
114. Se enferma antes de los exámenes	N	V	F	S
115. Olvida las cosas	N	V	F	S
116. Escucha cosas que no son reales	N	V	F	S

117. Ha sido suspendido (a) del colegio	N	V	F	S
118. Se ve triste	N	V	F	S
119. s el (ella) payaso (a) de la clase	N	V	F	S
120. Trabaja bien bajo presión	N	V	F	S
121. Tiene mala caligrafía	N	V	F	S
122. Admite sus errores	N	V	F	S
123. Tiene dolores de cabeza	N	V	F	S
124. Tiene buenos hábitos de estudio	N	V	F	S
125. Es tímido (a) con los adultos	N	V	F	S
126. Tiene problemas para cambiar de una tarea a otra	N	V	F	S
127. Golpea a otros (as) niños (as)	N	V	F	S
128. Dice: "no soy bueno (a) para esto"	N	V	F	S
129. Escucha las instrucciones	N	V	F	S
130. Habla solo (a) sin sentido	N	V	F	S
131. Tiene amigos (as) con problemas	N	V	F	S
132. Dice: "me gustaría morirme" u "ojalá estuviera muerto"	N	V	F	S
133. Es demasiado inquieto (a)	N	V	F	S
134. Pertenece a clubes y organizaciones	N	V	F	S
135. Dificultad para completar bien las tareas por no seguir las instrucciones	N	V	F	S
136. Se ofrece a ayudar a los demás	N	V	F	S
137. Tiene fiebres	N	V	F	S
138. Usa la biblioteca del colegio	N	V	F	S
139. Se niega a participar en actividades de grupo	N	V	F	S
140. Es un buen perdedor (a)	N	V	F	S
141. Tiene ideas raras	N	V	F	S
142. Tiene problemas visuales	N	V	F	S
143. Tiene problemas auditivos	N	V	F	S
144. Tiene dificultades para esperar turnos	N	V	F	S
145. Es elegido (a) como líder	N	V	F	S

146. Se balancea por períodos largos	N	V	F	S
147. Se interesa por las ideas de los demás	N	V	F	S
148. Es organizado	N	V	F	S

Nombre del niño _____

Nombres _____ primer apellido _____ segundo apellido _____

Fecha _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Escuela _____ Curso _____ Sexo: M ___ F ___

Nombre de quien responde el cuestionario _____

INSTRUCCIONES

En ambos lados de este cuestionario, hay frases que describen la manera como un(a) niño(a) puede actuar. Por favor lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa la forma como ha estado actuando su hijo(a) en los últimos **seis meses**. Si ha tenido cambios durante este periodo, describa entonces, la conducta más reciente. **Por favor marque cada ítem**. Si usted no sabe o tiene dudas, señale una respuesta aproximada. Antes de comenzar, llene toda la información solicitada en la parte superior de la página.

Marque la letra N, si la conducta Nunca ocurre.

Marque la letra V, si la conducta A Veces ocurre.

Marque la letra F, si la conducta ocurre Frecuentemente (a menudo)

Marque la letra S, si la conducta ocurre casi siempre

Si desea cambiar la respuesta, táchela con una X y encierre en un círculo la nueva respuesta

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Se adapta bien a los (a) nuevos (as) maestros | N | V | F | S |
| 2. Amenaza con herir a los demás | N | V | F | S |
| 3. Se preocupa | N | V | F | S |
| 4. Escucha las instrucciones que le dan | N | V | F | S |
| 5. Se mece hacia delante y atrás por largos periodos de tiempo | N | V | F | S |
| 6. Se va de casa sin permiso | N | V | F | S |
| 7. Dice: "no tengo amigos" | N | V | F | S |
| 8. Es incapaz de esperar turnos | N | V | F | S |
| 9. Asiste a actividades extracurriculares | N | V | F | S |
| 10. Dice: "por favor y da las gracias" | N | V | F | S |
| 11. Se queja de falta de aire | N | V | F | S |

12. Inicia conversaciones fácilmente con gente que recién conoce	N	V	F	S
13. Juega con fuego	N	V	F	S
14. Le gusta lucirse con los demás	N	V	F	S
15. Es demasiado serio (a)	N	V	F	S
16. Se orina en la cama	N	V	F	S
17. Intenta autoagredirse	N	V	F	S
18. Tiene amigos (as) que están metidos (as) en problemas	N	V	F	S
19. Dice "quiero matarme"	N	V	F	S
20. Se levanta de la mesa durante las comidas	N	V	F	S
21. Se une a clubes o grupos sociales	N	V	F	S
22. Motiva a otros para hacer las cosas bien	N	V	F	S
23. Se queja de mareos	N	V	F	S
24. Cambia su rumbo para evitar saludar a alguien	N	V	F	S
25. Reta a otros (as) niños (as) para que hagan las cosas bien	N	V	F	S
26. Tartamudea	N	V	F	S
27. Dice: "tengo miedo de lastimar a alguien"	N	V	F	S
28. Tiene problemas con la policía	N	V	F	S
29. Lloro fácilmente	N	V	F	S
30. Le dan rabieta	N	V	F	S
31. Toma medicamentos	N	V	F	S
32. Felicita a los demás cuando le pasan cosas buenas	N	V	F	S
33. Se queja de frío	N	V	F	S
34. Le pega a otros (as) niños (as)	N	V	F	S
35. Tiene problemas visuales	N	V	F	S
36. Se calma fácilmente cuando está enojado (a)	N	V	F	S
37. Se burla de los demás	N	V	F	S
38. Se preocupa de lo que piensen los padres	N	V	F	S
39. Olvida las cosas	N	V	F	S
40. Repite continuamente una actividad	N	V	F	S
41. Es vulgar en su lenguaje	N	V	F	S

42. Dice: "nadie me entiende"	N	V	F	S
43. Necesita demasiada supervisión	N	V	F	S
44. Inicia actividades por sí mismo (a)	N	V	F	S
45. Tiene sentido del humor	N	V	F	S
46. Se queja de dolores	N	V	F	S
47. Evita competir con otros (as) niños (as)	N	V	F	S
48. Se altera cuando se cambian planes	N	V	F	S
49. Discute con los padres	N	V	F	S
50. Dice: "los exámenes me ponen nervioso (a)"	N	V	F	S
51. Se distrae fácilmente	N	V	F	S
52. Juguetea nerviosamente con las cosas tales como sus propios cabellos, uñas o ropa	N	V	F	S
53. Le importa poco los sentimientos de los demás	N	V	F	S
54. Se rinde fácilmente	N	V	F	S
55. Es inquieto (a) cuando ve una película	N	V	F	S
56. Tiene muchas ideas	N	V	F	S
57. Se ofrece a ayudar a los demás	N	V	F	S
58. Vomita	N	V	F	S
59. Es tímido (a) con otros niños (as)	N	V	F	S
60. Es un (a) buen (a) perdedor (a)	N	V	F	S
61. Se esfuerza demasiado en complacer a los demás	N	V	F	S
62. Sueña despierto (a)	N	V	F	S
63. Tiene que quedarse castigado (a) en el colegio	N	V	F	S
64. Se altera fácilmente	N	V	F	S
65. Juguetea nerviosamente con objetos durante las comidas	N	V	F	S
66. Tiene habilidad para lograr que otros trabajen juntos	N	V	F	S
67. Tiene buenos modales en la mesa	N	V	F	S
68. Tiene problemas auditivos	N	V	F	S
69. Se orina o defeca accidentalmente	N	V	F	S

70. Va al médico con frecuencia	N	V	F	S
71. Se ajusta bien a los cambios en la rutina	N	V	F	S
72. Critica a los demás	N	V	F	S
73. Tiene miedo de morir	N	V	F	S
74. Se rinde fácilmente durante el aprendizaje de cosas nuevas	N	V	F	S
75. Parece no estar en contacto con la realidad	N	V	F	S
76. Miente para salirse de apuros	N	V	F	S
77. Dice: "no tengo amigos"	N	V	F	S
78. Interrumpe las conversaciones de los demás	N	V	F	S
79. Es creativo	N	V	F	S
80. Sugiere cosas sin ofender a otros	N	V	F	S
81. Tiene dolores de cabeza	N	V	F	S
82. Se rehusa a participar en actividades de grupo	N	V	F	S
83. Comparte sus juguetes o pertenencias con otros (as) niños (as)	N	V	F	S
84. Se queja de las normas o reglas	N	V	F	S
85. Se preocupa por las cosas que no se pueden cambiar	N	V	F	S
86. Termina su tarea de principio a fin sin descansar	N	V	F	S
87. Come cosas que no son comida	N	V	F	S
88. Tiene problemas con sus vecinos (as)	N	V	F	S
89. Cambia fácilmente de estado de ánimo	N	V	F	S
90. Es demasiado inquieto (a)	N	V	F	S
91. Da sugerencias buenas para resolver problemas	N	V	F	S
92. Pide ayuda con cortesía	N	V	F	S
93. Tiene reacciones alérgicas	N	V	F	S
94. Muestra miedo frente a gente desconocida	N	V	F	S
95. Destruye las cosas de otros (as) niños (as)	N	V	F	S
96. Se preocupa por lo que piensen los maestros	N	V	F	S
97. Se queja de incapacidad para bloquear pensamientos no deseados	N	V	F	S
98. Se mete en problemas	N	V	F	S

99. Dice: "me gustaría morirme" u "ojalá estuviera muerto"	N	V	F	S
100. Presenta convulsiones o ataques	N	V	F	S
101. Es elegido (a) como líder	N	V	F	S
102. Halaga a los demás	N	V	F	S
103. Se enferma	N	V	F	S
104. Inicia conversaciones apropiadamente	N	V	F	S
105. Tiene una buena actitud	N	V	F	S
106. Insulta a los (as) otros (as) niños (as)	N	V	F	S
107. Dice: "tengo miedo de cometer errores"	N	V	F	S
108. Termina sus tareas	N	V	F	S
109. Juega con el agua del inodoro	N	V	F	S
110. Ha sido suspendido (a) del colegio	N	V	F	S
111. Dice: "no le caigo bien a nadie"	N	V	F	S
112. Hace ruidos o sonidos fuertes cuando juega	N	V	F	S
113. Dice lo que piensa si la situación lo requiere	N	V	F	S
114. Responde cuando se le habla	N	V	F	S
115. Tiene problemas para respirar	N	V	F	S
116. Evita a otros (as) niños (as)	N	V	F	S
117. Se adapta bien a los cambios en la familia	N	V	F	S
118. Discute cuando no le siguen la corriente	N	V	F	S
119. Dice: "no soy muy bueno (a) para esto"	N	V	F	S
120. Escucha atentamente	N	V	F	S
121. Escucha cosas que no son reales	N	V	F	S
122. Miente	N	V	F	S
123. Esta triste	N	V	F	S
124. Se sube (trepa) a las cosas	N	V	F	S
125. Toma decisiones fácilmente	N	V	F	S
126. Trata de lograr lo mejor de los demás	N	V	F	S
127. Se queja que el corazón le palpita o late muy rápido	N	V	F	S
128. Se aferra al padre o la madre cuando está en lugares				

desconocidos	N	V	F	S
129. Es cruel con los animales	N	V	F	S
130. Se preocupa por las tareas	N	V	F	S
131. Ve cosas que no están ahí	N	V	F	S
132. Duerme con sus padres	N	V	F	S
133. Dice: "soy muy feo"	N	V	F	S
134. No oye bien	N	V	F	S
135. Tiene mucha energía	N	V	F	S
136. Muestra interés en las ideas de los demás	N	V	F	S
137. Tiene problemas del estómago	N	V	F	S
138. Se ofrece voluntariamente a ayudar	N	V	F	S

Apéndice C: Cuestionario de autoinforme (8-11 años). (C. Reynolds & R. Kamphaus)

Nombre del niño _____

Nombres _____ primer apellido _____ segundo apellido _____

Fecha _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Escuela _____ Curso _____ Sexo: M ____ F ____

INSTRUCCIONES

En ambos lados de este cuestionario, hay frases que describen la manera como un(a) niño(a) puede actuar. A nosotros nos gustaría conocer cual de las frases siguientes dice la verdad acerca de ti o acerca de lo que tú sientes. Por favor lee cuidadosamente cada frase y **marca cada ítem**, de la siguiente manera: si tu estás de acuerdo con la frase encierra en un círculo la letra **V** (verdadero), si no estás de acuerdo encierra con un círculo la letra **F** (falso). Aquí te colocamos un ejemplo:

1. Me gustan los perros

Da la respuesta que tu consideres como la mejor para ti, aún cuando encuentres que es difícil de resolver. Si tu quieres cambiar una respuesta puedes hacerlo colocando una X sobre la respuesta equivocada y encerrando en un círculo la nueva respuesta.

Sólo tú puedes decir cómo eres realmente tú. Por favor hazlo de la mejor manera y contesta todas las frases. No hay respuestas buenas o malas, trata de decir lo que tú piensas.

Antes de empezar por favor llena los datos personales que aparecen en la parte de arriba de la hoja.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Pienso que soy muy capaz de inventar cosas nuevas | V | F |
| 2. Pienso que la escuela tiene demasiadas reglas | V | F |
| 3. La gente espera mucho de mí | V | F |
| 4. Necesito ayuda para llevarme bien con los demás | V | F |
| 5. Tengo pesadillas frecuentes | V | F |
| 6. Mis padres están frecuentemente orgullosos de mí | V | F |
| 7. Escucho cosas que otros no pueden oír | V | F |
| 8. La vida va de mal en peor | V | F |
| 9. Mi maestro (a) se enoja conmigo por nada | V | F |
| 10. Termino las cosas fácilmente | V | F |
| 11. Ojalá yo fuera otra persona | V | F |
| 12. Los demás siempre me cuentan algo malo | V | F |
| 13. Soy responsable | V | F |
| 14. La gente se enoja conmigo por nada | V | F |

15. Odio la escuela	V	F
16. Me preocupo la mayor parte del tiempo	V	F
17. Yo soy querido (a) por mis maestros (as)	V	F
18. Algunas veces hay voces que me dicen que haga cosas malas	V	F
19. Para mi nada anda bien	V	F
20. Siempre estoy descontento (a) con mis calificaciones	V	F
21. Los otros niños (as) son más felices que yo	V	F
22. Mis padres tienen demasiado control sobre mi vida	V	F
23. Nunca he estado en un carro	V	F
24. Ojalá no hubiera libretas de informes o calificaciones	V	F
25. Veo cosas raras	V	F
26. Con frecuencia mi maestro (a) me hace sentir estúpido	V	F
27. Cuando me equivoco puedo cambiar las cosas para corregirlas	V	F
28. No me importa la escuela	V	F
29. No puedo evitar cometer errores	V	F
30. Mis amigos (as) usualmente son formales conmigo	V	F
31. Tengo miedo de hacer las cosas mal	V	F
32. Mis padres piensan que soy tonto	V	F
33. Rápidamente paso de estar feliz a estar triste	V	F
34. Nadie me entiende	V	F
35. Cuando obtengo una mala nota es porque él (la) maestro (a) no me quiere	V	F
36. No puedo pensar cuando hago un examen	V	F
37. Me gusta ser como soy	V	F
38. Me gustaría que me inviten a más fiestas	V	F
39. Puedo generalmente resolver los problemas difíciles por mí mismo (a)	V	F
40. Mis padres controlan mi vida	V	F
41. No me gusta pensar en las cosas del colegio	V	F
42. Me vienen pensamientos molestos acerca de la muerte	V	F
43. Mis maestros (as) me cuidan	V	F
44. No puedo parar por mí mismo (a), de hacer cosas malas	V	F

45. Los grandes viven mejor que yo	V	F
46. Tapo mi trabajo cuando el (la) profesor (a) pasa por mi puesto	V	F
47. La gente habla mal de mí	V	F
48. Lo que quiero nunca es importante	V	F
49. Me siento herido (a) fácilmente	V	F
50. Prefiero estar solo (a) la mayor parte del tiempo	V	F
51. Escucho voces dentro de mi cabeza	V	F
52. Los (las) maestros (as) la mayoría de las veces solo miran las cosas que hago mal	V	F
53. Si tengo problemas, usualmente puedo resolverlos	V	F
54. La escuela es aburridora	V	F
55. Me culpan de cosas que no tiene nada que ver conmigo	V	F
56. No le agrado a mis compañeros (as)	V	F
57. Me preocupa con frecuencia que me pueda ocurrir algo malo	V	F
58. Mi padre y mi madre me ayudan cuando se los solicito	V	F
59. No puedo controlar mis pensamientos	V	F
60. Siempre tengo problemas con alguien	V	F
61. La mayoría de los maestros son injustos	V	F
62. Me gustaría hacer las cosas mejor, pero no puedo	V	F
63. Me gusta mi apariencia	V	F
64. La gente actúa como si no me escuchara	V	F
65. Mi maestro (a) no me tiene que ayudar mucho	V	F
66. Mis padres me echan la culpa de sus problemas	V	F
67. Supermán es una persona real	V	F
68. Me preocupa lo que la gente piensa de mí	V	F
69. Mis padres confían en mí	V	F
70. Algunas veces, cuando estoy solo (a), oigo mi nombre	V	F
71. Soy bueno (a) sólo para una o dos cosas	V	F
72. Es muy difícil para mí concentrarme en mis tareas	V	F
73. Me siento extraño en medio de la gente	V	F

74. Ocurren cosas malas	V	F
75. Me molestan mucho las cosas insignificantes	V	F
76. Nadie me escucha	V	F
77. Los otros niños (as) odian estar conmigo		V
F		
78. Estoy bien con ser yo mismo	V	F
79. Me siento a gusto con mi colegio	V	F
80. Mis padres frecuentemente me retan	V	F
81. Mis compañeros (as) se burlan de mí	V	F
82. Me preocupo cuando me voy a dormir en la noche	V	F
83. Me gusta mostrarle a mis padres mi libreta de notas	V	F
84. Me siento raro (a) por dentro	V	F
85. Pienso que soy un (a) tonto (a) al lado de mis amigos	V	F
86. Mis maestros (as) me entienden	V	F
87. Generalmente fracaso	V	F
88. Ojalá fuera diferente	V	F
89. Algunas veces me siento solo (a), a pesar de que hay gente conmigo	V	F
90. Soy bueno (a) en mis tareas	V	F
91. No puedo controlar lo que me sucede	V	F
92. Me tomo 50 vasos de leche al día	V	F
93. Soy nervioso	V	F
94. A mis padres les gusta ayudarme con mis tareas	V	F
95. A veces siento cosquillas en la piel	V	F
96. Estoy siempre con problemas en la casa	V	F
97. La mayoría de las veces hay que hacer trampa para ganar	V	F
98. Quiero ser más independiente, pero me da miedo	V	F
99. Me culpan de cosas que no he hecho	V	F
100. Me preocupa desagradar a mis padres	V	F
101. Siempre tengo mala suerte	V	F
102. Los demás me tienen respeto	V	F

103. Soy un (a) amigo (a) verdadero (a)	V	F
104. No veo la hora de abandonar el colegio	V	F
105. Aunque diga: "lo siento", la gente sigue molesta conmigo	V	F
106. A los demás les gusta estar conmigo	V	F
107. Me molesta no poder dormir lo suficiente	V	F
108. Me gusta ser apegado (a) a mis padres	V	F
109. Tengo muchos accidentes	V	F
110. Antes era más feliz	V	F
111. Mi maestro (a) siempre me dice lo que tengo que hacer	V	F
112. Los exámenes no son justos para la mayoría de la gente	V	F
113. Tengo un cabello bonito	V	F
114. Soy solitario (a)	V	F
115. Me gusta contestar las preguntas en clases	V	F
116. Las cosas me salen mal aunque me esfuerce	V	F
117. Nadie me quiere	V	F
118. Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen bien	V	F
119. No tengo dientes	V	F
120. A veces quiero hacerme daño	V	F
121. No me importa nada	V	F
122. Nunca tengo tiempo para hacer todas mis tareas	V	F
123. Me molestan rumores acerca de mí y de mis amigos (as)	V	F
124. A mi madre y a mi padre les gustan mis amigos (as)	V	F
125. Me preocupo por lo que vaya a pasar	V	F
126. Tengo demasiados problemas	V	F
127. Soy bueno (a) para mostrarle a los demás como hacer las cosas	V	F
128. Soy bueno (a) para tomar decisiones	V	F
129. No puedo esperar que finalicen las clases	V	F
130. Mis padres esperan demasiado de mí	V	F
131. A los demás niños (as) no les gusta estar conmigo	V	F
132. Me siento culpable de cosas	V	F

133. Mis padres no piensan bien de mí	V	F
134. Yo veo cosas que los demás no pueden ver	V	F
135. Prefiero no ser notado (a)	V	F
136. Mis maestros (as) frecuentemente están orgullosos (as) de mí	V	F
137. Me rindo fácilmente	V	F
138. Me veo bien	V	F
139. Siento que alguien me dirá que hago cosas malas	V	F
140. Siempre hago mis tareas a tiempo	V	F
141. Mis padres siempre están diciéndome lo que tengo que hacer	V	F
142. Los demás se burlan de mí	V	F
143. Le tengo miedo a muchas cosas	V	F
144. Nunca me he quedado dormido (a)	V	F
145. A veces no puedo parar lo que estoy haciendo	V	F
146. Nada de lo mío esta bien	V	F
147. Frecuentemente estoy enfermo (a) antes de los exámenes	V	F
148. Me fastidia que los demás me molesten	V	F
149. Mis padres escuchan lo que digo	V	F
150. Me preocupan bastante los exámenes en la escuela	V	F
151. Nada me sale	V	F
152. Sonrío y me río mucho	V	F

Apéndice D: Consentimiento Informado Grupo Experimental

Santiago, _____ de _____ 2003.

Yo _____ apoderado del alumno _____ me comprometo a participar de manera voluntaria e informada en un programa de tratamiento psicológico a realizarse en la escuela _____ durante los meses de Agosto y Noviembre de 2003. Es así como me comprometo a colaborar en el éxito del programa, contestando de manera honesta los cuestionarios y las preguntas que hará el psicólogo durante la etapa de la entrevista. También me comprometo a asistir, colaborar, y participar en un taller de

padres, además de garantizar la asistencia de mi hijo en el taller de niños.

El programa de terapia psicológica está a cargo de los Psicólogos Adonay Pizarro y Erwin Rebolledo. El programa se llevará a cabo en la escuela y contempla 13 sesiones para los niños y 8 reuniones para los padres. Además, doy mi consentimiento para la utilización de la información entregada para objetivos de investigación, manteniéndose la estricta confidencialidad de los datos obtenidos.

Nota: En el caso, de que crea que no puede asistir o participar del programa hágaselo saber al psicólogo, dado que el cupo de su hijo, podría beneficiar a otro alumno del establecimiento.

Firma Apoderado

Apéndice E: Consentimiento Informado Grupo de Control

Santiago, _____ de _____ 2003.

Yo _____ apoderado del alumno _____ me comprometo a participar de manera voluntaria e informada en un proceso de evaluación psicológica a realizarse en la escuela _____ durante los meses de Agosto y Noviembre de 2003. Es así como me comprometo a colaborar en este proceso, contestando de manera honesta los cuestionarios y las preguntas que hará el psicólogo durante la

etapa de la entrevista.

El proceso de evaluación psicológica está a cargo del Psicólogo Adonay Pizarro. Este proceso se llevará a cabo en la escuela y contempla evaluaciones enfocadas al niño, padres y profesores a través de cuestionarios.

Además, doy mi consentimiento para la utilización de la información entregada para objetivos de investigación, manteniéndose la estricta confidencialidad de los datos obtenidos.

Firma Apoderado

