

Cristina SANCES MASERO

INTERVENCIÓN FAMILIAR GRUPAL EN NIÑOS CON
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Treball Fi de Carrera
dirigit per
Laura AMADO LUZ

Universitat Abat Oliba CEU
FACULTAT DE CIÈNCIES SOCIALS
Llicenciatura en Psicologia

2009

Educar a un niño es como sostener en la mano una pastilla de jabón. Si aprietas mucho sale disparada, si la sujetas con indecisión se te escurre entre los dedos, una presión suave pero firme la mantiene sujeta.

ISABEL ORJALES VILLAR

Resumen

El presente trabajo pretende explicar en qué consiste el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los distintos métodos de intervención que existen a la hora de abordar dicho trastorno.

Otro de los propósitos de este trabajo es revelar la importancia de uno de los trastornos más frecuentes en la infancia y la repercusión que éste supone en el entorno escolar, familiar y social.

Resum

El present treball pretén explicar en què consisteix el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) i els diversos mètodes d'intervenció que existeixen a l'hora d'abordar el mencionat trastorn.

Un altre dels propòsits d'aquest treball és revelar la importància d'un dels trastorns més freqüents a la infància i la repercussió que aquest suposa a l'entorn escolar, familiar i social.

Abstract

The present work tries to explain of what it consists the upheaval by deficit of attention with hyperactivity (ADHD) and the different methods from intervention that exist at the time of approaching this upheaval.

Another intention of this work is to reveal the importance of one of the most frequent upheavals in the childhood and repercussion that this one supposes in the scholastic surroundings, familiar and social

Palabras claves / Keywords

TDAH – Hiperactividad – Métodos de intervención – Intervención familiar – Impacto familiar
--

Sumario

Introducción	9
--------------------	---

PARTE I: ENTENDER EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1. Historia y concepto actual de TDAH	11
2. Sintomatología básica del TDAH y subtipos	14
3. Origen del TDAH	16
4. El núcleo del TDAH: déficit en la inhibición de la conducta y problemas de ejecución	21
5. Aspectos cognitivos y emocionales de los niños hiperactivos	24
5.1 Aspectos cognitivos: el funcionamiento cognitivo del niño hiperactivo	24
5.2 Aspectos emocionales: el desarrollo socioemocional del niño hiperactivo	28
6. Curso evolutivo del TDAH	31
7. Trastornos asociados o comórbidos	37

PARTE II: REPERCUSIONES QUE COMPORTA EN EL AMBIENTE FAMILIAR UN HIJO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1. Impacto familiar que supone un niño con TDAH	41
2. Paternidad y estilos de disciplina	43
3. Necesidad de intervenir tanto en el niño con TDAH como en su entorno familiar	45

PARTE III: INTERVENCIÓN FAMILIAR GRUPAL EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1. Introducción	47
2. Intervención familiar en niños con TDAH	50
2.1 Un poco de historia de la intervención psicológica grupal.....	50
2.2 Factores curativos de la psicoterapia grupal familiar	51
2.3 Intervención familiar individual vs grupal	53
2.4 Intervención familiar grupal	56
- El papel del terapeuta o conductor del grupo familiar	57

- Grupos familiares psicoeducativos	59
- Grupos familiares de entrenamiento cognitivo-conductual	60
- Grupos familiares de entrenamiento cognitivo	64
2.5 Programas de intervención para familias de niños con TDAH	66
a) Modelo cognitivo-conductual integrado de Goldstein (1990)	66
b) Programa de entrenamiento en habilidades para niños con problemas de conducta de Bloomquist (1996)	68
c) Programa de orientación y entrenamiento a padres–PEP de Barkley (2000)	74
d) Programa de asesoramiento a familias con hijos con TDAH de Miranda y García (2007)	75
Conclusiones	79
Bibliografía	81

Introducción

A lo largo del trabajo se intentarán esclarecer distintas cuestiones relacionadas con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Para ello, comenzaremos por describir el trastorno desde sus inicios, tratando de exponer qué se entiende por TDAH desde la perspectiva clínica de muchos profesionales. A su vez, trataremos de descubrir su etiología, su sintomatología básica y clasificación actual y su curso evolutivo.

A continuación, una vez descrito el trastorno y repasada su sintomatología, expondremos las repercusiones que comporta en el ambiente familiar un niño con TDAH.

Finalmente se introducen brevemente los distintos métodos de intervención existentes para tratar dicho trastorno, para acabar profundizando en el que nos ocupa el presente trabajo de investigación, la intervención familiar grupal.

PARTE I: ENTENDER EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1. Historia y concepto actual de TDAH

El TDAH no es un trastorno nuevo, a pesar de que hoy en día parezca que se esté convirtiendo en un “trastorno de moda”. El TDAH fue descrito por primera vez hace casi 100 años. George Still fue quien, en 1902, reconoció y describió este trastorno como tal. Lo que George Still describió a principios de siglo pasado fue probablemente lo que actualmente conocemos con las denominaciones de trastorno negativista y desafiante o trastorno disocial. En esta época el Reino Unido fue pionero en la comprensión del TDAH.

El interés por el TDAH resurgió a raíz de la gran epidemia de gripe que azotó el mundo entre los años 1918 y 1919. Esta epidemia dejó a mucha gente afectada de alteraciones neurológicas. Algunas desarrollaron parkinson, mientras que otras manifestaron signos de desinhibición y de disfunción que recordaban a las que había descrito Still. A raíz de esta experiencia, se creyó que el TDAH era el resultado de un daño cerebral.

En 1937 a unos pacientes se les trató farmacológicamente con psicoestimulantes y su comportamiento mejoró. Este hallazgo fortuito de los estimulantes influyó de forma importante sobre la evolución del tratamiento del TDAH. En las décadas de los cincuenta y sesenta, suavizaron el nombre del trastorno, denominándolo daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima (DCM). Esto implicaba que el cerebro tenía una leve disfunción que ocasionaba las conductas problemáticas.

A principios de los años sesenta se describió por primera vez el síndrome del niño hiperactivo. Durante los años sesenta y setenta se utilizaron ambos términos: DCM e hiperactividad, siendo este último el que más acaparó la atención del público y la prensa.

En el año 1957 se introdujo el metilfenidato, un nuevo psicoestimulante.

En 1973, el doctor Ben Feingold fue el primero en sugerir la existencia de una relación entre la dieta y la hiperactividad. Pero investigaciones constataron que no más del 5% de los niños estudiados manifestaban los efectos perjudiciales de una dieta inadecuada.

A finales de los años setenta, la Asociación de Psiquiatras Americanos introdujo el término “trastorno por déficit de atención” en el manual diagnóstico y estadístico

DSM-III. En 1987 la Asociación de Psiquiatras Americanos editó una nueva versión del DSM-III, el DSM-III-R (revisado), en el que el trastorno se denominaba TDAH. En 1994, la misma asociación presentó su última clasificación, el DSM-IV, en la que se describe un TDAH sin conductas activas e impulsivas, un TDAH con conductas activas e impulsivas y un TDAH que representa una combinación de ambos.

Actualmente, siguiendo los criterios propuestos por el DSM-IV-TR (2002), podemos decir que el TDAH es un trastorno neurológico crónico cuyos síntomas suelen prevalecer hasta la edad adulta. Es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia y afecta entre el 2 y el 7% aproximadamente, de niños en edad escolar (R. A. Barkley; 2002). La incidencia de este trastorno es similar en la mayoría de países y razas. Aunque es más frecuente en los niños que en las niñas en una proporción real de 4 a 1 (4:1) (Green y Chee; 2000).

Como a lo largo del trabajo describiremos, sabemos que poco tiene que ver con el típico niño travieso o malcriado; sólo en algunos casos, puede ser asociado a problemas de conducta. Podemos definir el TDAH como un trastorno del desarrollo del autocontrol que se manifiesta en tres síntomas fundamentalmente: dificultades para mantener la atención, déficit en el control del impulso y excesiva actividad.

Para evaluar estos síntomas con objetividad debemos tomar como punto de referencia los criterios que propone la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su último manual publicado (DSM-IV-TR). Éste considera que para que un niño pueda ser diagnosticado de este trastorno debe cumplir los cinco puntos siguientes:

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 (un niño que presente cuatro o cinco de estas conductas no podrá ser diagnosticado de TDAH, pero seguirá planteando dificultades):

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 en 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 dificultades para organizar tareas y actividades

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

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.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 incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

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

(b) a menudo abandona su asiento en 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 "está 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 guardar turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)

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

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

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

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

Códigos basados en el tipo:

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

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

F90.9. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el criterio A2, pero no el A1 durante los últimos 6 meses.

F90.9. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado [314.9]: Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad - impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A la hora de realizar un diagnóstico, insistimos en el enfoque multidisciplinar e integrador que debe tener la evaluación del trastorno. Es decir, que tanto la exploración del sujeto como de su familia debe realizarse con la cooperación de varios profesionales con el fin obtener la máxima información posible acerca del problema. Desde la perspectiva clínica, es fundamental ser exigente en la evaluación, ya que de ello va a depender la elección de la correcta línea de tratamiento terapéutico a seguir.

2. Sintomatología básica del TDAH y subtipos

Tal y como señala la última versión del DSM-IV-TR (A.P.A.; 2002) dos son los ejes principales sobre los que incide el TDAH: *el déficit de atención y la hiperactividad-impulsividad.*

Déficit de atención: el niño inatento se desconcentra con mucha facilidad. Se aburre, se distrae y va cambiando de una tarea a otra dejándolo todo a medias. Los deberes se le hacen eternos y nunca consigue acabarlos. Rinde mucho más cuando se le da una atención individualizada. Las dificultades a la hora de entender instrucciones verbales y los problemas de memoria a corto plazo son particularmente importantes.

Todos tenemos de vez en cuando problemas de atención o aprendizaje, pero en las personas con TDAH este tipo de problemas hace que rindan muy por debajo de sus posibilidades intelectuales, tanto en el colegio como en la vida diaria.

Impulsividad: los niños con TDAH no buscan meterse en problemas, simplemente se lanzan, sin pensar en las posibles repercusiones de su comportamiento. No se dan cuenta de las consecuencias de sus acciones hasta después de haber actuado. La falta de control de los propios impulsos es lo que lleva a estos niños a meterse en problemas. Razonar y dialogar con ellos no sirve de gran cosa; a estos niños les sabe realmente mal causar problemas, pero la próxima vez vuelven a ser igual de irreflexivos. Debido a su impulsividad, muchos de estos niños parecen estar predestinados a sufrir accidentes.

Los niños impulsivos suelen interrumpir y hablan más alto que los demás. Se frustran fácilmente y son muy impacientes. Muchos tienen enfados súbitamente y explotan con facilidad. En la escuela, dan respuestas incorrectas antes de que el profesor haya acabado de formular la pregunta. Las instrucciones sólo se escuchan a medias y los trabajos se hacen de forma precipitada y se entregan sin repasar, llenos de errores motivados por el descuido. A la hora del patio, estos niños destacan por su susceptibilidad y tendencia a meterse en problemas. No son niños agresivos, pero pierden fácilmente el control y no piensan suficientemente en las consecuencias de sus acciones. Aprenden poco de la experiencia y, a largo plazo, causan mucho sufrimiento a sus padres y profesores y también a ellos mismos.

Hiperactividad: algunos de estos niños incansables eran activos incluso antes de nacer. La mayoría de los niños con TDAH ya son bastante movidos cuando van a la guardería. Cuando empiezan a ir a la escuela, la hiperactividad suele manifestarse de una forma más sutil. Tiene lugar un incremento global del movimiento corporal, que va en aumento a medida que el día va avanzando. Estos niños parecen incansables, son inquietos y les cuesta mucho estarse sentados. La hiperactividad suele estar más acentuada durante los primeros años escolares y se suaviza bastante con la edad.

A continuación, mostramos los subtipos de TDAH según el DSM-IV-TR (2002) en función de la sintomatología predominante en cada caso:

- TDAH *Combinado* (conductas hiperactivas e impulsivas y problemas de atención)
- TDAH *con predominio de déficit de atención* (predominio de los problemas de atención)

- TDAH *con predominio hiperactivo-impulsivo* (conductas hiperactivas e impulsivas).

También encontramos un cuarto subtipo, el TDAH *no especificado* (categoría vaga para aquellos casos que no encajan en ninguna de las categorías anteriores).

Podemos decir que el trastorno que denominamos TDAH está integrado por problemas de conducta (conductas hiperactivas e impulsivas) y problemas de aprendizaje (déficit de atención). La visión actual del TDAH sugiere que la mayoría de los niños presentan una combinación de conductas hiperactivas-impulsivas y de problemas de atención-aprendizaje. Es decir, que la mayoría presentan un trastorno de tipo combinado con características significativas de ambos ejes. Sin embargo, no es infrecuente encontrar niños con una sintomatología cuyo peso recae en el primero de los ejes, el déficit de atención y que carecen de sintomatología en el segundo de los ejes, o viceversa, presentan todos los síntomas de hiperactividad-impulsividad, pero no se identifican síntomas de déficit de atención.

En el caso de los niños que presentan exclusivamente dificultades en el área atencional (TDAH con predominio de déficit de atención), es posible que este grupo de soñadores silenciosos permita explicar gran parte de los fracasos escolares, sobre todo de las niñas más pausadas y complacientes.

3. Origen del TDAH

El origen del TDAH es todavía un tanto desconocido, pero se sabe que no se produce por problemas ambientales, problemas familiares o sociales, ni por alergias o dietas alimentarias. Estas hipótesis ya han sido superadas definitivamente, aunque con respecto al tipo de alimentación, cabe destacar que sí que es cierto que ciertos alimentos influyen en las alteraciones de algunos niños (R. A. Barkley; 2002; I. Orjales; 1998).

Con pocas excepciones, los científicos que estudian el comportamiento dependen de pruebas indirectas para demostrar que un agente particular es la causa del TDAH. No obstante, la evidencia indirecta ha ido delimitando un marco en el que se considera que el TDAH está más relacionado con factores biológicos (neurológicos y genéticos) que con factores sociales (R. A. Barkley; 2002). La mayoría de los especialistas aceptan la existencia de un componente hereditario en el déficit de atención con hiperactividad

Se sospecha que el TDAH es un trastorno biológico ocasionado por una sutil disfunción cerebral. Se cree que la disfunción que causa el TDAH se debe a un desequilibrio entre dos importantes neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina. Este desequilibrio afecta sobre todo a las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado (lóbulos frontales y circuitos de los ganglios basales). Esta hipótesis neurobiológica apoya la existencia de una deficiencia en la producción regulada de los neurotransmisores cerebrales: dopamina y noradrenalina. Esta deficiencia en la liberación de la dopamina y la noradrenalina hace más difícil que el organismo mantenga el umbral de estimulación adecuado de las neuronas (Green y Chee; 2000 ; Orjales, I; 1998).

Los problemas con la inhibición o el autocontrol son el sello distintivo del TDAH y éstos se deben a un menor nivel de actividad en estas regiones del cerebro encargadas de la autorregulación o inhibición conductual (Barkley, R. A.; 2002). Podemos concluir que un nivel bajo de actividad en determinadas áreas cerebrales implicadas en la inhibición, puede estar relacionado con el TDAH.

Puesto que la causa del TDAH reside en una sutil diferencia en el funcionamiento de un cerebro normal, sus semillas están presentes desde el mismo nacimiento. Nunca podremos modificar esta predisposición innata, pero no cabe duda de que lo que sí está en nuestras manos es intervenir en el ambiente familiar y escolar para ayudar a estos niños y a sus familias y profesores a convivir con el trastorno, suavizar sus síntomas y sobre todo educar estrategias que compensen sus dificultades de forma que desarrollen al máximo su potencial (Green y Chee; 2000).

A modo de resumen, podríamos decir que, los factores biológicos y hereditarios son los que causan el TDAH, tal y como lo entendemos en este momento. Sin embargo, es importante precisar que la sintomatología propia del trastorno (inatención, hiperactividad, impulsividad) está también presente en otros trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, por lo que el diagnóstico diferencial es una necesidad de vital importancia. Estos mismos síntomas pueden ser también ocasionados como consecuencia de factores psicosociales que conocemos, tales como: abandono del hogar por parte de un miembro de la familia, bajo nivel educativo de los padres, consumo de sustancias en los padres, malos hábitos educativos, etc. Es por ello conveniente, para poder realizar un diagnóstico clínico fiable realizar una anamnesis profunda y valorar de forma variada y multidisciplinar tanto al niño como a su ambiente familiar y escolar, de forma que podamos diferenciar claramente la sintomatología propia del TDAH de la que puede ser explicada por los factores ambientales descritos.

En el caso de pocas habilidades educativas de los padres, es donde el entorno parece importante y suficiente para predecir qué niños pueden presentar formas más severas y persistentes de TDAH y, especialmente, cuáles tienen mayor riesgo de presentar conductas agresivas y desafiantes. Pero ni siquiera la existencia de esta relación implica que la manera que tienen los padres de educar y manejar a su hijo con TDAH sea la causa del aumento de la severidad o de la persistencia del trastorno. Hasta el momento, la evidencia apunta hacia factores genéticos y neurológicos como los más importantes para explicar el alcance del TDAH entre la población (Barkley, R. A.; 2002).

Así pues, a pesar de que actualmente la etiología del TDAH sea todavía un tanto desconocida, podemos concluir que se trata de un trastorno con una elevada carga genética, de herencia compleja y modulada por factores ambientales (J. A. Ramos-Quiroga y col; Rev Neurol 2007).

El entorno familiar como factor protector o de riesgo de padecer TDAH

En los últimos años, el campo de investigación ha desarrollado numerosos estudios acerca de los factores psicosociales y contextuales debido a la influencia que éstos ejercen en la evolución del TDAH. También se ha prestado mucho interés al papel de la familia, especialmente de los padres, ya 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 el que los padres ejercen un papel fundamental, ya que de ellos dependen gran cantidad de decisiones e influencias que marcarán el desarrollo del hijo (Roselló, B. y col; 2003). Los padres suelen pasar gran cantidad de tiempo con sus hijos, por lo que, al menos cuantitativamente, las interacciones padres-hijo ejercen una notable influencia en el moldeado de su comportamiento (Miranda y Presentación, 1994).

Está claro que si el ambiente familiar se caracteriza por el caos, éste afectará a los niños, tengan o no TDAH. Sabemos que es más probable que en una familia haya problemas graves cuando alguno de los padres es intolerante, impulsivo y socialmente inepto. Si un padre tiene TDAH, existe el riesgo de que su hijo herede este mismo trastorno. Si un niño genéticamente predispuesto a tener cierto tipo de problemas crece en un hogar lleno de incoherencias y de estrés, estará sentenciado a presentar dificultades (Green y Chee; 2000).

Los modelos de los padres y los patrones educativos pueden condicionar positiva o negativamente el curso de la sintomatología. Algunas conductas paternas erróneas o incluso modelos de conducta hiperactiva presentes todavía en algunos de los

padres, contribuye a que el niño encuentre elementos de identificación incorrectos y que su conducta empeore por falta de una disciplina adecuada y por la atención que se presta a su mala conducta en lugar de a sus escasos momentos de buen comportamiento. Por lo tanto, es importante que la intervención se dirija con la misma intensidad que al niño hiperactivo, hacia la modificación o mejora de las pautas educativas familiares (Orjales, I; 1998).

Diferentes estudios han encontrado que los padres y parientes próximos de los niños con TDAH tienen más probabilidades de presentar problemas con el alcohol y abuso de drogas, conducta antisocial, depresión y haber tenido problemas escolares e hiperactividad cuando eran niños. Los padres de los niños con TDAH viven con más tensión su papel de padres y tienen más problemas matrimoniales. Las familias de niños con TDAH también cambian de residencia con más frecuencia. Todas estas circunstancias pueden influir en la forma que tienen los padres de llevar la casa, de organizarse para controlar su vida personal y familiar y en su capacidad de manejar a sus hijos. Todas estas influencias disruptivas pueden crear en los niños mucho más estrés del que se experimentaría en una familia con niños sin TDAH. Pero no podemos afirmar que una vida familiar desorganizada sea la causa del TDAH (Barkley, R. A.; 2002).

Como venimos diciendo, numerosas investigaciones señalan que el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso del TDAH. La disfunción familiar puede constituir un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad (Miranda y col., 2002). En este marco, los factores familiares no se consideran como la causa original del TDAH, pero sí se cree que pueden mantener e incluso amplificar la sintomatología de éste en el curso del desarrollo. Los estilos disciplinarios altamente directivos y hostiles –o excesivamente permisivos–, las psicopatologías de los padres y el abuso de drogas, por ejemplo, no facilitan la interiorización de las reglas sociales y se han asociado con una competencia autorregulatoria deficiente en los niños con TDAH (Olson y col., 1990).

Factores de riesgo o señales de alerta para desarrollar el TDAH

En cuanto los factores de riesgo para desarrollar el TDAH, podemos afirmar que incluso antes de que un niño nazca, algunas características de los padres o de la familia aumentan la probabilidad de que el niño presente un TDAH. Estos factores de riesgo no tienen por qué ser, necesariamente, la causa directa del TDAH del niño, pero su presencia supone que un niño que nazca en el seno de esa familia tiene

más probabilidad de desarrollar un TDAH que los niños que nacen en familias sin esos factores de riesgo. Está claro que los padres que tienen un TDAH es más probable que tengan hijos con este trastorno, debido a factores hereditarios. Otros factores familiares de riesgo asociados con el desarrollo temprano y la persistencia del TDAH son: el bajo nivel educativo de los padres; clase social baja; familia monoparental y abandono de la familia por parte del padre. Sin embargo, estos factores dan lugar sólo a un ligero incremento de padecer un TDAH y, obviamente, no son su causa.

También, diferentes estudios han encontrado que las madres que tienen complicaciones durante su embarazo o parto es más probable que tengan hijos con TDAH. Aunque existen pocas pruebas de que estas complicaciones puedan ser la causa del TDAH.

Ciertas características infantiles durante los primeros años y los años preescolares, pueden predecir el riesgo que tiene un niño a desarrollar un TDAH.

El Proyecto Conjunto Perinatal (Barkley, R. A.; 2002) encontró que los retrasos en el desarrollo motor, un pequeño perímetro cefálico al nacer y a los doce meses, líquido amniótico con restos de meconio y signos de lesiones nerviosas después de nacer, además de problemas respiratorios y bajo peso al nacer estaban relacionados con un mayor riesgo de padecer hiperactividad. Los niños que tenían más problemas de salud durante la infancia y en los años preescolares y los que tenían un desarrollo de la coordinación motriz más lento también tenían más riesgo de presentar síntomas de TDAH más tempranos y persistentes durante la infancia.

Los niños pequeños cuyo temperamento es negativo y exigente probablemente serán diagnosticados de TDAH más adelante. Algunas de estas características, especialmente la hiperactividad, alta intensidad, desatención, estado de ánimo negativo y bajo nivel de adaptación a los cambios, también predicen la persistencia del TDAH durante la infancia, una vez que ha aparecido. La presencia de estas características de personalidad en los primeros años de vida es un fuerte predictor del riesgo para desarrollar un TDAH. Pero aunque el temperamento del niño sea un importante factor de riesgo temprano, puede ser mejorado o empeorado por el tipo de entorno familiar que los padres crean. Este entorno, combinado con los problemas tempranos de temperamento del niño, puede incrementar el riesgo de presentar, más adelante un TDAH.

Para resumir, podemos decir que los siguientes factores son predictores potenciales de la aparición temprana y persistente de un TDAH en los niños (Barkley, R. A.; 2002):

1. La aparición temprana de un nivel alto de actividad y de exigencias en los primeros años de vida o en el período preescolar.
2. Conducta crítica/directiva de la madre en los primeros años de vida del niño, cuando se combina con el punto número 1 (lo que puede ser una reacción a los graves síntomas de TDAH del niño).
3. Antecedentes familiares de TDAH.
4. Durante el embarazo, el consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol o la mala salud de la madre.
5. Más complicaciones de las normales durante el embarazo (especialmente parto prematuro y bajo peso al nacer, asociados con hemorragias cerebrales).
6. Familia monoparental o un nivel educativo más bajo de lo normal (lo que puede ser un indicador de posibles síntomas de TDAH en los padres).
7. Mala salud del niño y retraso en el desarrollo motor y del lenguaje.

4. El núcleo del TDAH: déficit en la inhibición de la conducta y problemas de ejecución

Como bien hemos comentado anteriormente, el TDAH es un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad. Todos estos síntomas están asociados a un déficit para inhibir la conducta, que es el sello distintivo del TDAH.

Muchas personas creen erróneamente que nuestra voluntad y autocontrol están bajo nuestro mando. Por ello, a los niños sin autocontrol se les ve como si no quisieran controlarse o como si no hubiesen aprendido a hacerlo. Afortunadamente, la ciencia nos está demostrando que esta habilidad para inhibir la conducta está controlada por la parte frontal de nuestro cerebro. Es decir, que hay factores neurológicos que contribuyen al autocontrol y a nuestra voluntad, junto con el aprendizaje y la educación. Y cuando estos sistemas cerebrales funcionan de forma inadecuada o se dañan, los niveles normales de autocontrol y de fuerza de voluntad son imposibles.

Partiendo de esta explicación, queda claro que el TDAH no es un estado temporal que se curará totalmente con el tiempo ni se debe a un fracaso de los padres. Los

que sufren TDAH no son insensibles a las consecuencias de sus acciones, sino que tienen problemas para conectar las consecuencias con su comportamiento, debido a la demora temporal entre la conducta y la consecuencia.

A modo de resumen, parece que los problemas que se consideran los síntomas primarios del TDAH – desatención, impulsividad e hiperactividad – podrían reducirse a un retraso en el desarrollo de la inhibición del comportamiento (Barkley, R. A.; 2002). Esta dificultad en la inhibición de los impulsos no permite que las funciones ejecutivas puedan operar eficientemente. Cuando hablamos de funciones ejecutivas nos referimos a actividades mentales complejas necesarias para planificar, organizar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas. Estas funciones empiezan a desarrollarse a partir del primer año de vida y continúan desarrollándose hasta la adolescencia. Podemos decir que estas funciones permiten autorregular el comportamiento para poder hacer lo que nos proponemos.

Estamos hablando de cuatro funciones ejecutivas: (Barkley, R. A, 2002)

- 1) La memoria de trabajo
- 2) El lenguaje interno
- 3) La autorregulación de la motivación y emoción
- 4) Habilidad para solucionar problemas

1) La memoria de trabajo

Es la habilidad para retener en la mente aquella información necesaria para guiar las acciones de la persona, al momento o más adelante. Esta función es necesaria para recordar el hacer las cosas en el futuro cercano. Cuando hablamos del ojo de la mente nos referimos a ser capaz de visualizar lo que hemos hecho en el pasado para aplicarlo en el momento presente. Es la previsión, la capacidad de mirar hacia atrás para planificar hacia delante. Las personas con TDAH no miran hacia atrás para prepararse ni tienen sentido del tiempo, sino que están atrapados en el momento actual.

Entonces, en las personas con TDAH, la dificultad para inhibir los impulsos entorpece esta función ejecutiva. Y como resultado, pueden ser distraídos, desorganizados y olvidadizos para hacer las cosas. A su vez, pueden ser propensos a no finalizar las tareas que inician, a no pensar en las consecuencias de sus actos, a no beneficiarse del recuerdo de experiencias pasadas para responder al futuro y a no manejar el tiempo tan bien como los demás.

2) Desarrollo del lenguaje interno

Es la voz privada de la mente que se usa para conversar con uno mismo y dirigir el comportamiento. El problema que presentan las personas con TDAH es que no internalizan su pensamiento, sino que hablan en voz alta. Por ello parece que hablen más que los niños sin TDAH, y en realidad es que se hablan menos internamente, haciendo visible externamente su lenguaje interno.

Cuando el resultado de la dificultad para inhibir impulsos interfiere con esta función ejecutiva, se entorpece la autorregulación de la conducta, la habilidad y capacidad para seguir reglas e instrucciones y la habilidad para dar seguimiento a los planes y a las cosas por hacer en casa y en la escuela.

3) Autorregular las emociones y la motivación

Hablamos de autorregulación emocional para referirnos a la capacidad de mantener un autocontrol de las emociones, para no mostrarlas de manera impulsiva. El niño con TDAH no controla sus sentimientos y esto es importante porque complica las relaciones sociales y predice el número de amigos que va a tener.

Debemos mencionar que el control de las emociones está muy relacionado con la motivación. Entonces, como el niño con TDAH no controla sus sentimientos, tampoco tiene automotivación y siempre depende del entorno que le motive.

Cuando la dificultad para inhibir impulsos obstaculiza esta función, las personas con TDAH son más propensas a frustrarse, a no controlar bien la expresión de las emociones y a no poder mantener la motivación para hacer diversas tareas en ausencia de recompensas inmediatas y frecuentes.

4) Habilidad para solucionar problemas

Es la habilidad para planificar y resolver problemas hacia el futuro. En la medida que la dificultad para inhibir impulsos entorpece esta función, las personas con TDAH suelen tener más dificultades para vencer o buscar alternativas para superar los obstáculos que se presentan.

Debe quedar claro que es el problema neurológico el que genera un déficit en la inhibición del comportamiento. Este déficit impide que las funciones ejecutivas funcionen correctamente y, éstas a su vez, al no operar de manera eficiente, provocan en los sujetos con TDAH los tres síntomas principales – inatención, hiperactividad e impulsividad –, que son los que se ponen de manifiesto externamente. Es importante tener esto en cuenta porqué el hecho de que los síntomas se hagan visibles no significa que sean la base inicial del trastorno, sino que de forma latente hay otros problemas que son la base real del TDAH.

5. Aspectos cognitivos y emocionales de los niños hiperactivos

5.1. Aspectos cognitivos: el funcionamiento cognitivo del niño hiperactivo

En la actualidad parece que la mayoría de los autores se inclinan por afirmar que los niños hiperactivos no tienen una menor capacidad de atención que los niños normales (Schachar y Logan, 1990), sino que estos niños difieren en la forma en que focalizan y dirigen su atención. No se trataría tanto de un déficit de atención en sí mismo como de una disfunción de la atención (Raine y Jones, 1987; Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997b).

Es importante elaborar un perfil individualizado de las alteraciones cognitivas específicas e individuales de cada niño hiperactivo.

Las dificultades atencionales que con mayor frecuencia se observan son las siguientes:

- Dificultad en la atención controlada frente a la automática: cuando una tarea es nueva o no ha sido bien aprendida realizamos un procesamiento controlado, nos concentramos en la realización de la tarea y eso requiere esfuerzo. Mientras que cuando la tarea no es difícil o ya es conocida, podemos relegar esa función a sistemas automáticos realizando un menor esfuerzo. Los niños hiperactivos muestran un buen rendimiento en pruebas de procesamiento automático y peor rendimiento en aquellas que requieren esfuerzo, las de procesamiento controlado. El niño hiperactivo parece tener más dificultades en adaptar una tarea a nuevas consignas y mantener un buen rendimiento cuando la tarea es compleja.
- Dificultad en procesar varios estímulos de forma simultánea: a este proceso se le llama atención focalizada y obliga al niño a seleccionar de entre los distintos estímulos que recibe, aquellos que son más relevantes para realizar la tarea. Se ha comprobado que el rendimiento de los niños hiperactivos es peor cuanto más estímulos irrelevantes presente la tarea que se le ha encomendado.
- Dificultad en distinguir los estímulos revelantes de los irrelevantes.
- Dificultad para mantener la atención de forma continuada: se ha demostrado que los niños con TDAH tienen peor rendimiento en las pruebas largas. Éstos no tienen más dificultades para concentrar su atención en tareas

simples, pero sí tienen dificultades para mantener este grado de atención durante períodos largos de tiempo.

- Dificultad para atender a estímulos que aparecen con una frecuencia lenta: los sujetos hiperactivos responden igual de bien que los no hiperactivos cuando la señal a la que tienen que responder aparece de forma rápida y cometen más errores cuando el estímulo aparece de forma lenta.
- Dificultad en aprender y recordar lo aprendido por procesar la información de forma más superficial: estos niños tienen problemas para recordar a largo plazo, ya que la información recogida ha sido procesada sin sentido, demasiado rápidamente o de forma desorganizada. Entonces, la información adquirida se almacena de forma temporal en la memoria inmediata y no llega a almacenarse en la memoria a largo plazo. Cuando se comparan niños normales e hiperactivos no se encuentran diferencias en las tareas de recuerdo inmediato, pero sí en las de recuerdo retardado.
- Mayor sensibilidad a la variaciones del contexto o del ambiente de trabajo: el rendimiento de los niños hiperactivos es mucho más susceptible a las modificaciones del entorno. Este sucede tanto en el plano cognitivo como en el comportamental y emocional.
- Estilos de procesamiento cognitivo inadecuados para el aprendizaje escolar: no se considera una deficiencia, sino un estilo que puede facilitar o dificultar el aprendizaje y la percepción del mundo que nos rodea. Este grupo de niños tiende a tener mayores dificultades escolares porque tienen estilos cognitivos ineficaces para el rendimiento escolar. Por lo general los niños hiperactivos tienen un estilo cognitivo impulsivo, dependiente de campo perceptivo (es decir, su pensamiento es poco analítico) y cierta rigidez cognitiva. A continuación mostramos más detalladamente cada uno de los tres estilos cognitivos inadecuados:

1. El predominio del procesamiento impulsivo sobre el procesamiento reflexivo: nos referimos a la impulsividad cognitiva, es decir, a la rapidez, inexactitud y pobreza en los procesos de percepción y análisis de la información. Esta impulsividad cognitiva no siempre está presente en los niños comportamentalmente impulsivos. Por ejemplo, un niño puede ser muy impulsivo comportamentalmente (responde antes de que se termine la pregunta) y ser reflexivo cuando trabaja (lee despacio las instrucciones de las fichas, piensa el camino que va a seguir antes de empezar a hacer un laberinto, etc). En cuanto a la impulsividad evolutiva hay que destacar que

todos los niños evolucionan desde una impulsividad cognitiva propia de la inmadurez a la reflexividad cognitiva de la edad adulta. En el caso del niño hiperactivo, la evolución es más lenta, es decir, muestra durante mucho más tiempo un modo de pensar, de procesar la información impulsivo.

2. El predominio del procesamiento global (poco analítico) del niño hiperactivo: en los niños con TDAH es frecuente encontrar que funcionen como dependientes de campo perceptivo. Cuando hablamos de dependencia-independencia de campo perceptivo, nos referimos al grado en que la persona percibe una parte del campo perceptivo como separado del contexto que lo rodea, en vez de hacerlo como si estuviera incluido en él, o, lo que es lo mismo, el grado en que la persona percibe de manera analítica. La independencia de campo perceptivo se refiere al grado en que la persona percibe una parte del campo visual (por ejemplo, un dibujo) como un todo independiente, más que como una parte misma de ese campo.

3. La falta de flexibilidad cognitiva en el procesamiento de la información: Los niños con TDAH se muestran muy rígidos a nivel cognitivo, es decir, muestran dificultades para cambiar rápidamente, y de forma apropiada, de un pensamiento o acción a otro adecuado con las demandas de la situación.

Para resumir, podemos decir que los niños hiperactivos reúnen características que en gran medida dificultan el buen rendimiento intelectual: son dependientes de campo, es decir, poco analíticos, carecen de flexibilidad cognitiva y trabajan de forma impulsiva a nivel cognitivo. Estos tres estilos cognitivos que tan poco favorecen su rendimiento escolar deben ser modificados a través de un entrenamiento específico. En este sentido, la intervención deberá estudiar la posibilidad de modificar los estilos cognitivos para favorecer su rendimiento académico.

- Dificultades para organizar la información: como consecuencia de sus dificultades atencionales los niños hiperactivos manifiestan grandes dificultades para organizar la información. Por eso, necesitan más pautas de organización del exterior y un seguimiento y refuerzo continuado.
- Falta de estrategias de solución de problemas: los niños hiperactivos, al ser tan impulsivos, aplican menor número y variedad de estrategias de solución de problemas.
- Dificultades de aprendizaje: debe quedar muy claro que no todos los niños hiperactivos tienen trastornos de aprendizaje, ni todos los niños con trastornos de aprendizaje tienen problemas de hiperactividad. No obstante,

los problemas de atención, la hiperactividad y la impulsividad dificultan el aprendizaje en todos los niños hiperactivos. Entre el 60 y el 80% de los niños con hiperactividad infantil tienen problemas académicos importantes (Barkley, 1982), incluidos el fracaso escolar y un alto porcentaje de abandono de los estudios.

Algunas de las dificultades más frecuentes son:

- *Dificultades en la comprensión y fluidez lectora:* los niños hiperactivos pueden tener dificultades de integración del lenguaje. Comparando niños hiperactivos y no hiperactivos con el mismo nivel intelectual, las puntuaciones de lectura de los niños hiperactivos suelen ser más bajas. En la mayoría de los casos, debido a la impulsividad y a los problemas de atención, omiten palabras e interpretan mal el contenido de la lectura. Estos problemas de lectura parecen estar relacionados con las características propias del funcionamiento cognitivo del niño hiperactivo (Orjales, I; 1998).

- *Dificultades en el cálculo y en la resolución de problemas matemáticos:* no suelen tener dificultades cuando se trata de hacer cálculos matemáticos mecánicos, pueden ser buenos en cálculo mental o en multiplicar con cifras sencillas, pero encuentran dificultades para mantener la concentración en cuentas de varias cifras, sobre todo si tienen "llevadas". También son muy corrientes las dificultades en solución de problemas matemáticos debido a dos motivos principales. En primer lugar, tienen dificultades en pasar del pensamiento concreto al abstracto. Y en segundo lugar, cometen errores en los problemas porque, debido a su impulsividad, leen demasiado rápido la información, saltándose datos relevantes para la comprensión del problema.

En algunos niños hiperactivos, la relativa facilidad para realizar operaciones de cálculo automático pueden hacer que pasen desapercibidas sus dificultades en la comprensión lógica de las operaciones matemáticas más simples durante los primeros años de escolaridad. El niño puede sacar buenas notas en matemáticas en los dos primeros cursos de primaria cuando las operaciones de cálculo se basan principalmente en la memoria y la automatización y los problemas matemáticos son sencillos de representar mentalmente. En general, las dificultades en las pruebas matemáticas dependen de cada niño en concreto (Orjales, I; 1998).

- *Dificultades de escritura y coordinación.* Los niños hiperactivos suelen tener dificultades en actividades de psicomotricidad fina: son torpes para ensartar, modelar, colorear de forma controlada, en abrochar botones pequeños, etc.

Como consecuencia de ello también escriben con dificultad. Su letra es en ocasiones ilegible, excesivamente grande o demasiado pequeña y frecuentemente desorganizada. Además de estas dificultades, su pensamiento es mucho más rápido que su mano, lo que contribuye a empeorar la situación. La escritura y la ejecución visomotora están influidas por una tercera variable, el mantenimiento de la atención que requiere la práctica, por tanto los niños cometen más errores en función de la longitud de las tareas de copia (Zentall, 1993).

- *Dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación:* se han realizado varios estudios dirigidos a mejorar el rendimiento escolar de los niños hiperactivos que han derivado datos interesantes como los siguientes: los niños hiperactivos mejoran el rendimiento académico si la presentación de la información se realiza de forma rápida (Conte y cols., 1987). Tienen más dificultades en completar tareas cuando la información que se les da al principio es detallada que cuando es global (Zentall y Gohs, 1984). Rinden mejor en actividades novedosas libres de detalles irrelevantes (Shroyer y Zentall, 1986). Su rendimiento es mejor si se les permite responder a la tarea con movimiento y no sólo de forma verbal y estática. Su rendimiento mejora con la sola presencia de un adulto en la habitación, aunque éste no esté prestando atención a la tareas que está realizando el niño (Van der Meere y cols., 1995).

5.2. Aspectos emocionales: el desarrollo socioemocional del niño hiperactivo

Emocionalmente, los niños hiperactivos muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad. Se desmoralizan con facilidad, cambian frecuentemente de estado de ánimo, no toleran la frustración, les cuesta aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás, les cuesta tener empatía, se muestran malhumorados con frecuencia y parecen tener una autoestima baja o falsamente inflada (Orjales, I;1998).

Algunos de los comportamientos más frecuentes son los siguientes:

- La baja tolerancia a la frustración: inevitablemente, los niños hiperactivos se ven sometidos a mayor número de situaciones frustrantes a lo largo de su desarrollo. Estas frustraciones aumentan de forma considerable con la exigencia escolar. La sucesión de situaciones frustrantes junto con las escasas experiencias de éxito, producen en el niño un sentimiento de indefensión que contribuye a hacerle cada vez más intolerante ante

situaciones de exigencia. Cuando la exigencia no está controlada, el niño se desespera y con frecuencia se niega a trabajar o a obedecer.

- La baja autoestima o autoestima aparentemente inflada: el autoconcepto es el concepto o la imagen que cada uno tiene de sí mismo. Esta autoestima puede ser positiva o negativa, en función de si al niño le gusta o no su propia imagen. La imagen que tiene el niño de sí mismo se ha forjado en relación con la información de los adultos y de sus propias experiencias. Debemos destacar que, el niño hiperactivo, es un niño más difícil de educar por lo que con mayor frecuencia suele recibir una información más negativa de su comportamiento y capacidad. La realidad es que crece sometido a un mayor número de fracasos que los demás niños. Las malas experiencias se acumulan en torno a un sentimiento de indefensión. Todo ello contribuye a la formación de una baja autoestima.

Esta baja autoestima está relacionada con el mal rendimiento escolar y se agrava al llegar a la adolescencia, de tal forma que los niños hiperactivos tienen una imagen de sí mismos peor que los niños normales al llegar a esta edad. Esta mala imagen agravada con la crisis de la adolescencia redundará, en la edad adulta, en un menor nivel de formación educativa y laboral. En un intento de proteger su autoimagen, los niños hiperactivos suelen atribuirse a sí mismos los éxitos, pero no los fracasos, ya que cuando se trata de éstos últimos, tienden a responsabilizar a los demás o a factores externos de su mala actuación. En general, la mala imagen que tienen estos niños de sí mismos se traduce en comportamientos fácilmente observables que varían según las características individuales. Hay niños que manifiestan abiertamente que se sienten incapaces (solicitan ayuda hasta para las cosas más simples, rehúyen de la responsabilidad, son excesivamente sensibles ante situaciones frustrantes); otros tratan de esconder sus sentimientos de incapacidad: ocultan el gran miedo que tienen a no ser capaces, evitan cometer errores demandando excesivamente instrucciones. Esta actitud suele ser más propia de las niñas y sus manifestaciones son: ansiedad elevada ante el rendimiento académico, excesiva dedicación a las tareas escolares sin obtener resultados acordes con su esfuerzo y otro grupo de niños dan muestras de arrogancia y prepotencia. Detrás de una conducta de este tipo, suele esconderse un niño frustrado que desea ocultar una imagen negativa de sí mismo. Por ello, en estos casos hablamos de aparente autoestima positiva. Estos niños suelen ser rechazados por compañeros y

adultos y entran en un círculo que se retroalimenta de forma negativa, ya que cuanto peor es la autoestima, peor será su comportamiento hacia los demás.

- La aparición de sentimientos depresivos: Los niños que sufren TDAH suelen presentar un mayor índice de sentimientos depresivos en comparación con los niños no hiperactivos de su misma edad y condición social. En general, podemos observar dos modos de reacción: un grupo de niños tiende a la depresión infantil, con una autoestima muy deteriorada, mientras que otro grupo tiende hacia la “euforia infantil”, cuyo comportamiento parece ser contrario al de un depresivo y cuyo autoconcepto parece ser extremadamente positivo. Es la imagen de “aquí no pasa nada”. Normalmente se trata de un intento de huir de la frustrante realidad.
- El desfase entre la capacidad intelectual y emocional: la inmadurez. Los niños con TDAH suelen ser descritos por sus familiares y educadores como niños que se comportan de forma infantil, inestables y con frecuentes cambios de humor. Dada la falta de control de los impulsos y la baja tolerancia a la frustración, estos niños resultan más vulnerables a la dificultades de relación con el entorno.
- La necesidad de llamar la atención: una de las características de la mala conducta de los niños hiperactivos es la desobediencia. Tras ésta muchas veces se esconde el deseo de llamar la atención de los adultos, aunque sea a costa de un castigo. Saber entender este aspecto resulta de vital importancia para conseguir cambios en las conducta del niño hiperactivo. Los niños hiperactivos por sus características cognitivas y emocionales dependen en mayor medida de la aprobación de los adultos.
- Las dificultades en las relaciones sociales: la gran mayoría de los niños con TDAH tienen dificultades en la interacción con sus compañeros. Los niños hiperactivos son más rechazados por sus compañeros. Aunque parece que el exceso de actividad no es problemático en relación con los compañeros si no está acompañado de impulsividad y dificultades de atención (Pope, Bierman y Mumma, 1989).

Miranda, Presentación y López (1994), expertas en hiperactividad infantil, han realizado una investigación de la cual se han obtenido resultados interesantes: los niños hiperactivos tienen el mismo conocimiento de estrategias prosociales que los niños normales, pero tienen menos estrategias y de menor calidad para iniciar una amistad o para solucionar

conflictos. Y utilizan estrategias menos adecuadas para conseguir algo de otras personas.

Por otro lado, además de la cantidad y la calidad de las estrategias para la relación social que tengan los niños hiperactivos, hay otro factor que incide de forma determinante en las relaciones con los demás: la impulsividad. Los niños hiperactivos, al comportarse impulsivamente, no son capaces de predecir las consecuencias sociales de sus conductas. Les interesa la satisfacción inmediata, y no poder pensar en las consecuencias de sus acciones les puede limitar sus futuras relaciones sociales.

En la misma línea, haciendo referencia al desarrollo socioemocional del niño hiperactivo, es interesante destacar algunos resultados obtenidos a través de recientes investigaciones. Datos convergentes de distintos estudios conductuales indican que tanto niños como adultos con TDAH presentan una disfunción primaria en el reconocimiento de los estímulos emocionales (expresiones faciales emocionales y prosodia afectiva) e importantes dificultades para modular sus emociones, especialmente cuando éstas son negativas (Bauermeister J.J. y col., 2005; y Walcott C.M. y col., 2004). Estos problemas están presentes en ausencia de trastornos comórbidos afectivos (Reimherr F.W. y col., 2005; y Jensen S.A. y col., 2004) y parecen estar principalmente ligados al subtipo combinado (Bauermeister J.J. y col., 2005; y Maedgen J.W. y col., 2000).

6. Curso evolutivo del TDAH

El TDAH es un trastorno de curso largo y de carácter crónico que merma significativamente la capacidad de las personas para enfrentarse a la exigencias ambientales a lo largo de todo el ciclo vital. Múltiples estudios han demostrado que entre un 50% y un 80% de los niños hiperactivos siguen experimentando dificultades significativas relacionadas con los síntomas del trastorno durante la adolescencia y la etapa de la vida adulta. Al menos la mitad de los niños hiperactivos continúan manifestando síntomas del trastorno en etapas posteriores de su desarrollo. No obstante, aunque las manifestaciones esenciales del trastorno se mantienen con una considerable consistencia a lo largo de todo el ciclo vital, también sabemos que estos síntomas se van modulando en función de los estadios evolutivos por lo que atraviesa el sujeto. Es decir, que con la edad, el TDAH suele sufrir ciertos cambios, el TDAH prevalece, pero sus rasgos van cambiando. La conducta hiperactiva e

impulsiva da paso a problemas de atención, incapacidad para mantener un buen nivel de trabajo, deficiencias en la memoria a corto plazo y frustración ante el aprendizaje. Son precisamente estos problemas residuales los que ocasionan mayores problemas a los adolescentes y adultos con TDAH (Miranda, A.; Amado, L.; y Jarque, S.; 2001).

A continuación, analizaremos más detenidamente el curso evolutivo del TDAH a lo largo de todo el ciclo vital.

Período de la primera infancia

La mayoría de niños hiperactivos fueron bebés con un temperamento difícil caracterizado por una dificultad notable para adaptarse a las situaciones nuevas, presentando serios problemas cuando se alteraban las rutinas. Los padres recuerdan que sus hijos reaccionaban de forma desproporcionada ante los estímulos del ambiente, se mostraban irritables, demandaban una atención continua, eran excesivamente activos y presentaban una baja tolerancia a la frustración. Los niños hiperactivos también suelen experimentar dificultades en el establecimiento de los hábitos de alimentación y sueño. Duermen menos horas de lo habitual y a menudo se despiertan durante la noche. En relación con las pautas de alimentación, los padres a menudo informan de que los problemas de sus hijos adquieren especial relevancia cuando se comienza a sustituir el biberón por los alimentos sólidos. Posteriormente, también se observa que la mayoría de estos niños suelen ser caprichosos y obstinados con las comidas y con cierta frecuencia tienen cólicos.

Este patrón de comportamiento típico de los sujetos hiperactivos en la primera infancia genera, incluso en los padres más competentes, sentimientos de ineficacia personal, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos, conduciéndoles a menudo a aplicar pautas de disciplina excesivamente permisivas o bien extremadamente autoritarias. Como consecuencia, los problemas de relación que se establecen entre los padres y el niño en estos momentos tienen un impacto negativo sobre el futuro desarrollo del niño.

Etapa de educación infantil

En esta etapa evolutiva resulta complicado distinguir a los niños hiperactivos de sus compañeros normales, pero sí es cierto que en los niños con TDAH se produce una exageración de las conductas típicas de los preescolares sin problemas atencionales. Los padres describen a sus hijos como niños excesivamente inquietos.

Estos niños, debido a sus elevados niveles de actividad, inatención e impulsividad con frecuencia sufren accidentes, ya sea en casa o en la escuela. Además, especialmente los varones hiperactivos, también suelen manifestar conductas desobedientes, desafiantes y oposicionistas. Las explosiones emocionales en forma de “rabietas” también son frecuentes, sobretodo en lugares públicos. Estos comportamientos suelen dejar en evidencia a los padres, cuya capacidad para afrontar la educación de sus hijos termina siendo cuestionada por otros adultos.

En cuanto a la atención, podemos decir que los niños hiperactivos centran menos su atención en las tareas, especialmente cuando son monótonas. En las situaciones de juego, generalmente despliegan un juego más inmaduro, funcional, sensoriomotor y menos simbólico y constructivo, utilizando los juguetes de un modo monótono y estereotipado. Además, experimentan serias dificultades para jugar solos y muestran una enorme curiosidad por los juguetes novedosos, aunque no los utilizan para jugar, sino para manipularlos hasta que los rompen. Cuando se deciden a jugar con otros niños no suelen seguir las reglas del juego, no aceptan perder, despliegan escasas conductas de cooperación e imponen su voluntad, lo que genera continuas discusiones con sus compañeros. Como consecuencia, terminan siendo rechazados por los demás niños y excluidos de eventos sociales como las fiestas de cumpleaños. También cabe destacar que, estos preescolares hiperactivos desarrollan hábitos nerviosos, se muestran con frecuencia tensos y ansiosos, en ocasiones tienen cólicos, dolores de cabeza y estómago, y experimentan problemas de habla y del lenguaje.

Todas estas conductas problemáticas junto con las demandas continuas de atención y la insaciable curiosidad por el ambiente que manifiestan estos niños, plantean grandes retos a los padres y profesores en relación con la crianza y la educación. Los adultos necesitan controlar el comportamiento de estos niños de forma más intensa y frecuente de lo habitual. De hecho, se ha comprobado que las madres de los niños preescolares hiperactivos son más directivas con sus hijos y les proporcionan con más frecuencia órdenes, críticas supervisión continua y castigos, en comparación con las madres de los niños preescolares normales. Ante esta panorámica no resulta complicado entender que los padres afirmen que sus vidas son mucho más estresantes en relación con sus roles parentales en comparación con los padres de niños sin TDAH (Miranda, A.; Amado, L.; y Jarque, S.; 2001).

Etapas escolares

Cuando el niño hiperactivo comienza la etapa de escolarización formal llegan a ser especialmente evidentes sus dificultades para permanecer sentado, inhibir las

conductas impulsivas, prestar atención y seguir las instrucciones de los profesores. A su vez, se agudizan sus problemas para compartir, cooperar e interactuar adecuadamente con sus compañeros. Por ello, suele ser al principio de este período cuando son diagnosticados la mayoría de los niños hiperactivos. Respecto al rendimiento académico, los escolares hiperactivos presentan patrones de ejecución variables a lo largo del tiempo, de manera que algunos días son capaces de realizar una actividad correctamente y terminarla en el tiempo establecido, mientras que otros días no consiguen completar las mismas tareas. Además, también debemos destacar que sus pupitres suelen estar desordenados y pierden con frecuencia los libros y otros materiales escolares.

En la etapa escolar es cuando se evidencian con mayor claridad las deficiencias atencionales y organizativas de los niños con TDAH y sus repercusiones negativas sobre el funcionamiento académico y conductual, probablemente porque aumentan considerablemente las exigencias en clase. Estos niños dedican menos tiempo al estudio, menos esfuerzo para conseguir sus objetivos académicos y emplean estrategias de aprendizaje de un nivel de elaboración más bajo (O'Neill y Douglas,1991).

Algunos profesores consideran que los resultados escolares negativos que obtienen de debe a que son vagos y no quieren trabajar. Otros profesores piensan que sin inmaduros y recomiendan a los padres que repitan curso creyendo que el problema desaparecerá con el tiempo. Pero, sin embargo, estas dos formas de entender el trastorno y el consiguiente proceso de toma de decisiones no resultan adecuados para tratar de ayudar al niño hiperactivo.

En casa, los padres se quejan a menudo de que sus hijos con TDAH no aceptan las responsabilidades y las tareas familiares que les encomiendan, y los hermanos se sienten cansados y enojados por tener que comprender continuamente las conductas disruptivas que muestran. También es cierto que, algunos hermanos desarrollan resentimiento y celos porque deben realizar más tareas en casa que sus hermanos hiperactivos y, sin embargo, reciben mucha menos atención por parte de sus padres.

Tal y como describíamos anteriormente, la competencia social de los estudiantes hiperactivos es significativamente más baja que la de sus compañeros normales, y es precisamente en estos momentos cuando se agudiza el rechazo social que ya comenzaron a experimentar en la etapa preescolar. Es muy probable que esta escasa habilidad para hacer y mantener amigos esté determinando la preferencia de muchos de estos escolares hiperactivos por jugar con niños más pequeños.

Como consecuencia del fracaso escolar y del rechazo social que sufren, muchos escolares con TDAH comienzan a manifestar sentimientos de incompetencia e insatisfacción personal y desarrollan un concepto negativo de sí mismos. Además, ya en la etapa de la preadolescencia un porcentaje substancial de estos niños cumple los criterios del trastorno oposicionista desafiante y desarrolla síntomas del trastorno de conducta. También en estas edades entre un 60% y un 80% de los niños hiperactivos está recibiendo medicación estimulante, y aproximadamente la mitad está asistiendo a algún tipo de terapia familiar y/o individual (Faraone, Biederman, Lehman y cols.,1993).

Período de la adolescencia

Debemos señalar que los intensos cambios físicos, emocionales y mentales que experimentan los adolescentes pueden provocar discusiones entre padres e hijos, así como manifestaciones de comportamientos oposicionistas y desafiantes contra las figuras de autoridad. Además, en esta edades se multiplican las posibilidades y opciones vitales para los adolescentes (conducción, drogas, alcohol, relaciones sexuales) que les obligan a tomar decisiones importantes. En el caso de los jóvenes hiperactivos todos estos cambios y los riesgos que a menudo conllevan aumentan de forma considerable, ya que además de presentar dificultades propias de esas edades, tienen más probabilidades de manifestar un bajo rendimiento académico, inadaptación escolar, aislamiento social, depresión, baja autoestima, etc. La problemática todavía se complica más en esta etapa de la vida porque aumenta considerablemente la asociación entre la hiperactividad y los trastornos de conducta. Los adolescentes hiperactivos con un trastorno de conducta asociado implican de dos a cinco veces más que los controles y que los hiperactivos puros en el uso y abuso de tabaco, alcohol y marihuana (Barkley, 1998). Entonces, no resulta sorprendente que a los catorce años sea significativamente superior el número de jóvenes hiperactivos que han tenido problemas con la justicia y han sido expulsados de la escuela en más de una ocasión, en comparación con sus compañeros sin TDAH. Por otra parte, cabe mencionar que su pobre control de los impulsos explica la mayor incidencia de accidentes de tráfico y multas por infracciones que tienen estos jóvenes hiperactivos cuando se les compara con los adolescentes normales.

Estudios realizados demuestran que los adolescentes con TDAH pueden empezar a tener relaciones sexuales más pronto y es más probable que no utilicen métodos anticonceptivos. En consecuencia, encontramos que más del 25% de las adolescentes se habían quedado embarazadas antes de los 19 años de edad. También encontramos que las multas de tráfico y los accidentes entre adolescentes

con TDAH eran tres y cuatro veces más frecuentes que entre los adolescentes sin este trastorno (Barkley, R.A. y Fischer, M., 1998).

También los adolescentes hiperactivos se diferencian de sus compañeros normales en relación con su bajo rendimiento académico, presentando una ejecución significativamente inferior en habilidades de deletreo, aritmética, y comprensión de la lectura. De ahí el mayor número de suspensos, de repetición de cursos y de abandono de los estudios que experimentan estos jóvenes. En el dominio social, ahora los problemas son mayores, ya que además de presentar en muchos casos problemas de conducta más severos, arrastran desde la infancia un estatus social de rechazo. De hecho, no suelen estar interesados en los deportes y, cuando lo están, es muy improbable que pertenezcan o se mantengan en un equipo porque no dedican suficiente tiempo a los entrenamientos y no consiguen en la mayoría de los casos cumplir las normas de disciplina que se les imponen.

Entonces, puesto que el autoconcepto en este período evolutivo depende en gran medida de los logros académicos, sociales, artísticos y deportivos, dominios en los que suelen fracasar los sujetos hiperactivos, una proporción importante de estos adolescentes no tienen confianza en sí mismos y experimentan sentimientos de indefensión y síntomas depresivos.

Período de vida adulta

Aunque generalmente, las conductas impulsivas e hiperactivas se atenúan en la vida adulta, suele persistir la sensación de inquietud, la tendencia a manifestar comportamientos faltos de premeditación, los problemas atencionales, la desorganización, la escasa memoria a corto plazo y las dificultades para mantener las rutinas diarias en el trabajo y en el hogar.

Los adultos en los que persiste la sintomatología del TDAH han completado menos años de escolaridad, distribuyen y gastan peor su dinero, organizan deficientemente las tareas domésticas, tienen menos habilidad para manejar las actividades de sus hijos, muestran una capacidad reducida para desarrollar un trabajo independiente y sin supervisión, y manifiestan una progresión en el estatus educativo y ocupacional significativamente más lenta.

Podríamos decir que lo que más afecta a la vida diaria de la persona adulta es el efecto que los síntomas tienen sobre el manejo de las responsabilidades cotidianas, más que la naturaleza subyacente del trastorno. Las consecuencias de los síntomas del TDAH en los adultos son más extensas y graves porque las responsabilidades a las que deben hacer frente son, también, más amplias y diversas (Barkley, R. A.; 2002).

7. Trastornos asociados o comórbidos

La presencia de TDAH incrementa de forma considerable la probabilidad de que se presenten otros trastornos asociados o comórbidos. En particular, las personas con TDAH tienen más probabilidades que otras de tener más problemas del desarrollo, de la conducta, emocionales o escolares (Barkley, R. A.; 2002).

Entre los trastornos asociados al TDAH, los más frecuentes son: trastornos de aprendizaje específicos, el trastorno negativista y desafiante, el trastorno disocial, la depresión, los tics, el síndrome de la Tourette, el trastorno del desarrollo de la coordinación, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno bipolar.

El hecho de que algunos profesionales no sepan identificar estas asociaciones entre el TDAH y otros trastornos comórbidos es una de las causas más frecuentes de malos entendidos y tratamientos inadecuados. Debe quedar claro que el TDAH no causa las conductas de oposición, la dislexia o los tics, simplemente incrementa la probabilidad de que aparezcan estos trastornos.

A continuación describimos los trastornos comórbidos más frecuentes de forma más detallada:

- Trastornos del aprendizaje específicos: aproximadamente un 50% de los niños con TDAH tienen trastornos de aprendizaje específicos (Green, C. y Chee, K., 2000). Hablamos de trastorno de aprendizaje específico cuando existe una discrepancia importante entre la capacidad intelectual del niño y su rendimiento en ciertas áreas específicas. Las discrepancias más frecuentes se encuentran en la lectura, la ortografía, la expresión escrita, el lenguaje oral y las matemáticas.

En el caso de tener problemas con la lectura, la mayoría de los niños con este problema con tratamiento psicopedagógico acaban mejorando, pero, continuarán siendo malos lectores y seguirán cometiendo faltas de ortografía.

- El trastorno negativista y desafiante: se trata de uno de los trastornos comórbidos más frecuentes. Los niños con TDAH pueden ser impulsivos e irreflexivos, pero, por norma general, se arrepienten sinceramente cuando hacen algo mal. Éste no es el caso de los niños con trastorno negativista y desafiante, que se indignan cuando se les llama la atención y que encuentran totalmente justificado lo que han hecho.

Es difícil saber cuándo se inician las conductas de oposición; durante la primera infancia, los niños suelen ser negativos, pero el desafío patológico es raro que se dé antes de la etapa preescolar.

Estos niños suelen decir “no” como norma, son hostiles, complican las cosas y adoptan una actitud de rechazo y desafío continua. En los casos más extremos, son vengativos y siempre intentan fastidiar a los demás o culparlos de sus problemas. Un niño puede tener un trastorno negativista y desafiante sin un TDAH, pero, cuando ambos trastornos se dan simultáneamente, esta combinación de desafío y conducta irreflexiva hace que el pronóstico sea mucho más desfavorable.

El origen del trastorno negativista y desafiante parece ser en gran medida biológico, pero la incidencia y la gravedad de estos problemas están profundamente afectadas por el ambiente familiar y el tipo de educación recibida.

Por otro lado, uno de los malentendidos más frecuentes es el de confundir las conductas irreflexivas propias del TDAH con el comportamiento deliberadamente desafiante propio del trastorno negativista y desafiante. Los padres se quejan de que los fármacos prescritos para tratar el TDAH no funcionan. Lo que ocurre es que, aunque los problemas asociados al TDAH hayan remitido, los comportamientos asociados al trastorno negativista y desafiante comórbido prevalecen. No hay ningún tratamiento farmacológico para el trastorno negativista y desafiante. El único tratamiento posible es el conductual, y éste es lento y de eficacia limitada.

- Trastorno disocial: las conductas incluidas en el trastorno disocial abarcan mentir, hacer trampas, robar, amenazar, violar los derechos ajenos, destruir la propiedad, prender fuego deliberadamente e infringir dolor. Hay que tener en cuenta que la conducta irreflexiva de un niño con TDAH puede llevarle a actuar ocasionalmente de forma antisocial, pero tiene remordimientos por lo que ha hecho. En cambio, los niños con trastorno disocial no se arrepienten del mal cometido; hay un componente malicioso y sádico en su comportamiento.

El trastorno disocial puede ocurrir aisladamente, sin asociarse al TDAH y, en este caso, suele aparecer en la adolescencia. Sin embargo, cuando el trastorno disocial se asocia al TDAH, suele aparecer bastante pronto, presentándose inicialmente síntomas graves de trastorno negativista y desafiante y haciéndose evidentes los síntomas de trastorno disocial entre los siete y los diez años de edad (Green, C. y Chee, K., 2000).

Los factores que incrementan el riesgo de que un niño desarrolle un trastorno disocial son los problemas matrimoniales entre sus padres, un entorno familiar hostil y crítico y, probablemente, un TDAH mal tratado o ni siquiera tratado. En los casos más extremos de trastorno disocial, el tratamiento del TDAH asociado tiene un valor muy limitado.

- Depresión: los niños con TDAH desean comportarse, aprender y ser aceptados exactamente igual que sus compañeros, pero no saben cómo conseguir que esto ocurra. Es normal que un niño con TDAH esté decaído y desilusionado, pero estos signos no conforman una prueba suficiente para hacerle un diagnóstico de depresión patológica.

El niño deprimido cae en un estado crónico de preocupación, tristeza y deseo de aislamiento. Debemos empezar a preocuparnos cuando se perciba un cambio en la personalidad del niño, una reducción drástica de sus actividades habituales, mayores dificultades para comunicarnos con él, una tristeza más persistente y profunda o una clara disminución de su rendimiento escolar. Lo que sí debemos tener muy presente es que, cuando el TDAH coexista con la depresión, ésta última deberá tratarse como primera prioridad.

- Tics y el síndrome de la Tourette: las contracciones nerviosas y movimientos involuntarios son bastante comunes en la población general, pero tienen una incidencia mucho mayor en las personas con TDAH. Los tics y el síndrome de la Tourette son dos trastornos asociados al TDAH. Lo más habitual es que los tics aparezcan por primera vez cuando el niño tiene entre siete y diez años y que sean de carácter transitorio, desapareciendo y volviendo a aparecer. Dado que la medicación estimulante suele empezar a administrarse a esta edad, es fácil creer erróneamente que son los fármacos lo que han provocado los tics. De todos modos, en caso de duda, es aconsejable retirar la medicación temporalmente para comprobar si los fármacos son los causantes.

La presencia de tics, por sí sola, no causa problemas importantes en la conducta, en el aprendizaje ni en el bienestar emocional. Mientras que el TDAH sí puede causar graves problemas en todas estas áreas. Cuando un niño con tics y TDAH rinde por debajo de sus posibilidades, suele ser el TDAH, y no los tics, lo que está creando dificultades. Es importante tener esto en cuenta a la hora de planificar el tratamiento.

- Trastornos del desarrollo de la coordinación: los problemas de coordinación, planificación motora, escritura y maduración neurológica tardía se presentan frecuentemente asociados al TDAH.

- Trastorno obsesivo-compulsivo: el TDAH se asocia muy poco frecuentemente a las conductas obsesivas. La incidencia de este trastorno es mayor cuando el niño presenta, aparte del TDAH, un trastorno de tics. Las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo se fijan excesivamente en ciertas cosas o conductas. El trastorno obsesivo compulsivo no debe confundirse con la insistencia de muchos niños con TDAH cuando quieren conseguir algo a toda costa. A veces, la medicación

estimulante puede provocar, como efecto secundario, una focalización casi obsesiva. Ésta desaparece rápidamente en cuanto se reduce la dosis o se cambia de fármaco.

- Trastorno bipolar: actualmente se cree que existe una relación entre el TDAH y el trastorno bipolar. Éste es un enfoque bastante novedoso que aún no ha sido aceptado universalmente. A pesar de ser dos trastornos que difieren bastante entre sí, pueden presentarse simultáneamente. La presencia de trastorno bipolar empeora significativamente el pronóstico del TDAH. Los niños con TDAH pueden ser impulsivos, irreflexivos y, a veces, pueden llegar a perder los estribos, pero los niños con trastorno bipolar presentan verdaderos ataques de rabia y suelen tener cambios de humor extremadamente rápidos.

Investigaciones recientes (Roselló, B., Amado, L. y Bo, R.M., 2000), han descrito de forma precisa los patrones de comorbilidad externalizantes o internalizantes más comúnmente asociados al TDAH en función de los distintos subtipos descritos según el DSM-IV.

Entre los trastornos externalizantes más típicos nos encontramos con: el trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y trastorno de la Tourette. El subtipo combinado es el que presenta mayor comorbilidad asociada con respecto a los trastornos externalizantes en comparación con los otros dos subtipos.

En relación a los trastornos internalizantes, podemos decir que los más típicos son los siguientes: fobia específica, fobia social, trastorno por estrés postraumático, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, depresión mayor y distimia, trastorno obsesivo compulsivo, enuresis y encopresis. Roselló y colaboradoras (2000) no encontraron diferencias significativas entre subtipos en cuanto a la problemática de tipo internalizante, aunque sigue siendo el subtipo combinado el que mayor comorbilidad de este tipo manifiesta.

Concluyendo, es el subtipo combinado el que presenta mayores trastornos asociados. Es importante identificar los problemas que suelen acompañar a los diferentes subtipos del TDAH, ya que tal información sería crucial de cara a plantear las estrategias específicas en la prescripción de terapias efectivas para modificar el pronóstico del trastorno a largo plazo (Roselló, B., Amado, L. y Bo, R.M.; 2000).

PARTE II: REPERCUSIONES QUE COMPORTA EN EL AMBIENTE FAMILIAR UN HIJO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1. Impacto familiar que supone un hijo con TDAH

La problemática del niño con TDAH dificulta la labor educativa de sus padres, que suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima, insatisfacción con su rol parental y desconfianza en sus habilidades como padres. Los padres de niños con TDAH se consideran menos competentes en el desempeño de su rol de padres y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria (McLaughlin y col., 2006). A menudo, están expuestos a la crítica social debido al comportamiento perturbador de los hijos, lo cual provoca finalmente aislamiento social (Roselló y col., 2003). Además, cuando se comparan con los padres de niños sin TDAH se sienten más deprimidos, y consideran que su función de padres les limita y condiciona en gran manera su tiempo personal (Escobar y col., 2005). Creen que sus hijos con TDAH tienen menos control afectivo y emocional, y que experimentan más dificultades para concentrarse y adaptarse al ambiente físico y social. Asimismo muestran sentimientos fuertes de desajuste entre las expectativas que tenían y las características reales físicas y emocionales de sus hijos (Miranda y col., 2007).

En la misma línea, es interesante destacar un trabajo reciente realizado en nuestro país por Roselló y col. (2003) en el que han analizado el impacto que producen en el ambiente familiar los niños con TDAH. Los resultados muestran claramente que tener un hijo con este trastorno genera –incluso en los padres más competentes – sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos. Estos autores también han analizado cómo afecta el comportamiento de los niños con TDAH a la convivencia con sus hermanos. El análisis de los datos indica que el 44% de los padres considera que su hijo con TDAH dificulta e incomoda más a sus hermanos a la hora de participar en actividades. En concreto, el estudio realizado por Kendall (1999) con varias familias de niños hiperactivos destaca que los hermanos manifiestan sentirse influidos por la conducta de su hermano hiperactivo de tres formas: como víctimas, porque se ven obligados por sus padres a ejercer de ‘cuidadores’ o ‘guardianes’ de su hermano, y por los sentimientos de tristeza e indefensión que experimentan.

Un trabajo realizado por Donenberg y Baker (1993) analizó el sistema familiar de los niños con TDAH, y destacó el estrés y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos. En concreto, estos investigadores realizaron un estudio de comparación de tres grupos (niños con TDAH o conducta agresiva, niños autistas y niños normales); concluyeron que los padres de los niños hiperactivos percibían que la conducta de sus hijos había producido sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés que los padres de niños sin TDAH. Pero, además, en comparación con las familias de niños autistas, se encontró que los niños con TDAH generaban niveles similares de impacto familiar y estrés.

Otro estudio reciente de esta misma línea de investigación (Presentación, M.J., 2006), muestra un profundo deterioro del grupo con TDAH-C (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, subtipo combinado) en comparación con el grupo control en todas las áreas analizadas (sentimientos y actitudes de los padres, vida social de la familia, relación de pareja, relaciones con los iguales y hermanos) con la única excepción del aspecto económico. La gravedad de las manifestaciones es importante hasta el punto de que los padres de los niños con TDAH-C confiesan que es más difícil vivir con él y que su presencia influye negativamente en la familia. Parece claro que, como afirman Johnston y col. (2001), las demandas y la naturaleza intrusiva de los niños con TDAH provocan reacciones negativas de los otros miembros de la familia y exagera las influencias disruptivas sobre la relación familiar y sobre el funcionamiento psicológico de los padres. En efecto, los resultados del estudio muestran que los padres de niños con TDAH-C perciben que este hijo afecta considerablemente a sus sentimientos y actitudes, de manera que les produce estrés y les hace sentir menos competentes como padres. Estos hallazgos coinciden con otras investigaciones que han comparado las familias de niños con TDAH con familias de niños normales y han encontrado igualmente que existe más estrés y conflicto en los ambientes familiares de niños con TDAH (Biederman y col., 1999), mayor percepción de incompetencia como padres (Shelton y col., 1998) y menos confianza en su autoridad paterna (Hinshaw y col., 1997).

También las relaciones sociales de la familia están fuertemente afectadas cuando un niño con TDAH-C forma parte de la ella. Se sale menos y, sobre todo, se evita llevar amigos a casa o salir con ese hijo. Pero, además, las relaciones entre los miembros de la familia con el niño con TDAH-C e incluso entre los demás componentes de la familia están alteradas. Las relaciones entre los hermanos se muestran especialmente afectadas y, aunque en menor medida, es importante destacar cómo tener un hijo con TDAH-C parece afectar negativamente a las relaciones

matrimoniales, ya que provoca conflictos y distanciamiento entre la pareja. Pero debemos destacar que los porcentajes de divorcios y separaciones encontrados en las familias de niños con TDAH-C no son especialmente elevados y los problemas maritales se reflejan más en una convivencia difícil que afecta a toda la familia.

Por otro lado, en relación al impacto de los problemas de conducta (PC) asociados al TDAH-C sobre la familia, pese a las investigaciones que apuntan a los PC de los hijos como los principales desencadenantes del deterioro familiar (Breen y col., 1988; y Johnston y col., 2002), los análisis de Presentación-Herrero, M.J. y col.,(2006) muestran el TDAH-C como el factor básico de los problemas en dicho contexto tanto si se presenta asociado o no con PC. Aunque sí es cierto que el impacto familiar es de mayor gravedad en el subtipo TDAH-C con PC.

2. Paternidad y estilos de disciplina

Los estilos de disciplina destacan entre los factores del ambiente familiar que pueden influir en el curso del TDAH. La verdad es que no es una tarea fácil ser padres de niños con TDAH, entre otras cosas porque los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños. Esto suele provocar frustraciones en los padres y la utilización de un estilo disciplinario disfuncional, caracterizado por mayor autoritarismo y sobrerreacción. Varios estudios empíricos han suministrado información sobre el uso de métodos de disciplina inadecuados en familias que tienen niños con TDAH: aplicación de más estrategias agresivas (Miranda y col., 2007), empleo de estilos disciplinarios más autoritarios que los de padres de niños con otras psicopatologías (Lange y col., 2005), menos comunicación con los hijos incluso cuando están en edad preescolar y una menor sincronía en las interacciones madre-hijo (Keown y Woodward., 2002).

En la misma línea, las observaciones de las interacciones padres-hijos han puesto de manifiesto que los padres que tienen hijos con TDAH obtienen en las escalas puntuaciones más elevadas de autoritarismo y actúan de forma más sobreprotectora durante el juego, usan un tono de voz más serio y hacen más comentarios negativos sobre el comportamiento de sus hijos, marcando límites estrictos pero sin ofrecer explicaciones al respecto. En contraposición, los padres de los niños sin TDAH son menos impositivos con sus hijos y les permiten desarrollar más su independencia. Las diferencias en el uso de métodos de disciplina parecen producirse especialmente en padres de niños cuyos hijos presentan TDAH y problemas de conducta asociados (Alizadeh y Andries; 2002). En un estudio reciente, Piffner y cols. (2005) analizaron los factores familiares asociados al

trastorno oposicionista desafiante (TOD) comórbido en familias de niños con TDAH, y constataron que los padres de niños con TDAH y TOD utilizaban una disciplina más negativa e ineficaz. Otra investigación realizada por Miranda y cols. (2007) muestra que la presencia asociada de TOD en los niños con TDAH influye significativamente en las técnicas de disciplina materna, de manera que las madres reaccionan en este caso con más irritabilidad y rabia a las conductas de sus hijos. Otros estudios previos también han señalado que los padres de niños con TDAH y TOD asociado utilizan prácticas de disciplina más impositivas y autoritarias (Alizadeh y Andries, 2002; y Lange y col., 2005).

En el estudio realizado por Miranda y cols. (2007) sobre métodos de disciplina, evidencia que las madres de niños con TDAH no son más permisivas o inconsistentes que las madres de niños normales. Sin embargo, poseen unas estrategias de disciplina más emocionales, mostrándose más autoritarias y reaccionando con mayor irritabilidad y frustración que las madres del grupo de control. Los resultados se suman a los de otros trabajos sobre el mismo tema que revelan que los padres de niños con TDAH suelen aplicar estrategias de disciplina más inconsistentes y agresivas que los padres de niños sin TDAH (Dravick y col., 2006; y Woodward y col., 1998) y tienen menos comunicación con ellos (Keown y Woodward, 2002).

No hay duda de que los niños con TDAH provocan altos niveles de expresión de emociones negativas por parte de sus padres, esto es, críticas, hostilidad o sobreimplicación emocional, que se asocian con el desarrollo de problemas de conducta en la adolescencia (Taylor y col., 1996).

Posiblemente la conclusión práctica más interesante que se deriva de la bibliografía es la relación positiva que existe entre el estrés que produce la crianza de niños con TDAH y la aplicación en la familia de técnicas de disciplina inadecuadas (Pinderhugles y col., 2000). Constituye un asunto que tiene trascendencia, ya que los procedimientos disciplinarios caracterizados por la aserción de poder, la permisividad o la inconsistencia son factores de riesgo que potencian la gravedad de la sintomatología del TDAH y la aparición de trastornos de la conducta (Taylor y col., 1996).

3. Necesidad de intervenir tanto en el niño con TDAH como en su entorno familiar

Estas disfunciones que se presentan en el contexto familiar, necesitan una respuesta rápida por parte de los diferentes servicios que están encargados de atenderlos. Los padres de estos niños deben saber cuál es la mejor manera de interactuar con ellos y cómo reducir las fricciones dentro del seno familiar creando un ambiente adaptado a sus necesidades. La investigación e intervención en este campo debe acometerse lo antes posible. No hay que olvidar que los niños de educación infantil son particularmente vulnerables a las actitudes educativas negativas de sus padres (Campbell y col., 1996) y que la instrucción en técnicas de modificación de conducta de los padres son más eficaces cuando el niño es más pequeño (Sonuga-Barke y col., 2001; y Webster-Stratton, 1997). Desde una perspectiva del desarrollo y de la intervención temprana, los años de educación infantil son un período óptimo para valorar las relaciones familiares y la conducta hiperactiva del niño con el fin de mejorarlas (Presentación, M.J. y col; 2006).

Las anteriores consideraciones inducen a plantearse que las intervenciones en el TDAH deben incorporar un componente de asesoramiento a los padres que no se centre únicamente en el entrenamiento en técnicas de manejo de conducta, sino que aborde también las dimensiones afectivas de la paternidad (Miranda, A. y cols. 2007). Junto a otros componentes, hay que ofrecer a los padres información que reduzca su inseguridad y sentimientos de culpabilidad; facilitarles estrategias para reducir el nivel de estrés que puede provocar el comportamiento de sus hijos; enseñarles a identificar y valorar los progresos, aunque sean limitados; asesorarles acerca de cómo potenciar las habilidades de comunicación y solución de problemas; ayudarles a promover una distribución clara de responsabilidades y roles, y construir un estilo educativo autoritativo, no coercitivo ni sobreprotector. Además, habría que incluir en los programas de asesoramiento otras habilidades necesarias para vivir y educar a niños con TDAH a fin de que su desarrollo socioemocional avance normalmente. Un aspecto crítico es mejorar los sentimientos que tienen los padres sobre sí mismos y sobre sus hijos, ya que esto ayudará a los padres a reducir la tensión psicológica y emocional, favoreciendo la aplicación de técnicas efectivas de disciplina y una adecuada comunicación con sus hijos (Miranda, A. y cols. 2008).

Tal y como hemos ido desarrollando, el TDAH es una patología de alta prevalencia que genera un elevado número de consultas médicas y psicológicas y que motiva una gran ansiedad familiar y preocupación escolar. Las dificultades que conlleva el TDAH no son las mismas en todas las familias, pero como hemos visto, sí es cierto

que muchos padres de hijos con TDAH, coinciden en constatar que la convivencia dentro de la unidad familiar, cuanto menos, se resquebraja y llega en muchos casos a la desestructuración, por no poder, o no saber, dar solución a los problemas que van apareciendo dentro de la misma. Muchos padres están cansados, desorientados y frecuentemente llenos de dudas sobre sí mismos. Además, en ocasiones no cuentan con el apoyo familiar y social adecuado y, a su vez, deben enfrentarse a duras críticas. Todo ello ha llevado a muchos terapeutas a plantearse la necesidad de intervenir cuanto antes tanto en el niño como en la familia.

PARTE III: INTERVENCIÓN FAMILIAR GRUPAL EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1. Introducción

El tratamiento del TDAH exige una aproximación plurisituacional, es decir, estructurar el plan terapéutico teniendo en cuenta los diversos entornos en los que inciden los síntomas ; una intervención multimodal, es decir, la puesta en marcha combinada de todos aquellos tratamientos necesarios de eficacia probada en el trastorno; y una participación multidisciplinar, es decir, la participación, coordinada por el clínico, de todos y cada uno de los profesionales competentes en cada área del tratamiento, de forma complementaria (O.Herreros y col.; 2004).

La evaluación y manejo de los tratamientos requieren participación y cooperación del paciente, los padres y el colegio, haciendo del clínico un coordinador u organizador vital del tratamiento del caso. El TDAH tiene un curso prolongado, requiriendo una continua planificación del tratamiento para lograr una eficacia del mismo y manejar nuevos problemas. Según madura el paciente, el plan terapéutico frecuentemente deberá ser adaptado para responder cambios individuales, familiares y ambientales (Conners, C.K. y col.; 1994).

Las principales modalidades de intervención del TDAH podrían resumirse en tres niveles: farmacológica, psicosocial y combinada. A continuación pasamos a describirlas de forma más detallada, con mayor nivel de profundidad la que ocupa nuestro trabajo de investigación.

Tratamiento farmacológico

En primer lugar, debemos comprender que un diagnóstico de TDAH no es suficiente para recomendar de manera automática un tratamiento farmacológico. Un programa de intervención farmacológica sólo debe llevarse a cabo en aquellos casos en que sea necesario. Después de obtener toda la información básica derivada de una evaluación exhaustiva, debemos valorar la importancia de llevar a cabo dicho tratamiento en el sujeto que queremos tratar.

Los estimulantes, los antidepresivos y la clonidina (fármaco utilizado para el tratamiento de la hipertensión en adultos) pueden ser de gran ayuda para las personas con TDAH. Los fármacos más usados son los estimulantes y, éstos, son eficaces para mejorar la conducta, el trabajo escolar y la adaptación social de los niños con TDAH en un porcentaje que oscila entre el 50 y el 95 % (R. A. Barkley,

2002). A pesar de que la mayoría de los niños tratados con estimulantes mejoren su comportamiento, también debemos asumir que no todos estos niños se beneficiarán necesariamente de la medicación, ya que ésta no soluciona todos los problemas que conlleva el TDAH.

En cuanto a la actuación de los fármacos estimulantes (tratamiento farmacológico de primera elección), podemos decir que reciben este nombre por su capacidad para incrementar el nivel de actividad o estado de alerta del cerebro. El área del cerebro que activan dichos fármacos es la responsable de inhibir la conducta y mantener el esfuerzo y la atención.

Los estimulantes actúan incrementando la acción de ciertas sustancias químicas en el cerebro, siendo dos de ellas la dopamina y la norepinefrina (sustancias que se encuentran sobre todo en la región frontal). Entonces, al aumentar la cantidad disponible de esas sustancias químicas en el cerebro, los estimulantes incrementan la acción de las células del cerebro, que son las responsables de inhibir nuestra conducta y ayudarnos a persistir en lo que estamos haciendo.

Los fármacos estimulantes también inciden en el aprendizaje y trabajo escolar de los niños con TDAH mejorando su atención, el control de los impulsos, la coordinación motora fina y los tiempos de reacción. Algunos niños, además, mejoran en su memoria a corto plazo. Sus trabajos escritos están mucho más limpios y su habla, antes desorganizada, resulta mucho más comprensible. Los trastornos de aprendizaje específicos, como la dislexia, no mejoran directamente con la administración de estimulantes, pero, en cuanto el niño consigue concentrarse, puede sacar mucho más provecho de las clases de apoyo.

Estos fármacos también parecen ayudar a que los niños trabajen con mayor eficacia y de una manera más organizada. A su vez, también hacen que aumente de manera significativa la cantidad de trabajo que los niños son capaces de realizar y, en algunos casos, elevan la eficacia con la que se realiza dicho trabajo. Entonces, los estimulantes no aumentan las facultades naturales de los niños, simplemente les permiten que saquen el máximo partido de las que ya tienen.

Con respecto a la conducta social de estos niños, podemos decir que el tratamiento con medicación estimulante mejora la calidad de las interacciones sociales entre los niños con TDAH y sus padres, profesores y compañeros. Estos fármacos incrementan la habilidad del niño para obedecer y mantener el cumplimiento de las normas a lo largo del tiempo ni les enseñan conductas prosociales.

Debe quedar claro que los estimulantes ayudan a los niños con TDAH y trastorno negativista y desafiante o trastorno disocial asociados a ser menos impulsivos, pero

no influyen directamente sobre las conductas de oposición. Es decir, que estos fármacos, al disminuir la impulsividad asociada al TDAH, pueden contribuir a que el comportamiento de estos niños resulte menos peligroso y más predecible. Pero como hemos dicho anteriormente, no permiten tratar las actitudes hostiles de estos niños.

Por otro lado, comentar que se ha demostrado que los fármacos estimulantes funcionan a corto plazo, sin embargo, sus efectos a largo plazo sólo se asumen, puesto que todavía no se han podido demostrar. Las investigaciones realizadas al respecto no han sido validadas.

Es necesario mencionar que los psicoestimulantes además de los efectos positivos antes mencionados también producen algunos efectos adversos. Algunos de los efectos secundarios más frecuentes son: disminución del apetito, insomnio (problemas para conciliar el sueño), ansiedad, irritabilidad o inclinación a llorar, tics nerviosos, dolor de cabeza y de estómago, incremento de la tasa cardíaca y presión sanguínea e incremento de la actividad eléctrica cerebral. En algunos niños puede aparecer una focalización excesiva.

También es preciso destacar que no existe ninguna prueba que demuestre que el tratamiento con estimulantes genere adicción o dependencia ni de que incremente el riesgo de abusar de otras sustancias.

El tiempo que un niño debe estar recibiendo tratamiento farmacológico con estimulantes es muy subjetivo, ya que depende de cada caso. Se deberá continuar con la medicación mientras los padres, profesores y demás personas que convivan con él perciban unos efectos terapéuticos claros. Para cuando el tratamiento farmacológico termine, el niño se sentirá más capaz de realizar un esfuerzo, será más tolerante a la frustración y tendrá más estrategias de aprendizaje reflexivo.

Concluyendo, podemos decir que estos fármacos no eliminan el TDAH pero reducen sus manifestaciones y facilitan en gran medida la adaptación social y escolar del niño, así como sus progresos académicos y su desarrollo cognitivo.

Tratamiento psicosocial

La intervención psicosocial puede implementarse desde diferentes enfoques:

- a) Centrada en el niño con TDAH
 - Terapia individual con el niño con TDAH
 - Terapia grupal de niños con TDAH
 - Terapia combinada (terapia individual y grupal simultáneamente)

b) Centrada en el sistema familiar del niño con TDAH

- Terapia familiar individual
- Multifamiliar (grupo de familias)

Tratamiento combinado

- terapia farmacológica y psicosocial

En el presente trabajo de investigación desarrollaremos más ampliamente el tratamiento psicosocial centrado en el sistema familiar del niño con TDAH, concretamente haremos hincapié en la intervención familiar grupal de padres de niños con TDAH.

En primer lugar, comentaremos algunos aspectos y técnicas interesantes relacionadas con la intervención familiar. A continuación haremos un repaso histórico de la psicoterapia de grupo e introduciremos brevemente en qué consiste. Finalmente explicaremos cómo se lleva a cabo una terapia de grupo familiar y expondremos a modo de ejemplo algunos programas de intervención.

2. Intervención familiar en niños con TDAH

El niño con TDAH tiene un problema de autocontrol y de organización; por ello es necesario que los padres sepan proporcionar un entorno bien estructurado y con pocas distracciones. También serán necesarias adaptaciones en el aula. Estos cuatro parámetros (medicación, educación a padres, terapia cognitivo-conductual y apoyo en la escuela) es lo que se denomina “terapia multimodal” (Eddy, L.; 2006).

A continuación, explicaremos más ampliamente en qué consiste la psicoeducación a padres y las nociones básicas de terapia conductual y cognitiva para los mismos.

2.1. Un poco de historia de la intervención psicológica grupal

Impulsada por las extraordinarias necesidades psicológicas de los soldados de la Segunda Guerra Mundial, la terapia de grupo se elevó de manera repentina para ser la principal modalidad de tratamiento en el decenio de 1940. Estos primeros terapeutas grupales pronto se hicieron conscientes de que había algo especialmente sanador en los grupos de terapia, y a partir de ese punto se pensó de manera seria en el establecimiento de una base teórica para la terapia de grupo. Pero por otro lado, también surgieron discusiones entre los analistas acerca de la efectividad final

de este nuevo tratamiento. La discusión, en general, se redujo a aquellos que practicaban la terapia de grupo y aquellos que no lo hacían. De hecho, aquellos que trabajan con grupos notaron que la transferencia prosperaba y, en realidad, quizás se aumentaba dentro de éstos. Señalaron que los grupos ofrecían una oportunidad para la observación de muchos tipos de transferencia (por ejemplo, hacia padres y hermanos) al mismo tiempo (Alonso, A. y Swiller, H. I., 1995).

A través del tiempo, la terapia de grupo demostró su efectividad, incluso en la última parte del decenio de 1960 y a principios del de 1970, los grupos alcanzaron proporciones enormes. A pesar del continuo ascenso de los grupos como terapia, apoyo y vehículos de entrenamiento, continuó habiendo un vacío en la literatura acerca de la teoría y técnica de la terapia de grupo. Se dejó a *“The Theory and Practice of Group Psychotherapy”* de Yalom (1970) la tarea de estimular a la comunidad en cuanto a la psicoterapia de grupo. El libro fue tan popular que alteró el enfoque de la terapia de grupo durante un decenio. En años recientes, los clínicos que antes no participaban en grupos se han incorporado a este tipo de terapia grupal.

La investigación documenta continuamente que la terapia de grupo es, al menos, tan efectiva como la individual.

Es obvia la economía de la psicoterapia de grupo y no se le puede ignorar en estos tiempos de recursos limitados, disminución de costos y cuidado administrado. Una de las ventajas más importantes de la psicoterapia de grupo es su capacidad para extender los servicios óptimos de salud a más de aquellos que necesitan tratamiento. Muchos pacientes que no pueden pagar terapia individual, o que pueden tomarla solo a través de clínicas públicas subsidiadas, tienen la posibilidad de pagar la psicoterapia de grupo con el terapeuta más destacado.

Está claro que ha llegado el momento para un trabajo nuevo y completo acerca del estado de la terapia de grupo hoy en día.

2.2. Factores curativos de la psicoterapia grupal familiar

Alonso, A. y Swiller, H. I. (1995) están consagrados al punto de vista de que el tratamiento de los pacientes en terapia de grupo es la opción principal para el tratamiento definitivo del sufrimiento y psicopatología humanos.

La psicoterapia de grupo se ha establecido como un campo clínico de sorprendente vigor, espectro y validez. Un gran número de profesionales ya han recurrido a sus principios y métodos. La practican psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales,

enfermeras psiquiátricas, así como expertos en desarrollo organizacional y educación.

Por otro lado, debemos destacar que varían en gran medida las necesidades de los pacientes y sus capacidades para el empleo de la ayuda, dependiendo de sus patologías y fortalezas.

Las técnicas de los terapeutas grupales también varían en gran medida, pero un solo recurso fundamental los une a todos: la presencia del grupo. Las ideas y técnicas de los terapeutas de grupo varían de manera enorme, pero todos estos terapeutas, por la misma naturaleza de su trabajo, creen en el potencial de curación, educación y crecimiento de otros seres humanos.

La psicoterapia de grupo ofrece la oportunidad para una interacción interpersonal que se crea de manera propositiva, se observa de modo cercano y se guía hábilmente. Estas interacciones pueden influir de modo positivo en variedades incontables de angustia y disfunción humanas. Dentro del grupo terapéutico es posible que se atiendan y modifiquen las percepciones distorsionadas, comunicaciones ineficientes, afectos descargados de manera inadecuada, etc. Una amplia variedad de teorías animan la práctica de la psicoterapia de grupo.

Alonso, A. y Swiller, H. I. (1995) mencionan que se han observado varios factores curativos en la terapia de grupo:

- Actuación vital de los dilemas caracterológicos de los miembros: en el grupo, cada miembro está obligado a tener sus problemas, no sólo a hablar acerca de ellos. No sólo se hace un recuento de las dificultades y angustias; éstas se actúan y experimentan. Los miembros sienten su propia autenticidad, sus afectos, la exposición tolerable de sus sí mismos heridos y el apoyo de los demás. Es posible que aprendan de qué manera los experimentan los otros y cómo sus propias percepciones pueden estar distorsionadas. Los miembros del grupo tienen la oportunidad de observar las habilidades y deficiencias interpersonales de los otros y experimentar con métodos de interacción que les son nuevos. Aprenden tanto la universalidad de la angustia humana como la cualidad única del valor potencial de cada individuo.

- Exposición y resolución de secretos vergonzosos: la exposición es universal en los grupos. En un inicio, muchos individuos que buscan tratamiento dudan en unirse a un grupo por temor a exponer sus "secretos" y sus problemas a personas que desconocen. Los sujetos dentro de un grupo experimentan un alivio enorme cuando encuentran que otros que, con toda claridad, son sus iguales, tienen temores secretos similares y actúan de maneras igualmente innobles y aun así responden de

modo compasivo unos hacia otros. La vergüenza y culpa se curan mejor mediante su exposición a la luz en un ambiente interpersonal empático, vigilados de manera cuidadosa, en el que la persona esté rodeada de otros de los que les importa dicho individuo así como su propio bienestar.

- Apoyo acerca de la universalidad de los deseos, temores y angustias de los miembros: el tipo de exposición terapéutica disponible en la terapia de grupo incluye al paciente en la universalidad del dolor humano. Esta terapia es una fuente de apoyo única. Por supuesto, ningún tratamiento es útil a menos que el sujeto se sienta respetado.

- Reintegración de aspectos escindidos del sí mismo: a medida que las partes escindidas del sí mismo surgen dentro del grupo puede vérselas, primero, en la respuesta de reflejo de los otros, y por último, entran en la escala de las fallas humanas comunes, a las que es posible que se les enfrente, perdone y resuelva.

2.3. Intervención familiar individual versus grupal.

La combinación de terapia individual y de grupo es un enfoque de tratamiento bastante eficaz para tratar muchos trastornos en pacientes. Existen dos procesos principales a través de los cuales ejerce su influencia terapéutica la terapia combinada. Se les puede llamar complementariedad y potenciación. La complementariedad se refiere al hecho de que la terapia individual y de grupo reúnen ventajas únicas para el campo terapéutico. Cada una proporciona aquello de lo que carece la otra. La potenciación significa que cada modalidad incrementa la efectividad de la otra, aparte de simplemente complementarla (Alonso, A. y Swiller, H. I., 1995).

En referencia a la complementariedad, Sadock (1985) afirmó que la mayoría de los trabajadores en el campo piensan que la terapia combinada tiene la ventaja tanto del ambiente diádico como del grupal, sin sacrificar las cualidades de ninguno de los dos. Esta modalidad parece hacer que salgan los problemas a la superficie y se efectúe su resolución de manera más rápida de lo que sería posible con cualquiera de los métodos por sí solo. La terapia individual permite una exploración intrapsíquica profunda, es decir, que permite trabajar a un nivel más profundo. Mientras que la terapia de grupo permite una exploración interpersonal amplia, es decir, que permite trabajar a un nivel más amplio.

Como hemos dicho, la terapia de grupo y la individual, con sus propias fortalezas, se complementan de manera natural entre sí cuando se les une. Cada modalidad

añade capacidades de las cuales carece la otra. Las dos modalidades no son sólo aditivas sino que amplifican sus fuerzas mutuamente, de modo que la mezcla resultante es aún más que la mera suma de sus partes. Respecto a la potenciación es interesante destacar los efectos que la terapia individual ejerce sobre la de grupo y viceversa. En cuanto al efecto de la terapia individual sobre de la de grupo podemos decir que la terapia individual puede evitar el abandono de la terapia de grupo. Cuando un paciente impulsivo tiene una fuerte reacción negativa ante una sesión grupal, lo cual puede ser poco aparente para el grupo, el terapeuta en una sesión individual puede proporcionar apoyo y mayor exploración, con lo que en ocasiones se evita un abandono del grupo. Por esta razón, muchos terapeutas de grupo consideran que el tratamiento individual concurrente disminuye la probabilidad de abandono de la terapia de grupo (Stone y Rutan, 1984).

Respecto al efecto de la terapia de grupo sobre la individual podemos decir que la terapia de grupo facilita la resolución de las transferencias que son difíciles de resolver en el tratamiento individual por sí solo. La terapia de grupo facilita la resolución de las defensas de carácter (resistencias) que son difíciles de resolver en terapia individual. En una terapia de grupo, el terapeuta requiere la interacción emocional espontánea de cada uno de los miembros. Pero, debido a que el paciente tiene defensas caracteriológicas que, desconocidas para él, interfieren con su funcionamiento interpersonal efectivo, será incapaz de obedecer por completo la petición de hablar de manera libre y abierta. En la interacción grupal, las defensas de carácter surgirán de modo inmediato. Estas defensas de carácter pueden trabajarse de manera más fácil en el grupo que en las sesiones individuales por las siguientes razones. Primero, las defensas pueden no evidenciarse en la situación individual si las produce más la interacción con coetáneos que la interacción jerárquica. Segundo, otros miembros del grupo pueden proporcionar retroalimentación y también quizá sirvan como objetos para la observación de aquello que se niega en el sí mismo del paciente, pero que puede verse con más facilidad en otro.

Por otro lado, podemos decir que existen varias maneras de iniciar la terapia combinada. La manera más común de comenzar la terapia combinada es cuando el paciente ya se encuentra en tratamiento diádico e ingresa a un grupo conducido por su terapeuta individual o por otro terapeuta (Alonso, A. y Swiller, H. I., 1995).

1) Comenzar de manera simultánea la terapia grupal e individual: en la mayor parte de los casos, comenzar la terapia individual de grupo de manera simultánea puede sobrecargar al paciente y al terapeuta con más cuestiones de las que pueden manejarse productivamente. Sin embargo, como señalaron Alonso y Rutan (1990),

el inicio de las dos modalidades a un mismo tiempo tiene la ventaja de dar un mensaje claro de que la terapia de grupo es igual en valor que la individual. También evita el sentimiento del paciente acerca de la pérdida de una relación exclusiva con el terapeuta si entrara a un grupo después de haber estado solo en terapia individual.

2) Comenzar con terapia de grupo y agregar la terapia individual: la terapia combinada puede en realidad iniciarse con el tratamiento de grupo y añadir después la terapia individual. De hecho, esta es con toda probabilidad la manera más útil de proceder para dos grupos de pacientes. Primero, los que han tenido experiencias prolongadas con tratamiento individual, ya sea exitoso o no, pueden sentirse poco inclinados a iniciar aun otro periodo de terapia individual. El segundo grupo de pacientes para los cuales dar comienzo a la terapia combinada sólo con la modalidad de grupo puede ser apropiado, son aquellos con un fuerte temor a la intimidad, para los cuales el contacto prolongado del tratamiento individual puede resultar intolerable al principio.

3) Comenzar terapia combinada con tratamiento individual y después añadir la terapia de grupo: ésta es la manera más común de iniciar la terapia combinada. Existen diversas ventajas. Primero, las cuestiones iniciales de comenzar el tratamiento pueden manejarse en el marco de la terapia individual. Segundo, las ansiedades incitadas por la entrada en un grupo de terapia pueden manejarse en el contexto de una alianza terapéutica más segura con el terapeuta y un yo más experimentado y reflexivo en el paciente. Tercero, para el momento en el que el sujeto entra al grupo de terapia, es probable que el terapeuta posea una comprensión bastante buena acerca de los aspectos caracteriológicos y transferenciales principales del paciente.

También es interesante destacar las posibles formas de finalizar la terapia combinada individual y de grupo. La finalización de la terapia combinada individual y de grupo impone retos interesantes para el paciente y para el terapeuta por igual. Además de que provocan experiencias comunes, dichosas y dolorosas, que acompañan el final de terapia, el tratamiento combinado permite el uso creativo de dos modalidades simultáneas de tratamiento. En una reseña cuidadosa acerca de la terminación de la terapia combinada, Fieldsteel (1990) describió las posibles formas que puede asumir el proceso.

1) Terminar ambos tratamientos de manera simultánea

La terminación de ambas modalidades de tratamiento a la vez le resalta al paciente la cuestión de la terminación. Esto puede ser apropiado cuando tanto el terapeuta como el paciente sienten que el tratamiento está completo en términos razonables o cuando éste último tiene problemas no resueltos que se vinculan con la pérdida que el terapeuta o él mismo quieren resaltar.

2) Terminar la terapia individual antes que la de grupo

Esta forma de terminación agrada, en sentido intuitivo, al paciente como al terapeuta. Este tipo de terminación puede ser apropiada para dos tipos de pacientes. Aquellos cuya transferencia no se desarrolla hacia una resolución clara y para los cuales parece adecuada una especie de “destete” para una resolución modificada. Y para aquellos pacientes cuya transferencia en terapia individual no parece ser capaz de resolverse dentro del marco de este tipo de terapia. En estos casos, la terminación parcial (el cambio a sólo la terapia de grupo) disminuye la intensidad de la transferencia y puede dar lugar al movimiento.

3) Terminar la terapia de grupo antes que la individual

Este tipo de terminación es menos común en el curso del tratamiento combinado y probablemente es la más prevaleciente cuando se ha logrado un trabajo positivo dentro del tratamiento, permanecen si resolver aspectos transferenciales y la relación diádica parece capaz de someterse a exploración más profunda.

2.4 Intervención Familiar Grupal

El tratamiento óptimo para el niño con TDAH requiere atención al sufrimiento de su familia. Si se aumenta la capacidad de la familia para enfrentar el trastorno y los cambios que se relacionan con el mismo, mediante reducir su ansiedad y desamparo, y se le ayuda a obtener un sentido de dominio, tendrá un efecto positivo inmediato en el hijo con TDAH. Es muy importante no ver a los miembros de la familia como algo periférico al tratamiento del paciente. Este tratamiento familiar implicaría las siguientes metas:

- Aprender más acerca de la enfermedad y las transformaciones del rol que se vinculan con ésta, dentro de la familia.
- Reducir la ansiedad y el desamparo y permitir que se expresen y se valoren las emociones.
- Mejorar la comunicación entre el paciente y su familia y entre ésta y el equipo médico.

- Aumentar las habilidades de enfrentamiento existentes y adquirir nuevas.
- Incrementar el apoyo familiar y social.
- Disminuir las secuelas negativas a largo plazo, entre otras.

El modelo de grupo familiar se basa en el grupo interaccional en el que la comunicación fluye hacia y desde cada miembro y el terapeuta.

El papel del terapeuta o conductor del grupo familiar

Un grupo familiar, en especial uno nuevo, necesita un terapeuta consistente para ayudarle a lograr sus metas. El terapeuta debe crear un ambiente seguro en el que los miembros puedan compartir entre sí sus preocupaciones. A su vez, debe lograr que los miembros participen de manera activa, aun los pacientes silenciosos. En estos grupos familiares, su homogeneidad resulta en que los miembros vibren de manera invariable como uno solo cuando se enfrentan con un problema. Es tal la compenetración que se consigue en este tipo de terapia que los integrantes del grupo sienten las historias de los demás como si fuera la suya propia.

El terapeuta o conductor no es un compañero de los integrantes del grupo, más bien tiene autoridad y tareas claras. Éstas incluyen el establecimiento y mantenimiento de normas productivas grupales que conducen al logro de metas mencionadas anteriormente. El conductor tiene que ser activo, consistente y firme, en especial con un grupo familiar nuevo. Los padres necesitan saber que el grupo es un ambiente seguro donde pueden hablar con libertad entre sí acerca del trastorno que sufren sus hijos y su impacto en la familia. El conductor debe delinear los elementos comunes y facilitar las respuestas de los miembros entre sí, con los que se aumenta el apoyo mutuo.

Es recomendable el seguimiento postgrupo. Con frecuencia, los grupos familiares son de intensa emocionalidad, lo que puede atemorizar a algunos de los miembros y hacer que abandonen. Si es posible, el terapeuta debe tratar de comunicarse con aquellos que han dejado el grupo, obtener sus reacciones ante el grupo y sugerencias para mejoría. Esto también le dará al conductor la oportunidad para evaluar a la familia y referirlo a otra ayuda profesional si esto es lo indicado. Con frecuencia, este tipo de alcance hará posible que dicha familia sienta el suficiente apoyo como para regresar al grupo.

También debemos destacar que otra meta importante del terapeuta o conductor de un grupo familiar es tener al día la evaluación del funcionamiento de cada familia. Si no puede lograrse esto durante las sesiones de grupo, se puede ver a las familias en

breves sesiones individuales postgrupo o en reuniones periódicas, concurrentes con las sesiones de grupo. Además, algunas familias pueden beneficiarse de manera específica con sesiones individuales periódicas. Las sesiones individuales concurrentes con el terapeuta son útiles, ya que en ocasiones es difícil acercarse y tratar estos problemas familiares individuales dentro del grupo. El terapeuta grupal debe mantener un equilibrio adecuado para hacer uso efectivo de las sesiones individuales de tratamiento. El mejor enfoque consiste en utilizar con la mayoría de las familias las sesiones individuales concurrentes sólo en periodos de descompensación o en circunstancias vitales penosas (Alonso, A. y Swiller, H. I., 1995).

Otra parte de vital importancia del trabajo del terapeuta consiste en comunicarse con todos los profesionales que trabajan con la familia (neuropediatra, psiquiatra, psicopedagogo, maestros del niño con TDAH), ya que sin su apoyo el grupo familiar no puede tener éxito. Johnson y Stark (1980), señalaron que el trabajo en equipo es esencial para hacer que las familias asistan y se beneficien de la terapia.

Durante la etapa inicial de formación del grupo familiar, éste tiende a ser muy dependiente del terapeuta. Yalom (1975), consideró que la etapa inicial de la terapia de grupo era de orientación, participación dudosa y búsqueda de significado. Éste es un momento de gran dependencia en el terapeuta en cuanto a estructura, respuestas aprobación y aceptación. Con frecuencia, el grupo familiar verá como experto al terapeuta. Su tarea consiste en ayudar a los miembros a ver que tienen mucho más que enseñar y aprender entre sí de lo que el terapeuta puede ofrecer. En las ocasiones en las que se hace una pregunta al terapeuta acerca de la enfermedad de sus hijos o tratamiento, la primera respuesta debería consistir en redirigir la pregunta hacia el grupo. Esto les da a los miembros un sentido de responsabilidad de unos hacia otros para que se desarrolle la cohesión grupal. Además, el agente de cambio es el grupo mismo, no el terapeuta. Un terapeuta que acepta el título de "experto" que un nervioso grupo principiante desea conferirle, puede crear un grupo extremadamente dependiente y centrado en el terapeuta. Por tanto, el terapeuta debe darle la propiedad del grupo a sus miembros. Esto se realiza mediante enseñarles que son responsables de lo que sucede en cada reunión grupal. De vez en cuando, el terapeuta debe sacar a relucir de los miembros su percepción del grupo y de su propósito. Debe también preguntarles cómo les gustaría que fuera el grupo.

Grupos familiares psicoeducativos

Son grupos organizados y conducidos por un profesional que facilitan a los padres amplia información sobre ésta. En el caso del TDAH hay que explicar a los padres, y al propio niño en la medida que lo pueda comprender según su nivel de desarrollo y maduración, en qué consiste el trastorno. Se les puede recomendar un libro dirigido a padres o información escrita por el propio profesional para que los padres puedan ir adquiriendo paulatinamente información sobre dicho trastorno. Acerca de la información sobre el TDAH, conviene no olvidarse de comentar con la familia ciertos aspectos relevantes, aunque variables según el caso, tales como que el TDAH es un trastorno crónico de origen neurobiológico, por lo que los padres no deben sentirse culpables. Al ser un trastorno crónico, la duración del tratamiento será larga. Suelen asociarse problemas diversos como es la baja autoestima, labilidad emocional, dificultad para obedecer órdenes, mayor riesgo de accidentarse, problemas de relación con iguales. Alrededor del 50% de los niños presentará trastornos comórbidos o asociados. La finalidad del tratamiento no es curar, sino ayudar al niño a madurar sin que se sobreañadan otros trastornos. No todo es negativo, los padres también deben aprender a poder ver a sus hijos con otra mirada pues suelen ser niños creativos, cariñosos y con gran cantidad de energía que conviene canalizar; pueden llegar a ser adultos con las mismas perspectivas de futuro que cualquier otro (Eddy, L.; 2006).

A lo largo del tiempo habrá que actualizar y controlar periódicamente la información y comprensión de la familia, aparte de ayudar a las familias a establecer unos objetivos específicos y realistas. Será función del psicólogo hacer la pertinente coordinación entre los diferentes servicios de salud. Finalmente, no debe olvidarse de informar a la familia de las diferentes asociaciones de pacientes y familias, pues les serán útiles para recibir apoyo social y compartir experiencias (Stein M.T., Perrin J.M.; 2003).

Los padres del niño con TDAH, además de recibir información acerca del trastorno que padece su hijo, también deben ser informados de la importancia que tiene la organización del entorno en estos casos. Debido a que los niños con TDAH suelen ser impulsivos, inatentos y desorganizados es necesario que los padres, aparte de proporcionarles un entorno estructurado y con pocas distracciones, les ayuden a organizarse en sus diferentes actividades y obligaciones, como, por ejemplo, planificar el trabajo escolar a través de un horario de actividades, planificar su aseo u organizar su tiempo de ocio, etc. Es conveniente que el niño siga siempre una misma rutina y le será útil la utilización de diferente tipos de recordatorios (pegatinas, dibujos o escritos en lugares estratégicos) (Eddy, L.;2006).

Por otro lado, puesto que el tratamiento del TDAH exige una participación multidisciplinar, es imprescindible informar a los padres de la importancia que tiene trabajar en equipo. Es necesario que los padres sepan que debe coexistir una estrecha colaboración entre profesores y padres, basada en el adecuado conocimiento del TDAH, el planteamiento de objetivos realistas y la motivación y mutuo apoyo. Cuando los padres culpan al colegio o al profesor de las dificultades de su hijo, y viceversa, se suele establecer un círculo vicioso de reproches y solicitudes erróneas de intervención que sólo retrasarán el manejo adecuado del problema, dejando además al niño y su educación al margen para dirimir culpas, muchas veces inexistentes. Evitar la culpabilización, reconocer los fallos y las propias capacidades, y trabajar en conjunto para el niño y su correcto desarrollo generalmente conducirá a un ajuste cada vez mejor de este en casa y en el colegio (Herreros, O. y col.; 2004). En definitiva, podríamos decir que debe existir una comunicación continua y buena cooperación entre los diferentes profesionales implicados (psicólogos, profesores, etc.) y entre éstos y los padres, ya que esta es la base para optimizar los resultados de cualquier programa de intervención elegido (Herrera-Gutiérrez, E.; 2003).

También en los grupos psicoeducativos se revisa el estilo de disciplina parental, pues puede orientar sobre algunos aspectos concretos de la práctica educativa diaria que pueden ser modificados, como establecer unas normas claras y asegurar su cumplimiento, ser comunicativo con los hijos e implicar a todos los miembros de la unidad familiar en las distintas tareas de crianza para favorecer la compatibilidad en el desempeño laboral de ambos progenitores. Como vemos, es importante revisar y acompañar a los padres con prácticas educativas correctas para el buen funcionamiento familiar (Raya-Trenas, A. F. y col.; 2008).

El objetivo final de los grupos psicoeducativos para padres es ayudarles a entender a su hijo y sus problemas y modificar prácticas que pueden exacerbar éstos. El terapeuta debe entender el punto de vista de los padres y las dificultades de vivir con un niño o adolescente hiperactivo. Para algunos padres con dificultades importantes, puede ser la vía para su propio tratamiento (Herreros, O.; 2004).

Grupos familiares de entrenamiento cognitivo-conductual

La terapia del comportamiento consiste en entrenar a los padres en técnicas específicas para mejorar la conducta del niño (American Academy of Pediatrics; 2001; Soutullo C.; 2004). Hay que ayudarles a proporcionar al hijo un ambiente estructurado con unas normas y unas consecuencias claras y consistentes. La

finalidad del tratamiento será conseguir que el niño tenga una mayor autonomía para regular su comportamiento, o sea, autocontrol y adaptación a las normas; mayor autonomía física en sus hábitos de la vida diaria, en el orden; mayor autonomía cognitiva para seleccionar lo relevante de lo irrelevante, para la autoevaluación y autocorrección; y mayor autonomía emocional, con una buena autoestima y unas relaciones más satisfactorias con las personas de su entorno (Orjales, I.; 2002).

La terapia del comportamiento que el psicólogo debe facilitar a los padres consiste en: normas para la obediencia; técnicas para aumentar conductas positivas. Refuerzo positivo y negativo; y técnicas para reducir o eliminar comportamientos no deseados. La extinción y tiempo fuera. Todas estas técnicas tienen la finalidad de moldear el comportamiento perturbador del niño y conseguir que los padres aprendan a fijarse en las conductas positivas de su hijo, lo que a la larga deberá mejorar la autoestima del niño y la de los padres al comprobar que son capaces de realizar con mayor eficiencia sus funciones de crianza (Eddy L.; 2006).

A continuación explicamos más ampliamente en qué consiste cada una de estas técnicas.

1) Normas de entrenamiento para la obediencia

Una de las quejas constantes de los padres de un niño con TDAH es que no obedece, pues es una característica de estos niños la dificultad para obedecer debido a un fallo en las funciones ejecutivas que le impide el autocontrol y el aprender de las experiencias vividas. Algunas orientaciones prácticas de cómo se debe formular una demanda para que haya una mayor probabilidad de éxito, son (Eddy L.;2002):

- No dar más de una orden a la vez.
- Una demanda general, como podría ser recoger la habitación, debe ser fraccionada en varias demandas consecutivas según se vayan realizando. Por ejemplo: “recoge tu ropa sucia, haz la cama, ordena tus cedés”, etc.
- Toda orden o instrucción deberá ser precisa y sencilla, es decir, no deberá ser ambigua. Por ejemplo: “quiero que te portes bien en el supermercado”, así no, sino que debe ser aún más concreta como por ejemplo “en el supermercado no debes gritar, correr por los pasillos, coger alimentos sin mi permiso”, etc.
- Toda orden deberá ser formulada en forma imperativa (“pon la mesa”), no como una pregunta (“¿me pones la mesa?”).
- Se utilizará una voz firme, pero a la vez agradable sin elevar el tono, es decir, sin gritar.

- Deberá haber contacto visual en el momento de hacer la demanda.
- El niño deberá repetir la orden para que los padres puedan comprobar que lo ha entendido y que ha tomado conciencia de ésta.

2) Técnicas para aumentar conductas positivas. Refuerzo positivo y negativo

Son técnicas para aumentar las conductas positivas. Cuando un niño realiza una conducta positiva los padres deberán aplicar un refuerzo de ésta para aumentar las probabilidades de que lo siga realizando. Cuando los padres están intentando cambiar una conducta negativa será importante que busquen una conducta positiva que sustituya a la negativa. Por ejemplo, en vez de decir “no dejes los juguetes esparcidos por el suelo”, deberán decir “los juguetes se dejan en la cesta de los juguetes”. Hay que explicar a los padres que la palabra “premio” no significa necesariamente algo material, sino también de social como la alabanza, atención positiva y contacto físico con el hijo. Tiene mucho más efecto sobre el comportamiento y la autoestima del niño el reconocimiento emocional de satisfacción de los padres que un obsequio material. Por tanto, el refuerzo se hará a base de elogios como por ejemplo: “qué bien has hecho la cama”, “caray, me encanta ver lo bien que estudias”, muestras de afecto (un abrazo, beso, palmadita en el hombro, levantar el pulgar en señal de triunfo) o un privilegio extra (explicar un cuento a la hora de dormir, jugar con la *playstation*, jugar con los padres, etc.). Este refuerzo positivo deberá ser aplicado de forma inmediata, sobre todo cuanto más pequeño sea el niño. En niños más grandes el premio podrá ser basándose en puntos o fichas que después serán canjeados al final del día o de la semana. Es lo que se denomina “economía de fichas o puntos”. El niño obtendrá un refuerzo inmediato que serán los puntos y un refuerzo aplazado que será el premio. Los padres elaborarán conjuntamente con su hijo una lista de premios en la que figurará el número de puntos que requerirá para conseguir cada premio.

3) Técnicas para reducir o eliminar comportamientos no deseados. La extinción y tiempo fuera

Según cuál sea la conducta no deseada es mejor que los padres adopten la técnica de extinción, que consiste en ignorar la conducta. Al dejar de recibir atención, el niño paulatinamente dejará de hacer la conducta incorrecta. Es lo que habitualmente se recomienda para las rabietas y para conductas de poca importancia (quejas o protestas verbales, hacer ruidos o muecas, decir tacos). Pero luego conviene que los

padres elogien la conducta positiva. Por ejemplo, deberán ignorar la protesta verbal por tener que hacer los deberes, pero después le felicitarán cuando los haya hecho.

Ahora bien, en otras situaciones, cuando la conducta es grave (falta de respeto hacia las personas de autoridad) o porque podría poner en peligro la seguridad del niño o de los demás, es mejor adoptar un enfoque cognitivo-conductual. En estos casos se le explicará al niño de forma clara y sin gritar lo que ha hecho mal y el por qué está mal (“David, la cartera no se deja en el suelo, podría tropezar la abuela y caerse”). Hay que recordar a los padres que no deben gritar pues ésta es una conducta inadecuada que podría imitar el hijo, y además gritando el niño recibiría atención por una conducta negativa. Al hacer la demanda el padre/madre deberá comprobar que su hijo le ha escuchado (contacto visual) y le ha entendido (repetición de ésta por parte del niño). Nunca deberán castigar al hijo por algo que no le habían concretado que estaba mal pero que los padres daban por hecho que debería saber.

Cuando el niño no corrige la conducta inadecuada (recoger la cartera), los padres le recordarán de forma clara y breve (“David, la cartera...”) y las consecuencias (“...si no, no podrás ver los dibujos”). A veces es mejor que no especifiquen el castigo pues el niño puede pensar en alternativas (“es igual, dibujaré”) dejando a los padres con un sentimiento de impotencia o de no dominar la situación. Entonces es mejor que simplemente le informen de que le aplicarán un castigo (“David, la cartera, si no, te tendré que castigar”). Si sigue sin recoger, es fundamental que los padres no se descontrolen. Es bueno que expresen al hijo sus sentimientos a la vez que le recuerdan el castigo y le dan un margen de tiempo de reacción (“me sabrá muy mal tener que castigarte David, pero si antes de que cuente cinco has recogido la cartera no tendré que hacerlo, y entonces los dos estaremos más contentos”).

El niño con TDAH tiene muchas más probabilidades de comportarse mal y, por tanto, de recibir reprimendas y castigos. Así que es necesario que los padres aprendan a fijarse en las cosas que hace bien su hijo para premiarle con una sonrisa o una alabanza. Si no, resultará que los padres estarán constantemente riñendo a su hijo, con el riesgo de que sus palabras tengan un efecto contrario al deseado. Es decir, potenciar la conducta inadecuada debido a que el hijo intenta encontrar una forma de desquitarse o vengarse a consecuencia de su excesivo castigo, o debido a que no recibe atención cuando se porta bien y acaba portándose mal para así recibirla.

El profesional debe transmitir apoyo y empatía a los padres y hacerles saber que es mucho más difícil educar a un niño con TDAH, que no es porque ellos no sepan

realizar sus funciones de padres sino que al niño con TDAH le cuesta de una forma innata obedecer y aprender de las experiencias vividas. Debido a ello los padres deberán ser más consistentes en su crianza y a la vez más tolerantes con las transgresiones de su hijo.

Cuando el niño adopta de forma repetida una conducta intolerable como podrían ser las agresiones físicas (dar patadas) o cuando le es especialmente difícil cumplir una determinada orden (recoger los juguetes), es útil aplicar lo que se denomina “tiempo fuera” o “de reflexión”. Los padres identificarán una o dos situaciones conflictivas en las que aplicarán este método. No se debe emplear en todas las conductas negativas, sino en las que consideren más necesarias de modificar. El niño deberá saber de antemano que se le va a aplicar este tipo de castigo por las conductas seleccionadas. Si a los cinco segundos no responde a la demanda de los padres (pedir perdón o recoger los juguetes, según sea el caso), con firmeza y sin levantar la voz le dirán que si no cumple, tendrá que permanecer sentado en una silla o lugar determinado, donde no tendrá estímulos ni nada que le entretenga. Es útil contar en voz alta hasta cinco para dar tiempo a que reaccione. Si no responde, los padres aplicarán el tiempo fuera. Cuando el niño lleve unos minutos sentado, no más de un minuto por año de edad, le darán permiso para levantarse y tendrá que cumplir la orden anteriormente solicitada. Si no la cumple, los padres volverán a hacer todo el proceso de tiempo fuera. Cuando al final obedezca, le darán las gracias de una forma neutra y al cabo de poco rato buscarán una razón para alabarle. Es evidente que al principio costará que el niño permanezca sentado y que cumpla la demanda, pero poco a poco irá aceptando las normas. Esta técnica es sobre todo útil en niños por debajo de los 9 años.

Grupos familiares de entrenamiento cognitivo

Un enfoque cognitivo es el collaborative problem solving (CPS) desarrollado por Green para el manejo de niños con conductas disruptivas (conductas inflexibles y/o explosivas) frecuentes en los niños con TDAH, sobre todo si presentan comorbilidad con el trastorno negativista desafiante (Green R.W. y col.; 2002 ; Rigau-Ratera E. y col.; 2006). El niño inflexible y explosivo es un niño al que le cuesta controlar sus emociones, fácilmente se frustra ante una dificultad y tiene poca capacidad de adaptación. El enfoque cognitivo contempla que el problema del comportamiento del niño es consecuencia de un retraso en el desarrollo de sus habilidades cognitivas (habilidades ejecutivas, para el procesamiento del lenguaje, para regular las emociones, flexibilidad cognitiva y habilidades sociales). La conducta explosiva se

suele dar cuando las demandas cognitivas superan la capacidad del niño para responder de una forma adaptativa. Se considera que la capacidad de obedecer es una habilidad cognitiva. Por tanto, se debe ayudar a los padres a entender que el niño que actúa de forma explosiva no lo hace intencionadamente, ni porque sea manipulador, sino por una disfunción cognitiva.

Es evidente que existe una influencia recíproca entre padres e hijo y que los padres actúan de modelos para sus hijos, por lo que la forma en que interactúan los padres con su hijo es muy importante. El primer objetivo será resolver las situaciones o puntos donde se observen incompatibilidades por ambas partes. Para la puesta en práctica del CPS es necesario ayudar a los padres a ubicar cada una de las conductas disruptivas del hijo en tres categorías o “cestos”:

- Cesto A: conductas con riesgo de que el niño se haga daño, de que haga daño a terceros (agredir) o de que atente contra la propiedad ajena (destruir, robar).
- Cesto B: conductas sin riesgo propio ni ajeno pero que generan problemas en la dinámica familiar.
- Cesto C: conductas inadecuadas que no generan riesgos ni problemas importantes en la dinámica familiar (andar descalzo, levantarse de la mesa, decir tacos).

Según en qué cesto se haya situado la conducta incorrecta, los padres deberán actuar en consecuencia, de tal forma que si la conducta corresponde al cesto A, deberán imponer su autoridad reprimiendo la conducta para evitar un daño mayor. No habrá discusión ni acuerdos, por lo que no servirá para que el niño mejore sus habilidades cognitivas. Cuando la conducta corresponde al cesto C, que suele ser lo más habitual, la táctica será por el momento no intervenir. No significa que se considera correcta la conducta, sino que para evitar enfrentamientos y desautorizaciones paternas continuas por cosas o situaciones menores, es preferible no intervenir. Por último, están las conductas del cesto B, que serán las que más interesa trabajar para conseguir una mejoría en las habilidades cognitivas del niño. Los padres deberán definir el problema, mostrar empatía e invitar al hijo a encontrar una solución aceptable para los dos; lo correcto será que ambas partes tengan que ceder. De esta forma, los padres habrán tenido en cuenta las opiniones del hijo, lo que sin duda mejorará su autoestima, y habrá habido diálogo y negociación con una resolución conjunta, en colaboración, de la situación problemática. Así se invita al niño a reflexionar, a ser más flexible y a aprender a autocontrolarse. Es decir, con las conductas del cesto B los padres irán trabajando las habilidades cognitivas del niño con la finalidad de lograr paulatinamente una mejoría en su comportamiento. A través de la técnica del CPS el profesional ayudará a los padres a reconocer el

impacto que tienen las tres categorías sobre sus intervenciones, les enseñará a dar el justo valor a los diferentes comportamientos inadecuados, a seleccionar las conductas conflictivas más necesarias o útiles que deben ser trabajadas, y a valorar el trabajar un conflicto conjuntamente con el hijo para así favorecer el desarrollo de sus habilidades cognitivas.

2.5. Programas específicos de Intervención Grupal para familias de niños con TDAH

En los grupos familiares cognitivo-conductuales o psicoeducativos se emplea el contexto grupal para aumentar al máximo el desarrollo de habilidades interpersonales adaptativas. Se muestrean las conductas de manera más verídica que aquella en la situación uno a uno y los miembros del grupo aprenden y practican nuevas conductas en un contexto de apoyo que proporciona la retroalimentación y reforzamiento apropiados. Muchos grupos cognitivo-conductuales han enfatizado la adquisición de habilidades sociales y de asertividad debido a que éstas se consideran importantes para una vida exitosa. El programa de grupo familiar proporciona un campo inmediato para el cambio y la práctica.

Los tratamientos grupales cognitivo-conductuales designan, en la actualidad, a un ya amplio número de paquetes de estrategias encaminadas a paliar los déficits cognitivos y educativos relacionados con la toma de decisiones entre alternativas, toma de perspectiva social, amplitud de estrategias de solución de problemas, percepción de emociones, etc.; y conductuales como tiempo fuera de tarea, ira incontrolada, desobediencia, comportamientos sociales negativos, etc.

La amplitud de esta definición tiene su origen en la variabilidad de estos paquetes integrados de tratamiento. Se puede decir que existen tantos como terapeutas intenten abordarlos (Orjales, I. y Polaino, A.; 2001).

a) Modelo cognitivo-conductual integrado de Goldstein (1990)

Goldstein (1990) sugiere un modelo de intervención pensado para su aplicación en el marco escolar y familiar que consta de los siguientes pasos.

1. Definir la conducta: este primer paso requiere una definición operativa de las conductas que se desea modificar. Es necesario que, antes de comenzar ninguna tarea de autoevaluación, el niño entienda la conducta que se desea valorar.

2. Enseñar a autorregistrar y autoevaluar: para poder realizar la fase de autorregistro debemos comenzar por ayudar al niño con TDAH a observar su propia conducta. El siguiente paso, la autoevaluación, requiere que el niño realice juicios de valor de lo observado. Durante esta fase es importante que el terapeuta, los padres o el profesor graben y evalúen la conducta del niño con TDAH. El feedback que pueden ofrecerle, cuando se realiza sin amenazas ni culpabilidades, puede ayudar al niño a aumentar la exactitud de su autorregistro y autoevaluación.
3. Administrar contingencias externas: si los autorregistros del niño con TDAH son inexactos, puede ser de utilidad reforzar las autoevaluaciones que se asemejen a las obtenidas por el terapeuta. El refuerzo positivo debe ser la primera técnica a elegir dentro de un programa de contingencias. El coste de respuesta probablemente pueda ser la segunda.
4. Enseñar técnicas autoinstruccionales y atribucionales: si deseamos que el niño cambie, debemos proporcionarle estrategias cognitivas que le sirvan de guía para modificar su propia conducta. De la misma forma se hace necesario un entrenamiento atribucional que posibilite la reducción de ayudas externas y desarrollo un locus de control interno.
5. Transferir el control de los refuerzos al propio niño: una vez que el niño ha demostrado cambios contingentes a los refuerzos externos, ha desarrollado nuevas estrategias cognitivas y ha demostrado conocer su utilización, se le ofrece una oportunidad para enjuiciar, evaluar y reforzar su propia conducta. Se recomienda especialmente el refuerzo positivo, aunque en algunas ocasiones dejar en manos del niño la elección de su propio castigo puede ser muy beneficioso.
6. Diseñar situaciones que favorezcan la generalización de lo aprendido: este es un paso crítico en todo el proceso de intervención. Es muy importante diseñar situaciones controladas que posibiliten al niño la puesta en práctica de las estrategias recién aprendidas. Aunque en ocasiones el proceso de generalización puede resultar muy costoso, debe conseguirse antes de la eliminación de las contingencias de refuerzo.
7. Eliminación progresiva de las contingencias de refuerzo: para proceder a la eliminación progresiva de las contingencias de refuerzo es necesario que, previamente, el niño haya internalizado el refuerzo y haya relegado a segundo plano los reforzadores temporales.

8. Registrar intermitentemente y ofrecer contingencias para el mantenimiento de las conductas: se recomienda que los intervalos sean primero de una semana de duración para ampliarlos luego hasta un mes.

b) Programa de entrenamiento en habilidades para niños con problemas de conducta de Bloomquist (1996)

Michel L. Bloomquist desarrolla un programa para padres de niños con problemas enfocado a las diez áreas siguientes:

1. El estrés de los padres.
2. Los pensamientos de los padres.
3. Participación de los padres y refuerzo positivo.
4. Interacciones familiares.
5. La disciplina relacionada con la aceptación y seguimiento de reglas en los niños.
6. Habilidades sociales en los niños.
7. Habilidades de solución de problemas generales y sociales en los niños.
8. La habilidad de los niños para hacer frente a la cólera.
9. La habilidad de los niños para hacer frente a sus actividades académicas de forma autodirigida.
10. Bienestar emocional y nivel de autoestima en los niños.

El programa comienza con un cuestionario para los padres en el que se les hace reflexionar sobre cada uno de estos apartados.

Como hemos comentado, el programa se desarrolla en diez capítulos y a continuación explicaremos más detenidamente en qué consiste cada uno de ellos.

1. El estrés de los padres

Para enfrentarse al estrés paterno, Bloomquist sugiere los siguientes pasos:

1. Buscar ayuda profesional.
2. Modificar los valores y el estilo de vida en la relación con los hijos abarcando el trabajo, el juego y el afecto.

3. Estrategias para enfrentarse al estrés:
 - a) Aprender técnicas de relajación.
 - b) Reservar un tiempo lejos de la familia y de los niños.
 - c) Reservar un tiempo para la pareja.
 - d) Buscar apoyo social.
 - e) Programar eventos agradables.
 - f) Desarrollo de hábitos de vida sanos: dieta, descanso, ejercicio, etc.
 - g) Desarrollo de estrategias efectivas para la resolución de problemas frecuentes.
 - h) Aprender a pensar más exacta y racionalmente.
 - i) Aprender a controlar la cólera.
 - j) Dedicar un tiempo especial para su hijo.
 - k) Reunirse con un grupo de padres de apoyo.
 - l) Planear cambios en el estilo de vida.
 - m) Tomarse seriamente el entrenamiento en estrés.

2. Los pensamientos de los padres

En el programa se consideran tres estadios para ayudar a los padres a cambiar sus pensamientos: (1) identificar los pensamientos inútiles, (2) entender la naturaleza de esos pensamientos y (3) contrarrestar estos pensamientos con pensamientos útiles.

3. Participación de los padres y refuerzo positivo

1. Hacer una lista de actividades placenteras mediante los siguientes pasos:

Paso 1: Realizar una lista de actividades para disfrutar con el niño de unos 30 minutos de duración.

Paso 2: Decidir el momento para realizarlas.

Paso 3: Modificar la conducta de los padres durante las actividades.

- a) Permitir que el niño dirija la actividad mientras los padres aprovechan para practicar con él elogios, comentarios sobre lo que está haciendo y caricias y mimos.

b) Intentar reducir las preguntas, órdenes y críticas.

Paso 4: Evaluar la experiencia hablando sobre ella con el niño.

2. Hablar con el niño de una forma especial.
3. Ser capaz de hacer actividades especiales.
4. Anotar las conductas positivas del niño.
5. Refuerzo de las conductas dirigidas al objetivo.

Paso 1: Hacer una lista de conductas positivas para su refuerzo.

Paso 2: Determinar el tipo de refuerzos positivos para esas conductas.

Paso 3: Realizar una lista de conductas negativas a ignorar.

Paso 4: Determinar como ignorar esas conductas negativas.

Paso 5: Implementar una forma de autorregistro y el procedimiento a seguir para conseguir las conductas objetivo.

4. Las interacciones familiares

1. Habilidades de comunicación en la familia.
2. Resolución de problemas.
3. Entrenamiento en la resolución de conflictos y control de cólera.

5. La disciplina relacionada con la aceptación y seguimiento de reglas en los niños

Existen varias conductas que los padres pueden modificar para ayudar a los niños a cumplir las normas:

1. Darles órdenes efectivas.
2. Utilizar advertencias efectivas.
3. Establecer consecuencias positivas o negativas ante la conducta obediente o desobediente.
4. Tratar de permanecer templado y frío.
5. Desarrollo de un programa específico para fomentar la obediencia en los niños.

Para enseñar a los niños a seguir las reglas sociales, el autor propone los siguientes pasos:

1. Discutir y escribir las reglas.
2. Realizar un contrato diario de conductas en el que figuren las exigencias y las contingencias.
 - a) Señalar las conductas que se esperan del niño.
 - b) Designar los privilegios y la pérdida de contingencias respecto a la conducta del niño.
 - c) Realizar el contrato.
 - d) Aplicar el contrato según la edad.
 - e) Modificar el contrato diario en función de las necesidades.

6. Habilidades sociales en los niños

El entrenamiento en habilidades sociales se realizará a través de los siguientes pasos:

Paso 1: Identificar las conductas sociales objetivo con el niño.

Paso 2: Colaborar para ayudar al niño a comprender los problemas sociales de conducta y seleccionar las conductas objetivo.

Paso 3: Enseñar al niño habilidades sociales.

Paso 4: Reforzar las conductas deseables en situaciones sociales reales.

Paso 5: Realizar un programa formal de habilidades sociales.

Paso 6: Realizar un programa informal de habilidades sociales.

Otro paso importante es entrenar a los niños para aguantar la presión de los iguales y rechazar implicarse en conductas negativas.

7. Habilidades de solución de problemas generales y sociales en los niños

Para el entrenamiento de los niños en solución de problemas incluye los siguientes pasos:

Paso 1: Determinar si el niño puede beneficiarse de entrenamiento en solución de problemas.

Paso 2: Instruir al niño en resolución de problemas elementales.

Paso 3: Instruir al niño en la toma de perspectiva social y en la interpretación de situaciones.

Paso 4: Modelar la solución de problemas.

Paso 5: Guiar al niño para utilizar las estrategias de solución de problemas a través de preguntas dirigidas.

Paso 6: Aplicar el procedimiento de solución de problemas en situaciones formales.

Paso 7: Aplicar el procedimiento de solución de problemas en situaciones informales.

8. La habilidad de los niños para hacer frente a la cólera

Se describen los siguientes pasos:

Paso 1: Determinar si el niño está preparado para aprender cómo enfrentarse a la cólera.

Paso 2: Definir la cólera.

Paso 3: Enseñar al niño a reconocer las señales de cólera.

Paso 4: Enseñar al niño a relajarse.

Paso 5: Enseñar al niño a utilizar la estrategia de autohablarse.

Paso 6: Enseñar al niño a actuar de forma efectiva.

Paso 7: Modelar cómo hacer frente a la cólera.

Paso 8: Aplicar el procedimiento de enfrentarse a la cólera en situaciones formales.

Paso 9: Aplicar el procedimiento de enfrentarse a la cólera en situaciones informales.

9. La habilidad de los niños para hacer frente a sus actividades académicas de forma autodirigida

1. Mejorar las habilidades de los padres en la organización del niño.
2. Mejorar las tareas escolares designando un área de estudio, un tiempo para realizar los trabajos, enseñando a los niños a organizarse, a tomarse tiempo de descanso, ayudando al niño y felicitando al niño.

3. Ayudar al niño a autoconducirse para mantenerse en la tarea: (1) instruir al niño sobre cómo mantenerse en la tarea y (2) utilizar el autoinforme para mejorar el mantenimiento en la tarea.
4. Incrementar la implicación de los padres en la vida escolar.

10. Bienestar emocional y nivel de autoestima en los niños

1. Ayudar a los niños a comprender y expresar sus emociones.

- a) Aumentar el vocabulario del niño sobre sentimientos.
- b) Modelar la expresión de sentimientos.
- c) Practicar y hacer consciente de la expresión de sentimientos.
- d) Implementar el procedimiento para ayudar al niño a expresar sentimientos en situaciones formales.
- e) Implementar el procedimiento para ayudar al niño a expresar sentimientos en situaciones informales.

2. Ayudar a los niños a cambiar sus pensamientos negativos inútiles.

Paso 1: Determinar si el niño está preparado para aprender a cambiar pensamientos negativos.

Paso 2: Exponer los pensamientos útiles e inútiles.

Paso 3: Modelar los pensamientos útiles.

Paso 4: Aplicar el procedimiento para ayudar al niño a utilizar sus pensamientos útiles en situaciones formales.

Paso 5: Aplicar el procedimiento para ayudar al niño a utilizar sus pensamientos útiles en situaciones informales.

3. Aumentar la autoestima de los niños.

Los autores proponen algunas ideas que los padres pueden utilizar para ayudar a aumentar la autoestima de los niños:

1. Enseñar habilidades a los niños.
2. Darles un *feedback* positivo.

3. Implicarse en la vida del niño.
4. Mantener una interacción familiar sana.
5. Escuchar realmente al niño.
6. Aceptar al niño.
7. Ayudarlo a soportar sus errores y sus fracasos.
8. Ayudar al niño a aceptar sus éxitos.
9. Fomentar los talentos del niño.
10. No atribuir la buena conducta del niño a la medicación.

c) Programa de orientación y entrenamiento a padres – PEP de Barkley (2000)

El programa de orientación y entrenamiento para padres de niños con TDAH fue inicialmente diseñado por Barkley en el año 1981 y modificado en el año 1987 y en Anastopoulous y Barkley en 1990.

El programa se diseña enmarcado en los principios de la terapia familiar sistémica y de la terapia cognitivo-conductual y se dirige a tres objetivos principales: (1) la aceptación del diagnóstico y las implicaciones del trastorno, (2) ayudar a restablecer la capacidad de manejo sobre los comportamientos del niño y (3) recuperar la capacidad para que los padres recuperen el control de sus propias emociones.

Los componentes básicos del programa son los siguientes:

1. Proporcionar información específica y actualizada sobre el TDAH.
2. Reencuadrar los comportamientos problema a la luz de las interacciones familiares.
3. Prestar atención en forma positiva a través de un tiempo de juego especial.
4. Generar comportamientos positivos (atención y desatención selectiva).
5. Aumentar la atención del niño cuando se dan instrucciones o pautas de comportamiento.
6. Pautas para poner límites y establecer disciplina.
7. Contratos y recompensas.
8. Programar el comportamiento positivo en otros contextos.

9. Atención a las dificultades en la escuela.
10. Revisión de estrategias y anticipación frente a dificultades futuras.

El programa ha sido aplicado con éxito tanto a nivel individual como grupal, en este caso con 4-6 parejas de padres (Barkley, 1997 y Cunningham, 1997). En ambos casos se lleva a cabo con una frecuencia semanal de una hora y media de duración en un total de 10 a 12 sesiones. Tanto en los casos de intervención individual como en la grupal se puede realizar algunas sesiones de seguimiento al cabo de un mes, realizando un nuevo control entre los 3 y 6 meses tras el entrenamiento.

Durante la aplicación del programa se tiene en cuenta no sólo el entrenamiento a padres sobre las técnicas a aplicar con sus hijos sino que también tratan de identificar aquellos factores que pueden estar dificultando su aplicación.

En esta línea Cunningham (1997) desarrolló un programa que combina el entrenamiento a padres con la terapia sistémica con el fin de ayudar a aquellas familias que muestran dificultades especiales para aplicar el programa tales como: diferencias en los criterios educativos de ambos padres, dificultades de los padres para trabajar de forma conjunta, diferencias de pareja o dificultades emocionales en relación con una infancia difícil.

d) Programa de asesoramiento a familias con hijos con TDAH de Miranda y García (2007)

Actualmente, se han hecho innovaciones en los programas de asesoramiento a padres de niños con TDAH. Adesida y Foreman (1999) han subrayado la importancia de la intervención en grupo con padres de niños con TDAH para tratar la tensión y el mayor número de problemas a los que se enfrentan en la educación de sus hijos. Los beneficios percibidos de este tipo de intervención en grupo incluyeron: el apoyo emocional al compartir experiencias y emociones sobre el impacto de los problemas del hijo con un grupo de padres; la reducción del sentido de aislamiento; la provisión de información sobre servicios referidos al TDAH, y la mejora de las relaciones con sus hijos debido al aumento de conocimientos.

Fundamentándose en las necesidades de las familias con TDAH y en un modelo comprensivo de actuación, Miranda y García (2007) han planteado un programa de intervención que incluye seis módulos diferentes:

Módulo 1. Educación sobre el TDAH

Contenidos

Historia y preguntas sobre las causas del TDAH. Síntomas nucleares y dificultades asociadas. Resultados en la adolescencia y vida adulta. Información de los derechos educativos y económicos. Recursos en la comunidad y cómo conseguirlos.

Objetivos

Corregir posibles errores de los padres sobre el trastorno y ayudarles a generar expectativas realistas.

Módulo 2. Comprensión del estrés

Contenidos

Definición del estrés y claves para reconocerlo. Efecto del estrés en las funciones de los padres. Tensiones asociadas a la paternidad de niños con TDAH: formas eficaces e ineficaces de afrontarlas. Habilidades de manejo del tiempo, técnicas de relajación y afrontamiento del estrés.

Objetivos

Guiar a los padres para encontrar el equilibrio entre las demandas de los hijos, la pareja, o los compañeros y sus necesidades.

Módulo 3. Reestructuración cognitiva

Contenidos

Enseñar y demostrar la relación entre pensamientos, emociones y conducta. Identificar errores cognitivos comunes y discutir sus efectos en emociones y conductas. Sustituir cogniciones erróneas por otras más adaptadas.

Objetivos

Ayudar a los padres a desarrollar expectativas realistas sobre sus hijos y sobre sí mismos. Reducir el *arousal* emocional cuando no se cumplen las expectativas. Disminuir el impacto de los comentarios de otras personas.

Módulo 4. Solución de problemas

Contenidos

Descripción y modelado de fases:

- Identificación y definición del problema.
- Generación de soluciones (*brainstorming*).

- Evaluación de las alternativas.
- Implementación de la solución elegida.
- Evaluación de los resultados.

Objetivos

Capacitar a los padres para dar respuestas adaptativas a las situaciones estresantes. Incrementar sus sentimientos de autoeficacia y autocontrol.

Módulo 5. Habilidades de comunicación

Contenidos

Identificar formas disfuncionales de comunicación padres/hijos, pareja, familia y profesionales de la salud y educación. Descripción y modelado de estrategias efectivas. Comunicación de premisas básicas.

Objetivos

Facilitar la obediencia en las interacciones padres-hijo. Aumentar el apoyo entre la pareja. Identificar las necesidades del niño.

Módulo 6. Estrategias de disciplina

Contenidos

Dialogar sobre la importancia de la consistencia en el uso de la disciplina en niños con TDAH. Técnicas para aumentar conductas positivas (refuerzos, privilegios). Técnicas para disminuir conductas negativas (extinción, aislamiento, tiempo fuera). Técnicas combinadas (economía de fichas y contrato de contingencias).

Objetivos

Uso apropiado de la disciplina, y apoyar a los padres cuando se sientan superados por el comportamiento del hijo.

Conclusiones

Al inicio del trabajo hemos tratado de entender el concepto y síntomas del TDAH. Podemos afirmar que, dicho trastorno, desde que fue descrito por primera vez, ha estado rodeado de innumerables discusiones y debates, principalmente en lo relativo a su naturaleza y tratamiento. A pesar de las numerosas investigaciones, aún no hay unas hipótesis concluyentes con respecto a la etiología del TDAH. En relación a su tratamiento, también cabe destacar la falta de unanimidad a la hora de abordar dicho trastorno por parte de los distintos profesionales, aunque sí se hace evidente que hay un acercamiento entre las distintas posturas. En la actualidad, la mayoría de ellas tienden hacia un tratamiento multimodal, plurisituacional e interdisciplinar, centrado en el niño, la familia y la escuela.

Debemos señalar que estas discusiones tienen un trasfondo muy positivo para la mejora de nuestros conocimientos sobre el TDAH, ya que han sido el principal estímulo a la hora de intensificar la investigación en este ámbito.

A lo largo del trabajo también hemos observado el gran impacto familiar que supone un niño con TDAH. La disfuncionalidad familiar que surge en estos casos es tan grande que debe ser subsanada con prontitud. Dada la importancia que tiene la unidad familiar en el hogar, no cabe duda de que es imprescindible intervenir con el niño afectado y al mismo tiempo con su familia, ya que ésta también sufre las consecuencias que conlleva dicho trastorno.

Por último, y precisamente la conclusión más relevante obtenida mediante este trabajo de investigación ha sido que existen numerosas investigaciones realizadas sobre la eficacia de los diferentes métodos de intervención centrados en el niño, sin embargo, esto no es así cuando el centro de la intervención es a nivel familiar. Hay una carencia importante de publicaciones sobre el tema. Sabemos a ciencia cierta que la intervención familiar se realiza de forma cada vez más habitual tanto desde el ámbito público como privado, sin embargo no se llegan a publicar resultados sobre la eficacia de estas intervenciones. Es por ello que hemos tenido ciertas dificultades para obtener información relevante sobre este tema. No obstante, aunque el proceso de búsqueda haya sido costoso, hemos podido observar que actualmente se han abierto varias líneas de investigación recientes sobre la intervención familiar. Ello denota la importancia que hoy en día está suponiendo la unidad familiar a la hora de abordar el TDAH en los niños afectados.

Es evidente que en los últimos años se han realizado progresos importantes con respecto al TDAH que han enriquecido la clínica y hacen vislumbrar un futuro prometedor, pero el análisis conjunto del trabajo plantea la necesidad de realizar

nuevos estudios y seguir investigando sobre el trastorno mencionado. Dichas investigaciones aportarían, sin duda, beneficios importantes tanto en una mejor comprensión del trastorno como en la mejora de los procedimientos de intervención.

Bibliografía

ADESIDA, O.; FOREMAN, D. A support for parents of children with hyperkinetic disorder: an empowerment model. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 1999; 4: 567-78.

ALBERT, J.; LÓPEZ-MARTÍN, S.; FERNÁNDEZ-JAÉN, A.; CARRETIÉ, L. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista Neurología*, 2008; 47: 39-45.

ALIZADEH, H.; ANDRIES, C. Interactions of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child Fam Behav Ther*, 2002; 24: 37-52.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical Practice Guideline: Treatment of the School- Aged Child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 2001; 108:1033-44.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S.A. Barcelona, 2002.

ANASTOPOULUS, A.D.; GUEVREMONT, D.C.; SHELTON, T.L.; DUPAUL, G.J. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal Abnormal Child Psychology*, 1992; 20: 503-20.

BARKLEY, R. A. Guidelines for defining hyperactivity in children, en Lahey, B. y Zazdin, A. *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum, 1982.

BARKLEY, R. A. *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Paidós, 2002.

BARKLEY, R.A.; FISCHER, M.; EDELBROCK, C.; SMALLISH, L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: III. Mother child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 1991; 32: 233-55.

BAUERMEISTER, J.J.; MATOS, M.; REINA, G.; SALAS, C.C.; MARTÍNEZ, J.V.; CUMBA, E.; ET AL. Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 2005; 46: 166-79.

BENDER, L. *Test Gestáltico Visomotor de Bender. Usos y aplicaciones clínicas*. Bs. As. Editorial: Paidós, 11 edición, 1981.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.V.; MICK, E.; WILLIAMSON, S.; WILENS T.; SPENCER T.J.; ET AL. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38: 966-75.

BREEN, M.J.; BARKLEY, R.A. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *J Pediatr Psychol*, 1988; 13: 265-80.

CABANYES, J. Y POLAINO-LORENTE, A. : El perfil psicopatológico del niño hiperactivo: análisis sintomatológico y clínico, en Polaino-Lorente y col., *Manual de Hiperactividad Infantil*. Madrid, Unión Editorial, 1997b.

CAMPBELL, S.B.; PIERCE, EW.; MOORE, G.; MARAKOVITZ, S.; NEWBY, K. Boys' externalizing problems at elementary school age: pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*, 1996; 8: 701-19.

CONNERS, C.K.; WELLS, K.C.; ERHARDT, D. ET AL. Multimodality therapies methodologic issues in research and practice. *Child Adolesc Psychiat Clin North Am*, 1994; 3:361-377.

CONTE, R.; KINSBOURNE, M.; SWANSON, J.; ZIRK, H. Y SAMULES, M. Presentation rate effects on paired associate learning by attention deficit disordered children. *Child Development*, 1987; 57: 681-687.

DONENBERG, G.; BAKER, B.L. The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal Abnormal Child Psychology*, 1993; 21: 179-98.

DRAVICK, D.A.; GADOW, K.D.; SPRAFKIN, J. Co-ocurrence of conduct disorder and depression in a clinic based sample of boys with ADHD. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 2006; 47: 766.

EDDY, L. Tratamiento psicológico. En: *Todo sobre el niño hiperactivo y cómo manejarlo*. Barcelona: Cims 97; 2002. p. 91-108.

EDDY, L. Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 2006; 8 Supl 4:S57-67.

EDWARDS, G.; BARKLEY, R.A.; LANERI, M.; FLETCHER, K.; METEVIA, L. Parentadolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal Abnormal Child Psychology*, 2001; 29: 557-72.

ESCOBAR, R.; SOUTULLO, C.A.; HERVÁS, A.; GASTAMINZA, X.; POLAVIEJA, P.; GILABERTE, I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention- deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 2005; 116: 364-9.

FARAONE, F.V.; BIEDERMAN, J.; KEENAN, K.; TSUANG. M.T. Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatry patients. *Psychol Med*, 1991; 21: 109-21.

GREEN, C.; CHEE, K. *El niño muy movido o despistado. Entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona: Medici, 2000.

GREEN, R.W.; Biederman, J.; Zerwas, S.; Monuteaux, M.; Goring, J.C.; Faraone, S.V. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry*, 2002; 159:1214-24.

GOLDEN, C. J. *STROOP: El test de los colores y palabras*. Madrid: TEA, Ediciones, 1994.

HARVEY, E.; DANFORTH, JS.; ULASZEK, W.R.; EBERHARDT, T.L. Validity of the parenting scale for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Res Ther*, 2001; 39: 731-43.

HERRERA-GUTIÉRREZ, E.; CALVO-LLENA, M.T.; PEYRES-EGEA, C. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 2003; 56 (1), 5-19.

HERREROS, O.; RUBIO, B.; SÁNCHEZ, F.; GRACIA, R. Actualización en los tratamientos integrados en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil*. Número 3 / 2004. Julio-Septiembre.

HINSHAW, S.P.; OWENS, E.B.; WELLS, K.C.; KRAEMER, H.C.; ABIKOFF, H.B.; ARNOLD, E.; ET AL. Family processes and treatment outcome in the MTA: negative/ ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal Abnormal Child Psychology*, 2000; 28: 555-68.

HINSHAW, S.P.; ZUPAN, B.A.; SIMMEL, C.; NIGG, JT.; MELNICK, S. Peer status in boys with and without attention deficit hyperactivity disorder: predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs. *Child Development*, 1997; 68: 880-96.

HOZA, B.; OWENS, J.S.; PELHAM, W.E.; SWANSON, J.M.; CONNERS, C.K.; HINSHAW, S.P.; ET AL. Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal Abnormal Child Psychology*, 2000; 28: 569-83.

JENSEN, S.A.; ROSÉN, L.A. Emotional reactivity in children with attention deficit/ hyperactivity disorder. *J Atten Disord*, 2004; 8: 53-61.

JOHNSTON, C.; MASH, E.J. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2001; 4: 183-207.

JOHNSTON, C.; MURRAY, C.; HINSHAW, S.; PELHAM, W.; HOZA, B. Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: relations to maternal and child characteristics. *Journal Abnormal Child Psychology*, 2002; 30: 77-88.

KENDALL, J. Outlasting disruption: the process of reinvestment in families with ADHD children. *Qualitative Health Research*, 1998; 8: 839-57.

KENDALL, J. Sibling accounts of ADHD. *Fam Process*, 1999; 38: 117-36.

KEOWN, L.J.; WOODWARD, L.J. Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal Abnormal Child Psychology*, 2002; 30: 541-53.

LANGE, G.; SHEERIN, D.; CARR, A.; DOOLEY, B.; BARTON, V.; MARSHALL, D.; ET AL. Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *J Fam Ther*, 2005; 27: 76-96.

MAEDGEN, J.W.; CARLSON, C.L. Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *J Clin Child Psychol*, 2000; 29: 30-42.

MCLAUGHLIN, D.; HARRISON, C. Parenting practices of mothers of children with ADHD: the role of maternal and child factors. *Child Adolescent Ment Health*, 2006; 11: 82-8.

MIRANDA, A.; PRESENTACIÓN, M.J. Aspectos diferenciales en la anamnesis de los niños con déficit de atención-hiperactividad, agresivos y no agresivos. *IV Congreso Español de Neuropediatría*. Valencia; 1994.

MIRANDA, A.; PRESENTACIÓN, M. J. Y LÓPEZ, G. Social relationships in aggressive and non aggressive attention-deficit hyperactivity disorder children. *International Symposium Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) 1994*, 17-18 June. Amsterdam, The Netherlands.

MIRANDA, A.; AMADO, L.; JARQUE, S. *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljive, 2001.

MIRANDA, A.; GARCÍA, R.; PRESENTACIÓN, M.J. Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología*, 2002; 34 (Supl 1): S91-7.

MIRANDA, A.; MARCO, R.; GRAU, D. Parenting stress in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the impact of ADHD subtype and oppositional defiant disorder comorbidity. In Scuggs TE, Mastropieri MA, eds. *Advances in learning and behavioral disabilities*. Oxford: Elsevier; 2007. p 139-62.

MIRANDA, A.; GARCÍA, R. Familias con hijos TDAH. *I Jornadas sobre TDAH*. Estepona, España, septiembre de 2007.

MIRANDA-CASAS, A.; GRAU SEVILLA, D.; MARCO-TABERNER, R.; ROSELLÓ, B. Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista Neurología*, 2007; 44 (Supl 2): S23-5.

MIRANDA-CASAS, A.; GRAU-SEVILLA, D.; MELIÀ DE ALBA, A.; ROSELLÓ, B. : Fundamentación de un programa multicomponental de asesoramiento a familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología*, 2008; 46 (Supl 1): S43 5.

OLSON, S.L.; BATES, J.E.; BAYLES, K. Early antecedents of childhood impulsivity: the role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal Abnormal Child Psychology*, 1990; 18: 317-34.

ORJALES, I. *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: Cepe, 1998.

ORJALES I. El tratamiento del niño hiperactivo. En: *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial; 2002. p. 101-76.

PATERNITE, C.E.; LONEY, J.; ROBERTS, M.A. A preliminary validation of subtypes of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder. *J Atten Disord*, 1996; 1: 70-86.

PIFFNER, L.J.; MCBURNETT, K.; RATHOUZ, J.P.; JUDICE, S. Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Journal Abnormal Child Psychology*, 2005; 35: 551-63.

PINDERHUGLES, E.E.; DODGE, K.A.; BATES, J.E.; PETTIT, ZELLI A. Discipline responses: influences of parent's socioeconomic status ethnicity, beliefs about parenting, stress and cognitive-emotional processes. *J Fam Psychol*, 2000; 14: 380-400.

POPE, A. W.; BIEMAN, K. L. Y MUMMA, G. H. (1989): Relations between hyperactive and aggressive behavior and peer relations at three elementary grade levels. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1989; 17: 253-267.

PRESENTACIÓN-HERRERO, M. J.; GARCÍA-CASTELLAR, R.; MIRANDA-CASAS, A.; SIEGENTHALER-HIERRO, R. Y JARA-JIMÉNEZ, P. Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista Neurología*, 2006; 42: 137-43.

RAINE, A. Y JONES, F. Attention, autonomic arousal and personality in behaviorally disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1987; 15 (4), 583- 599.

RAMOS-QUIROGA, J.A.; RIBASÉS-HARO,M.; BOSCH-MUNSÓ,R.; CORMAND-RIFÀ,B.; CASAS,M. Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología*, 2007; 44 (Supl 3): S51-2.

RAYA-TRENAS, A.F.; HERRERUZO-CABRERA, J.; PINO-OSUNA, M.J. El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 2008; Vol. 20, núm. 4, p. 691-696.

REIMHERR, F.W.; MARCHANT, B.K.; STRONG, R.E.; HEDGES, D.W.; ADLER, L.; SPENCER, T.J.; ET AL. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biol Psychiatry*, 2005; 58: 125-31.

RIGAU-RATERA, E.; GARCÍA-NONELL, C.; ARTIGAS- PALLARÉS, J. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista Neurología*, 2006; 42 (Supl 2):S83-8.

ROSELLÓ, B.; AMADO, L.; BO, R.M. Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología Clínica*, 2000; 1: 181-92.

ROSELLÓ, B.; GARCÍA-CASTELLAR, R.; TÁRRAGA-MÍNGUEZ, R.; MULAS F. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología*, 2003; 36 (Supl 1): S79-84.

SATTERFIELD, J.H.; SATTERFIELD, B.T.; SCHELL, A.M. Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1987; 26:56-64.

SCHACHAR, R. Y LOGAN, G. Are hyperactive children deficient in attentional capacity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1990; 18 (5), 180- 189.

SHELTON, T.L.; BARKLEY, R.A; CROSSWAIT, C.; MOOREHOUSE, M.; FLETCHER, K.; BARRETT, S.; ET AL. Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptative disability in preschool children with aggressive and hyperactive impulsive inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998; 26: 475-94.

SHROYER, C. Y ZENTALL, S.S. Effects of rate, nonrelevant information, and repetition on the listening comprehension of hyperactive children. *The Journal of Special Education*, 1986; 20: 231-239.

SONUGA-BARKE, E.J.; DALEY, D.; THOMPSON, M.; LAVER-BRADBURY, C.; WEEKS, A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, control trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 35: 949-60.

SOUTULLO, C. Tratamiento psicológico (manejo conductual). En: *Convivir con niños y adolescentes adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Madrid: Médica Panamericana; 2004. p. 123-40.

STEIN, M.T. Y PERRIN, J.M. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad de niños en edad escolar en la Atención Primaria: un resumen de las normas de la Academia Americana de Pediatría para la práctica clínica. *Pediatrics in Review* (ed esp), 2003; 24:311-7.

STORMSHAK, E.A.; BIERMAN, K.L.; MCMAHON, R.J.; LENGUA, L.J. Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *J Clin Psychol*, 2000; 29: 17-29.

TAYLOR, E.; CHADWICK, O.; HEPTINSTALL, E.; DANCKAERTS, M. Hyperactivity and conduct problems at risk factors for adolescent development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996; 35: 1213-36.

VAN DER MEERE, J.; SHALE, R.; BÖRGER, N. Y GROOS-TSUR, V. : Sustained Attention, Activation and MPH in ADHD: A Research Note. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 1995; 36, 4, 697-703.

WALCOTT, C.M.; LANDAU, S. The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2004; 33: 772-82.

WEBSTER-STRATTON, C. Early intervention for families of preschool children with conduct problems. In Guralnick MJ, ed. *The effectiveness of early intervention*. Baltimore, MD: Brookes; 1997. p. 429-53.

WITKIN, A.; OLTMAN, P. K.; RASKIN, E. Y KARP S. A. *Test de Figuras Enmascaradas*. Madrid: TEA, 1987.

WOODWARD, L.; TAYLOR, E.; DOWDNEY, L. The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 1998; 39: 161-69.

ZENTALL, S. S. Y GOHS, D. E. Hyperactive and comparison children response to detailed versus global cues in communication tasks. *Learning Disability Quartely*, 1984; 7: 77-87.

ZENTALL, S. S. (1993): *Research on the educational implications of Attention deficit hyperactivity disorder*, *Exceptional Children*, 1993; 60, 2, 143-153.

ZENTALL, S. S. Y SMITH, Y. N. (en prensa): *Mathematical performance and behavior of children with hyperactivity, with and without coexisting aggression*. *Behavior Research and Therapy*.

