

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”

## PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“Impacto en la percepción familiar posterior a intervención psicoeducativa en familias de menores con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)”

INVESTIGADOR PRINCIPAL: **DR. JAIME OSCAR TREVIÑO TREVIÑO**

TESISTA: DRA. NALLELY DE LA ROSA GALARZA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
SUB-ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

MONTERREY, NUEVO LEÓN  
FEBRERO2019

**Aprobación de la tesis:**

---

**Dr. JAIME OSCAR TREVIÑO TREVIÑO**

**Director de la tesis**

---

**Dr. ALFREDO BERNARDO CUÉLLAR BARBOZA**

**Coordinador de Enseñanza**

---

**Dr. ERASMO SAUCEDO URIBE**

**Coordinador de Investigación**

---

**Dr. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO**

**Jefe del Departamento de Psiquiatría**

---

**Dr. Med. FELIPE ARTURO MORALES MARTINEZ**

**Subdirector de Estudios de Posgrado**



**Dedicatoria:**

A mi familia, maestros y amigos que me estuvieron apoyando en todo momento a lo largo de mi formación académica.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia, porque a pesar de todo lo que hemos vivido aun seguimos unidos y apoyándonos siempre y en todo lo posible, cada uno a su manera y estilo, pero presentes.

A todas las personas que a lo largo de mis años de estudio he podido llamar amigos, por haber contribuido a mi formación, académica y personal, más a esta última, por todo su apoyo y por hacer mas leve la carga escolar.

A Mylo, porque sin ti mi vida seria muy distinta, gracias por toda tu paciencia, tu apoyo, tu comprensión, en resumen, por todo el amor que me tienes. Porque en poco tiempo te has convertido en alguien primordial en mi vida y espero así sigamos siempre.

A mi director de tesis, el dr.Jaime, por ser de las personas que mas admiro no solo como doctor, sino como persona. Por toda su dedicación y pasión a la psiquiatría, a la ciencia y a la vida. Un maestro en toda su definición.

## TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN. ....	9
Introducción y objetivos	
Método	
Resultados	
Conclusiones	
Capítulo II	
2. MARCO TEORICO. ....	14
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	
Definición	
Perspectivas etiológicas	
Manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos	
Comorbilidad	
Pronostico y tratamiento	
Tratamiento farmacológico	
Tratamiento Conductual	
El sistema familiar	
Impacto en los padres	

Capítulo III

3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS ..... 36

Antecedentes

Definición del Problema

Justificación

Objetivo General

Objetivos Particulares

Capítulo IV

4. HIPÓTESIS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS .....39

H1

H0

Consideraciones Éticas

Capítulo V

5. MATERIAL Y MÉTODOS. .... 40

Diseño Metodológico

Instrumentos

Población y Muestra

Cálculo del Tamaño de la Muestra

Criterios de Inclusión

Criterios de Exclusión

Criterios de Eliminación

Método de Reclutamiento

Procedimiento

## Análisis Estadístico

### Capítulo VI

6. RESULTADOS.....	44
--------------------	----

Características de la Muestra

Características Clínicas

### Capítulo VII

7. DISCUSIÓN.....	45
-------------------	----

7.1 LIMITACIONES.....	47
-----------------------	----

### Capítulo VIII

8. CONCLUSIÓN.....	52
--------------------	----

### Capítulo IX

9. ANEXOS.....	49
----------------	----

### Capítulo X

10.BIBLIOGRAFÍA.....	50
----------------------	----

## Capítulo I

### Resumen

Introducción: En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública colocándose entre los padecimientos que más carga representan a escala mundial.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del desarrollo neurológico infantil, que se caracteriza por la presencia persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, este trastorno se cuenta como el problema de comportamiento más común en la infancia, siendo la enfermedad crónica más frecuente de este periodo y repercute en la vida del niño, ya que el 87% de quienes padecen TDAH también presentan alguna comorbilidad y el 67% por lo menos dos patologías asociadas, siendo los más frecuentes el trastorno de conducta de oposición desafiante (TOD) y los trastornos afectivos, presentándose en un 30% de los casos, haciéndolos más propensos a mayor riesgo de deserción escolar y consumo de sustancias.

El TDAH es un trastorno heredable en un 70-80%, la forma en la que se expresa y su evolución se ve altamente influida por los sistemas sociales, principalmente la familia.

La sintomatología característica del TDAH como la impulsividad, hiperactividad y desatención dificulta la labor educativa de los padres, que suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción con su rol parental llevando a los padres a sentirse menos competentes en el

desempeño de su papel de padres y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria

Actualmente el TDAH es el principal motivo de consulta en los servicios de salud mental de niños en edad escolar, diagnosticándose los primeros años de estudios a nivel primaria, sin embargo, algunos síntomas están presentes antes de los 7 años y con frecuencia persisten en la adolescencia y vida adulta.

Debido al gran impacto que tiene el TDAH tanto en la vida del niño como en su grupo familiar es importante que los padres tengan conocimientos frente a este trastorno, que les brinden la posibilidad de adquirir herramientas para su identificación y manejo.

En estudios realizados se ha evidenciado un desconocimiento de los padres respecto al TDAH, su frecuencia, sus manifestaciones clínicas y las repercusiones académicas y psicosociales; lo cual determina un impacto negativo importante tanto para el bienestar del menor, como el de su familia

Debido a que los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con los niños que no tienen diagnóstico de TDAH se suelen presentar altos niveles de frustración en los padres y la utilización de un estilo disciplinario disfuncional, con mayor permisividad y sobrerreacción, así como disciplina punitiva y castigo físico.

En un estudio realizado por Keown et al, los resultados mostraron que los factores que se asociaban con la hiperactividad fueron un estilo de disciplina más permisivo, sentimientos más bajos de autoeficacia, menos nivel de comunicación padres-hijos e interacciones madre-hijo menos sincrónicas.

En otro estudio, el cual se enfoca en la influencia del TDAH sobre el funcionamiento familiar, llevado a cabo Donenberg y Baker, se compararon el impacto en las familias de niños con hiperactividad, autismo y un grupo control, encontrándose que los padres de niños con hiperactividad los consideraban como un impacto negativo en su vida social, tenían sentimientos más negativos sobre la paternidad y un mayor estrés, resultados similares a los padres de niños con autismo.

Otro dato evidenciado en los estudios fue la percepción de los padres respecto a la convivencia con sus hijos, la cual era vista como excesivamente difícil y estresante, siendo la vida en familia caótica, conflictiva y agotadora, acompañada continuamente de conflictos familiares, con consecuencias individuales, de pareja, o conflictos donde se involucraban los demás miembros de la familia. Con una vida social más limitada, ya que se evitan las salidas como consecuencia de los continuos rechazos y desaprobaciones debido al comportamiento de menor con diagnóstico de TDAH.

Habría que ayudar a los padres a desarrollar técnicas de solución de problemas, reestructuración cognitiva y relajación, lo cual los ayudará a reducir la tensión psicológica y emocional, favoreciendo la aplicación de técnicas efectivas de disciplina y una adecuada comunicación con sus hijos.

Objetivos: En el presente estudio se busca determinar el impacto de la intervención psicoeducativa en la percepción de la funcionalidad familiar

Material y Métodos: Se invitó a participar en el estudio a todos los padres y/o familiares de pacientes de la consulta externa del departamento de Psiquiatría que cuenten con diagnóstico de TDAH, aplicándoseles el Cuestionario de Impacto Familiar, y posteriormente se les impartió una sesión psicoeducativa, en el que se trataron temas como el conocimiento sobre manifestaciones principales del trastorno, su curso evolutivo y etiología, las atribuciones y expectativas de los padres en relación a la patología del TDAH, información sobre el tratamiento farmacológico, estudio y práctica de técnicas para incrementar las conductas positivas, estudio y práctica de técnicas para disminuir las conductas indeseables, estudio y elaboración de un sistema de fichas y un contrato de contingencias. Al concluir dicho taller se les aplicó nuevamente el Cuestionario de Impacto Familiar.

Resultados: Con una muestra inicial recabada de 80 padres y/o familiares a quienes se les aplicó el Cuestionario de Impacto Familiar se evidenció un bajo puntaje en todos los ítems del cuestionario, sugestivo de poco impacto negativo del menor sobre la vida familiar. Se trabajó en el taller psicoeducativo sobre TDAH con un total final de 30 padres y/o tutores, en donde se evidenció una disminución menor en los puntajes de impacto negativo en la segunda aplicación del cuestionario de Impacto Familiar. Realizado el análisis estadístico no se encontró diferencia significativa en los puntajes de impacto posterior a la intervención.

Conclusiones: En la población estudiada no se demostró que existiera modificación en la percepción del impacto familiar posterior a la intervención psicoeducativa sobre el TDAH. Estos datos no son congruentes con los encontrados en la literatura.

## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad**

Introducción: En 1902, Still fue el primero en describir una serie de casos de niños “problemáticos” que presentaban conductas impulsivas, agresivas y una falta de atención, argumentando que dichas conductas se debían a una falla en el control moral; años después, en 1922, Hohman y en 1934, Khan y Cohen identificaron los mismos síntomas en niños que habían sufrido una lesión o infección cerebral con lo que conformaron el síndrome de lesión cerebral humana.

Posteriormente en 1962, se describe la disfunción cerebral mínima, la cual consta de síntomas de hiperactividad, déficit de atención, bajo control de impulsos, agresividad, fracaso escolar y labilidad emocional, siendo Clements y Peters quienes describen este trastorno. No es hasta 1968 que la Asociación Psiquiátrica Americana decide introducir la reacción hiperkinética de la infancia como parte del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-II), en este se dejaba de lado la parte de la lesión cerebral.

En 1980, para la publicación del DSM-III se introduce el término déficit de atención con y sin hiperactividad, esto influido por las afirmaciones hechas en 1970 por Douglas, quien señala que las dificultades para mantener la atención y la impulsividad se debían a un déficit en la auto-regulación.

Para el año de 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como parte de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) el término

trastorno hiperactivo y en 1994 como parte del DSM-IV, se introducen los tres subtipos de trastorno por déficit de atención. (1)

Definición: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es la patología infantil del neurodesarrollo más frecuente en las consultas tanto de psiquiatría como de neurología infantil, afectando a un 5-7% de los niños (3) La prevalencia mundial se suele asumir del 16.1% cuando se tiene en cuenta solamente los síntomas y del 6.5% cuando se incluye el criterio de afectación funcional (6) Se conceptualiza como un trastorno del desarrollo de las funciones ejecutivas y del autocontrol que puede o no ir acompañado de hiperactividad. (1)

Perspectivas etiológicas: En la etiología se han determinado factores genéticos, congénitos, ambientales, alteraciones neuroanatómicas y neuroquímicas. No se han hallado ninguna causa biológica específica, sin embargo según los datos de los estudios genéticos existe una susceptibilidad mayor en familiares de primer orden, con una concordancia de gemelos monocigóticos de 51-86% y de 29-33% en gemelos dicigóticos. (1) Los primeros estudios genéticos se centraron en el transportador de dopamina SLC6A3 y DRD4, que codifican para el transportador y el receptor D4 de dopamina, esto por ser diana de los fármacos usados como tratamiento para el TDAH. Posteriormente se ha asociado otros sistemas como el de noradrenalina y serotonina, genes relacionados con factores neurotróficos, genes que codifican para proteínas del complejo SNARE o el gen latrofilina 3 que codifica para un receptor acoplado a la proteína G, sin embargo los estudios realizados han arrojado resultados inconsistentes. Se han realizado

metaanálisis de los cuales se puede identificar algunos genes que podrían contribuir a la mayor susceptibilidad, entre ellos los receptores dopaminérgicos D4 y D5 (DRD4 y DRD5), el receptor de serotonina 1B (HTR1B), los transportadores de dopamina y serotonina (SCL6A3 y SCL6A4), la dopamina  $\beta$  hidroxilasa (DBH), la catecol-O-metiltransferasa (COMT) y la proteína asociada al sinaptosoma de 25kDA (SNAP25). Otros genes como el receptor adrenérgico  $\alpha$  2<sup>a</sup> (ADRA2A) o el transportador de adrenalina (SCL6A2) también se han relacionado con el TDAH (3)

El nacimiento prematuro, fumar o experimentar estrés extremo durante el embarazo, estar expuesto a alcohol durante el periodo prenatal, o lesiones cerebrales traumáticas también puede contribuir al desarrollo del TDAH (2)

Neuroanatómicamente se ha observado un volumen cerebral y cerebeloso menor de 2.7-3.2% y -3.5% respectivamente. Involucrando mayor activación en regiones prefrontales derechas, y menor activación estriada, lo cual es concordante con la clínica ya que la región prefrontal se encarga de la organización de la información, la inhibición de la respuesta, la planificación de la conducta y la selección de la atención. (1)

Existe también una inmadurez de los sistemas neurotransmisores monoaminérgicos, con menor dopamina en las sinapsis, noradrenalina, serotonina y GABA, neurotransmisores encargados del sistema motor y de recompensa, la atención, funciones ejecutivas y regulación del estado de ánimo. (1,6)

Los factores ambientales también juegan un papel importante en el desarrollo y forma de manifestación del TDAH, ya que algunos autores sugieren que un apego

desorganizado o inseguro-ambivalente son parte de la etiología, esto basado en la mayor incidencia de casos de TDAH en niños maltratados e institucionalizados.

Manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos: El diagnóstico es eminentemente clínico y en la actualidad se basa en la presencia de criterios clínicos englobados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM-V) (7), siendo los siguientes:

- A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por 1. y/o 2.
  - 1. Inatención: Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas /laborales.
    - a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo. Se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión)
    - b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas ( por ejemplo, tiene dificultades para mantener la atención en clases, conversaciones o lecturas prolongadas)

- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente)
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad)
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos)
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos, en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos)
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil)

- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados)
  - i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas)
2. Hiperactividad e impulsividad: Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:
- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento
  - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clases, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar)
  - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado (adolescentes y adultos puede limitarse a estar inquieto)
  - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
  - e. Con frecuencia esta “ocupado” actuando como si “lo impulsara un motor” ( por ejemplo, es incapaz de estar o se

siente incomodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones, los otros pueden pensar que esta intranquilo o que le resulta difícil seguirlos)

- f. Con frecuencia habla excesivamente
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación)
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno ( por ejemplo, mientras espera una cola)
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros ( por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros)

- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o mas contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades)
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral o reducen la calidad de los mismos

- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias)

Los síntomas suelen estar presentes antes de los 7 años, es frecuentes que hasta los 5 años se describe un desarrollo motor precoz, siendo niños inquietos, hiperreactivos, con patrones de sueño frecuentemente disminuidos, curiosos y con poca noción del peligro. Para la edad preescolar y escolar los accidentes sufridos aumenta, con rabietas frecuentes, dificultades marcadas en la atención, problemas de aprendizaje, impulsividad y poca tolerancia a la frustración, con dificultad para seguir reglas e indicaciones. Durante la pubertad se hacen mas evidentes los síntomas de impulsividad e inatención, con dificultades para planificar y ejecutar tareas que para esta edad se ha manifestado en múltiples fracasos escolares y problemas de autoconcepto y autoestima. Al llegar a la adolescencia suele disminuir la hiperactividad sin embargo un 70% continua con problemas de atención e impulsividad manifestado en conductas desafiantes, abuso de sustancias y accidentes. Para la adultez el 50-60% aun presentaran sintomatología en ocasiones con problemas laborales y de relaciones interpersonales, baja autoestima y/o abuso de sustancias, sin embargo un porcentaje de dichos pacientes habrá aprendido a sobrellevar el trastorno y tendrá sintomatología o complicaciones mínimas. (1)

Existen 3 sub tipos de TDAH, según las características y síntomas predominantes, (1,7) Predominantemente Inatento (TDAH-I), requiriendo más de 6 criterios de

inatención pero menos de 6 de hiperactividad-impulsividad. Presentando alteraciones en todos los tipos de atención ( sistema pre-atencional, atención sostenida, atención selectiva, atención dividida, atención conjugada, etc), destacándose la dificultad en la atención sostenida. La manifestación de los problemas de atención se da en las situaciones académicas, laborales o sociales, ya que no prestan atención suficiente a los detalles o cometen errores por descuidos, suelen estar en su mundo, con la mente en otro lado, como si no estuvieran escuchando que se les esta diciendo, presentando dificultades para seguir instrucciones u orden, con problemas para planificar y organizar, incapaces en ocasiones de terminar una tarea antes de comenzar una nueva (17)

Predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI-), con 6 o mas criterios de hiperactividad-impulsividad pero menos de 6 de inatención, con marcada inquietud, saltar o correr en situaciones inadecuadas, variando el grado de hiperactividad según la edad y el nivel madurativo del niño. En lo impulsivo tienden a dar respuestas antes de tiempo, haciendo un procesamiento de la información demasiado rápido e ineficaz. Y el tipo Combinado (TDAH-C), en el que se cumplen mas de 6 criterios de inatención y de hiperactividad-impulsividad.

Hay una mayor propensión (2.5:1) en varones de padecer dicho trastorno, de igual manera la presentación varia dependiendo del sexo, siendo mas frecuente que las mujeres cursen con problemas de atención y cognitivos y los varones con mayor impulsividad.

Para realizar un diagnóstico debe realizarse una historia clínica detallada interrogando sobre antecedentes familiares y personales, patológicos y no patológicos, antecedentes del desarrollo, así como una valoración familiar sobre

las condiciones que rodean a la familia y su estructura para determinar la posibilidad de trabajo con la familia, se entrevistara al menor por separado para detectar los criterios diagnósticos.

No existen estudios de laboratorio o de imagen para realizar el diagnostico; se solicitara un EEG solo en caso de que se sospeche un foco epiléptico.

Comorbilidad: Los problemas familiares, como la relación de pareja, la hostilidad hacia el hijo, y los problemas de comunicación pueden influir en la comorbilidad. Entre las comorbilidades mas frecuentes se identifican los trastornos de la conducta en un 40%, los cuales cursan desde conductas opositoras como desafío, desobediencia, provocaciones hasta comportamientos antisociales con conductas mas agresivas, transgrediendo normas sociales (1). Estos aparecen mas frecuente en varones, siendo una posible razón de la menor frecuencia de diagnostico de TDAH en las niñas. (7)

Los trastornos del ánimo se presentan en un 20-40%, cursando con baja autoestima, pobre autoconcepto, o síntomas depresivos francos, esto favorecido por las dificultades cognitivas académicas, afectivas y sociales.(1) Los trastornos depresivos son mas frecuentes en mujeres, al parecer una de las causas de esta diferencia es el factor cultural, se ha encontrado que el estrés en la relación madre-hija, la maduración temprana, la insatisfacción con la imagen corporal y la actitud esquivante en la solución de problemas son factores que ponen a la mujer en un mayor riesgo para depresión (8)

En el 25% de los casos se han detectado síntomas ansiosos debido a las dificultades que presentan para enfrentar estresores y exigencias ambientales.

También son frecuentes los trastornos de aprendizaje principalmente en la lecto-escritura donde se observa inversión, escritura en espejo, mala grafía, inadecuada organización del espacio y dislexia. Otras áreas de dificultad son las matemáticas, perceptivo-espacial, y del lenguaje lo cual conlleva a un alto índice de abandono escolar (1,7) Ya que presentan problemas con el manejo de varios tipos de información de forma simultánea, suelen tener gran dificultad en la resolución de problemas abstractos, llevándolos a sentir como su mente se evade o se queda en blanco, requiriendo un gran esfuerzo para completar sus deberes, dejándoles en ocasiones apenas tiempo para jugar o establecer relaciones sociales con pares(7). Las alteraciones perceptivas motrices y de las praxias constructivas también suelen acompañar a los niños con TDAH, esto manifestado en un andar desgarbado, poca habilidad para el deporte, choques frecuentes con objetos, caídas, torpeza y falta de ritmo, así como marcadas alteraciones en la motricidad fina. (1)

Pronostico y tratamiento: Se estima que mas del 80% continuaran presentando el trastorno en la adolescencia y el 30-65% en la vida adulta sin embargo el pronóstico depende en gran medida de los problemas psicosociales asociados, entre ellos la familia y las comorbilidades, así como del tratamiento recibido.(1)

El diagnostico completo continuara presentándose en el 15% mientras que un 50% lo harán con remisión parcial (3)

La aceptación del diagnostico por parte de los padres es el punto de partida y vital para la eficacia del tratamiento multimodal, por lo cual es indispensable que logren conocer y reconocer que los comportamientos disruptivos y maladaptativos de sus

hijos nos se deben a falta de voluntad del niño o por problemas de crianza como lo expresan algunos mitos (16)

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) realizó el Estudio de Tratamiento Multimodal para Niños con TDAH o MTA, siendo el estudio más profundo que se ha realizado sobre el tratamiento para el TDAH, en este se evidenció que el metilfenidato es efectivo para los síntomas de TDAH ya sea solo o en combinación con terapia conductual. También descubrió que el tratamiento combinado de medicamento y medidas conductuales es más efectivo que las medidas conductuales por sí solas. (2)

Tratamiento farmacológico: No es necesario medicar a todos los niños que reciban el diagnóstico, si los síntomas no tienen un impacto negativo de importancia podrían ser suficientes las intervenciones conductuales aplicadas tanto en casa como en la escuela. Sin embargo si los síntomas son de importancia e interfieren de manera significativamente negativa se recomienda iniciar con el esquema farmacológico.(1)

Los medicamentos para tratar el TDAH se agrupan en dos categorías, los estimulantes y los no estimulantes, siendo el metilfenidato y las anfetaminas de la primera categoría y la atomoxetina perteneciente a la segunda, siendo el único no estimulante aprobado por la FDA para tratar dicho trastorno. (2)

Los psicoestimulantes se pueden iniciar desde los 6 años de edad, siendo el metilfenidato el de primera elección ya que es eficaz en el 75-80%(1,2,3) de los casos. Estos se administran por vía oral y al ser lipofílicos se absorben en poco tiempo vía gastrointestinal y cruzan rápidamente la barrera hematoencefálica. (4)

El metilfenidato actúa liberando catecolaminas y bloqueando la recaptura de dopamina y noradrenalina, activando el sistema reticular ascendente y estimulando los circuitos de recompensa lo que da como resultado una mejoría en los procesos de alerta, atención, el procesamiento de la información, disminución de la impulsividad, mejorando la memoria a corto plazo, la memoria de trabajo y el tiempo de reacción, manifestándose clínicamente como mejoría en la atención, disminución de la hiperactividad, impulsividad y agresividad, y secundariamente mejoría en la autoestima. La mejoría atencional se logra con dosis bajas, sin embargo para tener efectos sobre la hiperactividad y la impulsividad es necesario recurrir a dosis mayores. (1,4)

Existen formulaciones de liberación inmediata y de liberación prolongada, en el caso de los primeros el efecto dura de 3-4 horas, observándose los efectos desde los primeros 30-90 minutos dependiendo de la dosis (2,3), iniciándose a dosis de 5-10mg 3 veces al día y aumentando de 5-10mg semanalmente llegando a un máximo de 60mg, siendo la dosis óptima de 0.3-0.7mg/Kg con dosis totales de 0.9-2.1mg/kg/día.(1) Se metaboliza por desesterificación en el hígado al metabolito inactivo ácido ritalínico y se excreta el 90% en la orina, eliminándose totalmente en 12-24hrs. (4) Estas presentaciones tienen la ventaja de un mejor ajuste de dosis al poder partir la pastilla y dosificar varias veces al día, lo cual también se puede considerar una limitante.

En las formulaciones de liberación prolongada el efecto dura 12horas, con una liberación inicial inmediata del 22% en los primeros 60-90 minutos, y con la liberación progresiva del 78% restante. Se suele iniciar con 18mg/día y subir semanalmente hasta llegar a 54mg o a 72mg/día según la FDA (1,4) Sin embargo

en las guías canadienses se permite una dosis máxima de 72mg para niños, 90mg para adolescentes y 108mg para adultos (4). En algunos casos puede ser necesario añadir una dosis de liberación inmediata de 5mg para lograr el efecto en las primeras horas. (1,4) Estas presentaciones tiene la ventaja de evitar el efecto de rebote y dar menor sensación de tristeza.

En caso de no presentar resultados favorables es importante determinar si el fármaco esta siendo administrado correctamente, si es la dosis adecuada para el peso, revalorar el diagnóstico o la existencia de comorbilidades.

Como todo fármaco no está exento de efectos secundarios, los cuales se presentan en un 10-20% de los casos, entre los que se pueden presentar más comúnmente son la ansiedad, aumento transitorio de la hiperactividad, trastornos del sueño, molestias digestivas y disminución del apetito, irritabilidad o cefaleas. Por lo general estos efectos mejoran dentro de los primeros meses de tratamiento (1,2,4) En caso de no ceder o de ser muy marcado el efecto secundario se pueden administrar, en caso de insomnio un antihistamínico (difenhidramina o hidroxicina) en niños o un inductor del sueño (zolpidem o zopiclona) o una benzodiacepina en adolescentes.

La lisdexanfetamina es otro fármaco estimulante, siendo una forma de dextroanfetamina conjugada con el aminoácido lisina, con lo cual se reduce el potencial de adicción.(4)

Investigaciones recientes muestran que los tratamientos con estimulantes pueden estar relacionados con una pequeña disminución en el crecimiento, los primeros tres años de tratamiento, con una disminución de la talla de 1.23cm/año y del peso de 2.48kg/año (4), sin embargo la mayoría de los estudios demuestran que dicha

situación es temporal y no esta relacionada con la altura que tendra el niño cuando sea adulto. (2)

El TDAH puede ser tratado con otros fármacos no estimulantes, ya que en casos de esquizofrenia, depresión grave, hipertiroidismo, arritmias cardiacas, hipertensión moderada a grave, angina de pecho, glaucoma e hipersensibilidad al compuesto estos están contraindicados (4). Entre los fármacos no estimulantes tenemos varias opciones, siendo la atomoxetina el mas utilizado, este inhibemuy selectivamente el transportador presináptico de noradrenalina y así inhibe su recaptación, elevando los niveles de noradrenalina y dopamina a nivel prefrontal, sin afectar los del núcleo accumbens ni el estriado, evitando así la respuesta a sustancias de abuso y la zona implicada en el control de movimientos y potencialmente involucrada en los tics. Su administración es vía oral, con metabolismo hepático por el citocromo P4502D6 y excretado por orina (4). Su efecto se observan efectos dentro de la primera semana de iniciado el tratamiento, sin embargo pueden pasar varias semanas (12 semanas) antes de observar el efecto. (2,4)Su dosis eficaz es de 1.2mg/kg/día, sin embargo se recomienda iniciar con 0.5mg/kg/día, y aumentar a 1.2mg/kg/día una vez pasada la semana de tratamiento, administrándose en una dosis única matutina o en dosis divididas en caso de no tolerarse adecuadamente. Entre los posibles efectos adversos que presentan es el dolor abdominal, insomnio, irritabilidad, nauseas, vómitos, somnolencia diurna, tos y fatiga. (4)

Entre los no estimulantes también encontramos la pemolina, la cual se inicia con dosis de 37.5mg/día, aumentando 18.75mg semanales hasta un máximo de 112.5mg/día en los casos necesarios. Los antidepresivos tricíclicos como

laclomipramina, amitriptilina o imipramina, también han mostrado respuestas favorables sin embargo debido a sus efectos secundarios de cefalea, insomnio y alteraciones cardiovasculares, no son ampliamente usados, en caso de uso las dosis recomendadas de amitriptilina van de 25-200mg/día y de imipramina una dosis inicial de 10mg cada 12 horas aumentando hasta 50-100mg/día.

Algunos otros fármacos usados como tratamiento del TDAH incluyen la clonidina a 4-5mg/kg/día con dosis de 150-300mg/día repartidas en 3 o 4 tomas, recomendándose iniciar con 0.5mg al acostarse, su efecto agonista adrenérgico presináptico ayudan a mejorar la hiperactividad y la agresividad, así como tener efectos sedantes, lo cual a también efectos adversos como somnolencia, sequedad de boca, fátiga, hipotensión ortostática, y bradicardia.

De igual manera el bupropion usado a dosis de 50-150mg/día ha demostrado tener resultados positivos, y larisperidona a 0.5-3mg/día, este último generalmente como coadyuvante al metilfenidato en casos de trastorno de conducta. Otro fármaco utilizado como coadyuvante es el topiramato en casos de impulsividad, con la ventaja de que se puede administrar en niños de >2 años a dosis de 1-3mg/kg/día en dosis inicial nocturna y aumento semanal en dos tomas, con mantenimiento de 5-9mg/kg/día, máximo de 30mg/kg/día, sin embargo este tiene la desventaja de tener impacto cognitivo atencional y de lenguaje. (1)

Tratamiento Conductual: El tratamiento farmacológico debe acompañarse de intervenciones psicosociales, cognitivo conductuales, enfocadas principalmente en la capacitación de los padres sobre el TDAH y el control de las conductas

relacionadas, el tratamiento enfocado en el niño en desarrollar destrezas sociales, académicas y de resolución de problemas y las intervenciones escolares (2)

Existen diversas modalidades de las que se puede beneficiar el paciente dependiendo del área que se desea tratar. En los casos de problemas de conducta y déficit de autoestima se recomienda la terapia grupal con técnicas psicodramáticas, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.

Las intervenciones familiares son de vital importancia, en estas se abordará información general sobre el trastorno, desculpabilización, orientación sobre el manejo del paciente y de las dificultades familiares asociadas al trastorno.

Otra parte importante de abordaje son las intervenciones escolares, el menor debe aprender que hay mensajes congruentes en los diferentes ámbitos que le rodean.

En este ámbito se recomienda estructurar el trabajo y ayudar a la planificación de actividades, con material atractivo y estimulante, permitirle que se mueva de su asiento cada cierto tiempo previamente determinado, así como ubicar al menor en un sitio del aula con distractores mínimos, y que el contacto visual con el profesor sea inmediato. En casa y en escuela es importante la estructura de la actividad a realizar, informando al menor sobre lo que se va a trabajar, la duración, si habrá o no habrá descanso, el material a utilizar, retirando lo que no sea de utilidad para la realización de la tarea asignada, dando explicaciones e instrucciones claras, breves y solicitarle repita lo consigna; una vez realizada se debe validar su esfuerzo con comentarios de ánimo u otras formas de refuerzo.

Se deben establecer normas y consecuencias, así como estímulos positivos que se aplicaran posterior a la buena ejecución. En caso de ser necesaria alguna

corrección esta debe ser clara, directa y respetuosa, evitando los comentarios sobre sus dificultades en público.

Entre las técnicas utilizadas se encuentra el «programas de economía de fichas» el cual consiste en proporcionar, en relación a la consecución de los objetivos preestablecidos, «fichas» que luego podrá cambiar por recompensas preestablecidas.

Otra medida aplicada para minimizar las dificultades académicas es la implementación de un cuaderno de tareas en las que el profesor anote los deberes y los padres escriban los que ha hecho en casa, esto con el objetivo de fungir como un yo auxiliar con vistas de que el menor pueda desarrollarlo posteriormente, la “tutoría por compañeros” juega un rol similar, en este caso se asigna un compañero que se encarga de supervisar la tarea, el material y ayudar a la integración del menor con TDAH con los demás, dichas acciones están supervisadas por el profesor y las familias de ambos alumnos deben dar su consentimiento, de igual manera el menor, ya que no debe ser vivido como algo humillante o impuesto.

El sistema familiar: El sistema familiar es una entidad formativa durante el desarrollo del niño, en este se provee factores protectores, sin embargo también puede actuar como una fuente de estrés, dependiendo de la calidad de las relaciones familiares y de los patrones de interacción (5). Las familias cuentan con una estructura, la cual se define como la forma que tiene la familia de organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y las pautas repetitivas de interacción, dicha estructura se va

modificando ante los cambios de ciclo vital o sucesos estresantes; (13) siendo en ocasiones el recibir la noticia del diagnóstico de TDAH una prueba y conllevar a la transformación de la estructura y dinámica familiar (16)

Otro factor a considerar es el clima familiar, el cual es descrito por Moos y Moos (1986) en tres dimensiones, la dimensión de relación o la forma en la que los miembros de la familia se relacionan entre sí, valorando la cohesión, expresividad y grado de conflicto. La dimensión de crecimiento personal expresa el funcionamiento familiar y su permisividad para ayudarse entre miembros, a desarrollarse como personas según la independencia, orientación hacia el logro, actividades culturales e intelectuales y recreativas, así como el aspecto religioso. La dimensión de mantenimiento del sistema abarca los aspectos de control y organización familiar para el funcionamiento global. Según un estudio realizado por ellos, se sugiere que el tener un niño con TDAH presupone una presión adicional en la familia en cuanto a la forma en que se expresan las emociones. (5) Goldstein, Harvey y Friedman-Weineth en un estudio realizado en 2007 con padres y niños de 3 años encontraron que los padres de niños hiperactivos eran menos afectuosos y más controladores; en otro estudio realizado en el mismo año por Hurt, Hoza y Pelham con niños diagnosticados con TDAH y sus padres, la menor expresión de afecto y el mayor control ejercido, estaba relacionados con rechazo de los compañeros hacia sus hijos y menor aceptación, mientras que los niveles altos de afecto por parte de los padres producía un efecto contrario.

El nivel socioeconómico, la psicopatología paterna o materna y/o el estrés psicosocial familiar generan efectos psicológicos sobre la familia que afectan las actitudes y pautas educativas de los padres y el ejercicio de la paternidad. No

cabe duda que el ejercicio de la paternidad también se ve influido por el grado de hiperactividad del menor, en un estudio realizado por Woodward comparando una serie de medidas de funcionamiento familiar y de estilos de paternidad se encontró una relación significativa entre hiperactividad y estrategias parentales de crianza pobres, utilización de métodos de disciplina mas agresiva y poco proactiva, sentimientos negativos de los padres hacia los hijos y razonamiento, control inductivo y refuerzos positivos escasos (10)

No solo los padres se ven influidos en caso de haber un miembro en la familia con diagnostico de TDAH, también los hermanos han evidenciado tener efectos negativos, ya que manifiestan sentirse victimas de abusos, el sentirse obligados por sus padres a fungir como cuidadores o guardianes de su hermano con TDAH y presentar sentimientos de tristeza y derrota.

Impacto en los padres: Ser padres de niños con TDAH se ve complicado ya que los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños; la inestabilidad afectiva con cambios de humor frecuentes, intolerancia a la frustración, inmadurez y reacciones exageradas complican la convivencia para padres, profesores y compañeros (1). Esto suele provocar sentimientos de frustración que llevan a la utilización de estilos de disciplina poco funcionales, caracterizados por mayor permisividad e inconsistencia así como sobrerreacción con irritabilidad (11)

Las familias pueden estar habituadas a escuchar comentarios y expresiones desagradables acerca de sus hijos por parte de amigos, profesores o vecinos, y que incluso les llamen la atención o los rechacen. Todo esto puede ser vivido

como una carga, subjetiva u objetiva. La carga objetiva se refiere a los problemas prácticos como las alteraciones en la dinámica familiar, el aislamiento social o las dificultades económicas. En lo referente a la carga subjetiva se habla de las reacciones que los miembros de la familia experimentan, como ansiedad, culpa, pérdida, etc. (1) Los padres de niños con TDAH usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar la conducta de sus hijos, estando esto en relación con las alteraciones conductuales, la gravedad del TDAH y con la persistencia de los síntomas, reportándose en algunos estudios una propensión tres veces mayor a la separación o divorcio que padres de niños sin TDAH. Lo que no está claro en estos estudios es si la disfunción es causada por un niño con TDAH en la familia o si los problemas de conducta del niño son causados por la disfunción familiar.

En otros estudios se han encontrado que estos niños están más expuestos a conductas parentales menos proactivas y más agresivas, y que los problemas de conducta asociados con la hiperactividad e impulsividad tienen influencia directa en el control que los padres sienten sobre la conducta, lo que hace que eviten salir y buscar actividades recreativas. (5)

Las relaciones padres-hijos suelen marcarse por enfrentamientos y desacuerdo, debido a que los niños con TDAH son menos complacientes, más negativos, y menos sumisos. (10)

### **Capítulo III**

#### **Definición del problema y objetivos**

Antecedentes: Debido a las dificultades que representa el manejo de los menores con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, las necesidades de la familia ante dicho trastorno se pueden resumir en información sobre el trastorno, orientación en su manejo y tratamiento, el poder compartir sus dificultades con otras familias, la mejoría en la comunicación intrafamiliar y con los sistemas de ayuda. Según resultados del estudio MTA por Hinshaw, la reducción en el uso de mecanismos de disciplina negativa/inefectiva de los padres se

asociaba con una mejoría en la conducta disruptiva y las habilidades sociales de los niños en el ámbito escolar, en los menores que recibían tratamiento combinado de fármaco y terapia de conducta, lo cual parece indicar que la conducta del niño y la de los padres se influyen mutuamente, repercutiendo en mejoría de ambas partes. En otro estudio realizado se evidencio que existe escasa influencia del subtipo de TDAH en los estilos de disciplina usados por los padres, sin embargo lo que si influyo en los estilos y técnicas de disciplina fue la presencia o ausencia de comorbilidades, principalmente el trastorno negativista desafiante, quienes reaccionaban con mayor irritabilidad a las conductas de sus hijos, usando prácticas de disciplina mas impositivas y autoritarias.

Hoza, en un estudio realizado en el marco del MTA, confirmó que las creencias de los padres y sus informes sobre el uso de la disciplina, son buenos predictores del resultado del tratamiento, otros predictores importantes son a autoestima y la eficacia paterna (10).

Definición del Problema: Existe evidencia de los altos niveles de desconocimiento sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y las marcadas dificultades que presentan los padres y/o tutores para el manejo conductual y la aplicación de disciplina adecuada, lo cual repercute en el pronóstico del menor y en la dinámica familiar.

Justificación: En estudios previos se ha encontrado que los factores que se asociaban con la hiperactividad fueron un estilo de disciplina más permisivo, sentimientos mas bajos de autoeficacia, menos nivel de comunicación padre-hijo, e interacciones madre-hijo menos sincrónicas. Mientras que en otro estudio

realizado en el que se comparo el impacto en las familias de niños con hiperactividad, autismo y un grupo control, se encontro que los padres de niños con hiperactividad arrojaban resultados similares a los padres de niños con autismo. Por tal motivo es vital ayudar a los padres a desarrollar técnicas de solución de problemas, reestructuración cognitiva y de relajación; estas habilidades ayudaran a los padres a reducir la tensión psicológica y emocional, lo cual va a favorecer la aplicación de técnicas efectivas de disciplina y una mejor comunicación con sus hijos, lo cual lograría una mejoría en la dinámica familiar y en la evolución de la psicopatología del menor.

Objetivo General del Estudio: Determinar el impacto de la intervención psicoeducativa en la percepción de la funcionalidad familiar

Objetivo Secundarios: Determinar en que subtipo de TDAH se presenta un mayor impacto en la percepción familiar

Determinar que área de la percepción familiar presenta un mayor impacto

## **Capítulo IV**

### **Hipótesis y Consideraciones éticas**

Hipótesis: Existe una mejoría en la percepción familiar posterior a intervención psicoeducativa

Hipótesis Nula: No existe una mejoría en la percepción familiar posterior a intervención psicoeducativa

Consideraciones éticas: Se realizó el presente estudio en busca de un beneficio para la salud del paciente y de su familia, posterior a ser aprobado por el comité de ética de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se solicitó el consentimiento informado de manera verbal, posterior a explicar a los participantes los objetivos y el procedimiento del estudio.

## **Capítulo V**

### **Material y Métodos**

Diseño y tipo de estudio: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, comparativo, transversal, no ciego, cualitativo

Instrumentos: Se aplicó el Cuestionario de Impacto Familiar de Donenberg y Baker, este instrumento evalúa la repercusión que el niño ejerce sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar. Consta de 50 ítems tipo Lickert, siendo 48 con

opciones de respuesta que van de casi nunca, algunas veces, muchas veces, hasta casi siempre, y los últimos dos items tienen siete alternativas de respuesta, desde mucho mas facil hasta mucho mas dificil.

Se dividen en 5 categorías, siendo los primeros 15 items referidos a los sentimientos y actitudes de los padres hacia el menor evaluado, los segundos 10 items son sobre el impacto del hijo sobre la vida social familiar, la tercer categoría abarca los siguientes 7 items evaluando las repercusiones del niño en lo referente a cuestiones económicas, los items que evalúan el impacto del hijo sobre la relación de pareja es la cuarta categoría con las siguientes 7 preguntas, la quinta categoría se compone de nueve items relacionados con el impacto del niño sobre los iguales. Los últimos dos hacen referencia a cuestiones generales relacionadas con el grado de dificultad de vivir con el menor y la influencia que ejerce este sobre la familia.

► **Población de estudio:**

Cálculo del tamaño de muestra:

Considerando una población anual finita de 1,077 pacientes con TDAH en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González Mendoza" de la UANL, aun nivel de confianza del 95%, una probabilidad máxima estimada 50% y un error máximo aceptado del 5%; se determinó mediante la fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas, una muestra estadísticamente significativa de 80 pacientes

$$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

valor Z	1.96
valor p	0.80
valor q	0.20
valor $\delta$	0.05

**N**= Tamaño de la muestra que se requiere.

**p**= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

**q**= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)

**$\delta$** = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

**Z $\alpha$** = distancia de la media del valor de significación propuesto.

Características de la población:

Padres y/ o tutores de los pacientes que cuenten con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sin importar el subtipo, realizado en esta institución y que actualmente se encuentren en tratamiento por la consulta externa del Departamento de Psiquiatría

Criterios de inclusión:

- Familiares de menores de ambos sexos de 6 – 16 años con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad realizado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Dr. José E. González
- Aceptar participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Discapacidad intelectual que le impidan el entendimiento de las consignas
- Negativa a participar en el estudio
- Que su hijo no cuente con diagnóstico de TDAH
- Que su hijo no este en seguimiento por la consulta externa de esta institución

Método de reclutamiento y lugar de referencia:

-Invitación a los padres y/o tutores que se encontraban acompañando a sus hijos a consultas de seguimiento o en quienes se realice el diagnostico en las consultas de primera vez.

Procedimiento

- Invitación a padres y/o familiares de pacientes de la consulta externa que cuenten con diagnóstico de TDAH
- Aplicación del Cuestionario de Impacto Familiar (30minutos)
- Sesión psicoeducativa (1 hora y 30 minutos aproximadamente)
- Nueva aplicación del Cuestionario de Impacto Familiar. (en consultas de seguimiento con médico tratante)

### Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizará con IBM SPSS versión 20(SPSS, Inc., Armon, NY).

## Capítulo VI

### Resultados

Se analizaron los resultados de los 80 padres y/o tutores que completaron la escala de impacto familiar.

El análisis de datos se llevó a cabo con los 30 padres y/o tutores que acudieron al taller psicoeducativo.

En lo referente a lo datos sociodemográficos de los pacientes se detecto un predominio del sexo masculino, siendo 57 pacientes y 21 pacientes de sexo femenino, con una edad mínima de 6 años y una edad máxima de 15, con una media de 9.67. Con un diagnostico de TDAH subtipo combinado en 57 casos, 18 del tipo inatento, y 3 casos de tipo hiperactivo, de los cuales 58 recibían algún tipo de fármaco, siendo en 48 casos el metilfenidato el fármaco indicado, 4 con atomoxetina, y 8 recibiendo algún esquema farmacológico distinto. De los menores evaluados se encontró reportado que 45 pacientes no contaban con ninguna comorbilidad, mientras que 31 casos si presentaban diagnósticos comorbidos, de los cuales el principal era la depresión, presentándose en 17 casos, seguido por trastorno de conducta o trastorno oposicionista en 6 casos y 4 casos presentando ansiedad.

El los datos de los padres y/o tutores se encontró que 60 eran del sexo femenino, y 18 del sexo masculino, siendo en 58 casos la madre, en 14 el padre y en 3 casos los abuelos u otros, incluyendo tutores, madrastra o padrastro.

De estos 49 eran casados, 14 divorciados o separados, 7 solteros, 7 en unión libre y en 1 caso viuda. De los encuestados 27 se dedicaban a labores del hogar, 6 eran comerciantes, 2 estudiantes, 1 jubilado y 42 eran empleados.

#### Tablas y gráficos de datos Socio Demográficos

<b>Sexo pacientes</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
Masculino	73.1	57
Femenino	26.9	21
Total	100.0	78

<b>Tipo de TDAH</b>	
---------------------	--

	Porcentaje	Frecuencia
Combinado	73.1	57
Inatento	23.1	18
Hiperactivo	3.8	3
Total	100.0	78

<b>Fármaco</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
Si	74.4	58
No	25.6	20
Total	100.0	78

<b>Tipo de fármaco</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
Metilfenidato	61.5	48
Atomoxetina	5.1	4
Otro	10.3	8
Sin dato	23.1	18
Total	100.0	78

<b>Comorbilidad</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
Si	39.7	31
No	57.7	45
Sin dato	2.6	2
Total	100.0	78

<b>Diagnóstico comorbido</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
Depresión	21.8	17
Ansiedad	5.1	4
Trastorno de conducta	3.8	3
Trastorno oposicionista	3.8	3
TAE	6.4	5
Otro	2.6	2
Sin dato	56.4	44

Total	100.0	78
-------	-------	----

En la cuanto a los datos sociodemográficos de los padres y/o tutores que participaron en el estudio se identificaron los siguientes.

<b>Sexo familiar</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
Masculino	23.1	18
Femenino	76.9	60
Total	100.0	78

<b>Relación con paciente</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
Padre	17.9	14
Madre	74.4	58
Abuelo	3.8	3
Otro	3.8	3
Total	100.0	78

<b>Ocupación</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
Estudiante	2.6	2
Empleado	53.8	42
Hogar	34.6	27
Comerciante	7.7	6
Jubilado	1.3	1

Total	100.0	78
-------	-------	----

<b>Estado civil</b>		
	Porcentaje	Frecuencia
Soltero	9.0	7
Casado	62.8	49
Viudo	1.3	1
Divorciado/ Separado	17.9	14
Union libre	9.0	7
Total	100.0	78

En cuanto a los resultados de las escalas de impacto familiar aplicada a los padres y/o tutores se encontraron los siguientes resultados

<b>Pre taller</b>	<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>D3</b>	<b>D4</b>	<b>D5</b>	<b>D6</b>	<b>D7</b>
<b>N</b>	78	78	78	78	78	78	78
<b>MEDIA</b>	20.83	6.4487	6.5769	5.8717	6.4102	4.8589	4.2051
<b>DESV. ESTANDAR</b>	5.24	6.266	4.599	3.648	5	1.355	1.488

De los padres que acudieron al taller psicoeducativo y completaron un segundo llenado de la escala de impacto familiar posterior a su participación en el taller se encontraron los siguientes resultados.

<b>Pos taller</b>	<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>D3</b>	<b>D4</b>	<b>D5</b>	<b>D6</b>	<b>D7</b>
<b>N</b>	27	27	27	27	27	27	27
<b>MEDIA</b>	21.26	4.933	5.133	5.566	6.3	4.966	4.766
<b>DESV. ESTANDAR</b>	5.185	4.274	4.946	3.44	4	0.964	1.22

Al realizar el análisis estadístico de los resultados obtenidos en las sub-escalas del cuestionario de impacto familiar encontramos que no existe diferencia significativa en los resultados posterior a la intervención del taller psicoeducativo.

<b>Cruces de Medias</b>	<b>p</b>
<b>PreD1-Pos D1</b>	0.503
<b>Pre D2- Pos D2</b>	0.703
<b>Pre D3 - Pos D3</b>	0.663
<b>Pre D4 - Pos D4</b>	0.87
<b>Pre D5 - Pos D5</b>	0.666
<b>Pre D6 - Pos D6</b>	0.64
<b>Pre D7 - Pos D7</b>	0.079

Al comparar los resultados de los subtipos de TDAH y el impacto familiar de cada uno de ellos se detecto una diferencia significativa con el subtipo hiperactivo, el cual presenta un predominio de impacto negativo en las áreas de sentimientos y actitudes de los padres hacia los hijos, el impacto en la vida social, el impacto a nivel económico, y la relación de pareja

## Capítulo VII

### Discusión

Estudios como los de Donenberg y Baker han encontrado que los menores con TDAH tienen un impacto negativo en la familia y producen mayores niveles de estrés que los menores sin patología, y que presentan un nivel de interferencia familiar similar a los niños con sintomatología del espectro autista.

En estudios previos sobre niños con TDAH en los que se ha usado la misma escala de cuestionario de impacto familiar se han detectado que hasta un 88.8% de los padres encuestados sienten un nivel muy elevado de estrés, el 75% cree que no es capaz de manejar el comportamiento de su hijo, el 50% considera que podría ser mejor padre, el 44% opina que su hijo le produce mas sentimientos de frustración e ira y el 22% se sienten menos efectivos y competentes como padres. El 64% reportan que el comportamiento de su hijo les incomoda públicamente, el 56% piensan que deben dar explicaciones sobre el comportamiento de su hijo, 33% lo llevan menos de compras, y el 31% opinan que restringen su vida social, incluyendo las salidas a restaurantes, acontecimientos públicos, etc. En un 28% de los casos encuestados en dicho estudio. En el terreno económico se indica que el 67% de los padres opinan que generan mas gastos en lo referente a servicios educativos y psicológicos, así como de cuidados médicos y medicamentos en el 39% de los encuestados.

En la relación de pareja el 50% indicaron que su hijo causa mayores enfrentamientos maritales y un 39% que se generaban discrepancias entre ellos, llegando a considerar en 8% de los casos que ésto los ha separado. El 44% indican que el menor con TDAH dificulta a sus hermanos el participar en diversas actividades, llegando en 20% y 12% de los casos a evitar invitar amigos a casa y sentirse avergonzados del comportamiento de su hermano respectivamente.

En el 100% de los casos encuestados en este estudio determinaron que la convivencia con un menor con diagnóstico de TDAH resulta mucho más difícil que con otros menores de la misma edad, además el 56% opinaron que produce una influencia negativa sobre la familia. Lo cual no fue reportado en nuestro estudio, el cual arrojó resultados más benévolos, con un menor impacto negativo del menor sobre las distintas áreas familiares evaluadas.

En un estudio realizado por Cardona y Burgos en 2009 se evidenció el desconocimiento de los padres ante el TDAH lo cual determinaba un impacto negativo tanto en el menor como en su familia, dicho resultado tuvo un cambio positivo posterior a la intervención educativa, la aplicación de técnicas de modificación de conducta no mejoraron significativamente después del asesoramiento, sin embargo sí hubo cambio en el nivel de conocimiento sobre el TDAH.

De los menores evaluados en nuestro estudio se encontró reportado que 45 pacientes no contaban con ninguna comorbilidad, dicho dato no es congruente con lo encontrado con la literatura, lo cual podría deberse a un déficit en la consignación de los diagnósticos comorbidos en el expediente clínico o a la falta de diagnósticos integrales de dichos padecimientos, lo cual podría impactar de manera negativa el resultado del tratamiento.

Los resultados obtenidos de otros estudios recogen diferencias significativas que muestran un mayor impacto en los pacientes con el subtipo combinado hasta el punto de que los padres de los niños con TDAH combinado confiesan que es más difícil vivir con él y que su presencia influye negativamente en la familia, sin embargo nuestros datos arrojan un mayor impacto en los menores con diagnóstico

de TDAH tipo hiperactivo, principalmente en las áreas de sentimientos y actitudes de los padres hacia los hijos, el impacto en la vida social, el impacto a nivel económico, y la relación de pareja

Limitaciones:

Entre las limitaciones de este estudio la mas marcada fue la baja asistencia de los padres de familia al taller psicoeducativo, lo cual limito el logro de completar la n de 80.

Capítulo VII

Conclusiones

En este estudio no fue congruente lo encontrado en la bibliografía con los resultados obtenidos posterior a la intervención psicoeducativa , esto podría ser debido a que los resultados de las escalas pre taller presentaban bajos puntajes de impacto negativo en la mayoría de las áreas lo que puede ser debido a los estilos de afrontamientos que presentan los padres.

Otro posible motivo podría ser la falta de veracidad en las respuestas dadas por los padres por múltiples motivos, como temor y pena a ser juzgados.\_

Capítulo IX

**Anexos**

# Taller psicoeducativo

## Taller psicoeducativo para padres

### Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Dra. Nallely de la Rosa Galarza  
Psiquiatra de niños y adolescentes

#### ¿Que es el TDAH?

- Trastorno de inicio en la infancia, en el que los niños presentan una actividad motora que sobrepasa lo adecuado para su edad (hiperactividad), dificultad para mantener la atención e impulsividad (no puede esperar, actúa sin pensar)
- Puede presentar los tres síntomas: falta de atención, hiperactividad e impulsividad o alguno de ellos
- De origen neurobiológico, por lo que los padres no deben sentirse culpables.
- Síntomas deben estar presentes antes de los 7 años y provocar dificultades importantes en las actividades diarias en dos ambientes.
- Si sólo se da en uno, las conductas pueden ser una reacción a cambios o factores ambientales debido a falta de normas y límites, ambientes desordenados y poco predecibles con cambios en la estructura familiar o familias donde trabajan ambos padres.
- Existen tres conceptos que condicionan las conductas de los niños con TDAH:
  - Novedad: tienen dificultad en aislar un evento de los otros que ocurren a su alrededor, tienden a enfocarse en el ruido más alto, en lo más excitante, en lo más novedoso
  - Presente continuo: escaso sentido del pasado y futuro, con excesivo interés por lo que ocurre en el presente (buena semana con problema hace 10 mins, el enfoque permanece en el problema y su semana ha sido mala, o viceversa)
  - Necesidad de actividad física:
- Su problema no tiene que ver con la inteligencia sino con la autorregulación y la atención.
- Existen dos tipos de atención:
  - La del agricultor, que requiere una observación constante y detallada para ver cómo está la tierra, si las plantas necesitan agua, si va a llover...
  - La atención rápida y refleja del cazador, que tiene que estar pendiente del mínimo cambio o movimiento que permita detectar a la pieza que quiere cazar.
- El TDAH tiene atención de cazador, lo cual es muy bueno para muchas cosas, pero plantea dificultades en el colegio pues ahí hace falta atención de agricultor

#### etiología

- Factores genéticos, congénitos, ambientales, alteraciones neuroanatómicas y neuroquímicas.
- Mayor susceptibilidad de padecer el trastorno en familiares de primer orden (5-6 veces más frecuente),
- Los estudios muestran:
  - Alteraciones neuroanatómicas en las regiones frontal, estriada y cerebelosa
  - Alteraciones en los neurotransmisores, especialmente dopamina y noradrenalina
  - Activación cerebral anómala asociada a las funciones ejecutivas.

#### subtipos de TDAH

- Subtipo combinado:
  - Más frecuente (52,2%)
- Subtipo Inatento (34,8%)
- Subtipo hiperactivo (13%),
- Mas frecuente en los niños (2.5:1)
  - Niñas presentan más problemas de atención y cognitivos que impulsividad
- La prevalencia más alta entre 6-9 años
- Más del 80% seguirán presentando el trastorno en la adolescencia
- Y el 30-65% en la vida adulta.

## Comorbilidades

- Hasta los 5 años:
  - Desarrollo motor precoz, son inquietos, curiosos, hiperreactivos, pueden presentar problemas de sueño y alimentación, llaman la atención, no muestran tener noción de peligro, suelen ser desobedientes, oposicionistas y desafiantes.
- Edad preescolar y primaria:
  - Mayor número de accidentes, rabietas, falta de atención, problemas de aprendizaje, e impulsividad, falta de tolerancia a la frustración y dificultad de aceptar las reglas.
- Pubertad:
  - Más evidentes la impulsividad e inatención, sigue la hiperactividad, la intolerancia a la frustración. La dificultad de planificar y ejecutar las tareas les lleva al fracaso escolar lo cual disminuye su autoestima y autoconcepto.
- Adolescencia:

### Trastornos de Conducta:

- Hasta un 40%
- Conductas oposicionistas, desafío, desobediencia, provocadoras, pero sin llegar a transgredir la norma social, o cuadros antisociales (conductas más agresivas que transgreden la norma social, y que llevan a un mayor riesgo de graves disfunciones sociales, adicciones, delincuencia)

## Diagnostico diferencial

Cuadro 1. Diagnóstico diferencial del TDAH en preescolares

Neurológicas	Psiquiátricas	Psicosociales
1. Secuela de traumatismo de cráneo.	1. Trastorno negativista y desafiante (temperamento difícil).	1. Muerte de algún familiar.
2. Epilepsia: crisis de ausencia, epilepsias del lóbulo temporal.	2. Trastorno disocial.	2. Duelo, pérdidas, cambios recientes en el entorno del niño.
3. Síndromes neurocutáneos (neurofibromatosis, esclerosis tuberosa).	3. Episodios de depresión y duelo no resueltos.	3. Familiar en duelo: el padre o la madre.
4. Alteraciones del neurodesarrollo: neuromotor, comunicación, lenguaje, interacción social, cognitivo, integración sensorial, etc.	4. Trastornos de ansiedad por separación y de ansiedad generalizada.	4. Dificultades de pareja.
5. Neuropatías sensitivas.	5. Maltrato infantil.	5. Dificultades familiares (sociales y/o económicas).
6. Síndromes frontales con hiperactividad e impulsividad relacionados con lesión frontal.	6. Abuso sexual.	6. Privación ambiental (casa, hogar, institución).
	7. Trastorno generalizado del desarrollo (autismo, asperger).	7. Eventos estresantes como: migración, violencia, guerra y desplazamiento.
	8. Retardo mental.	
	9. Trastorno obsesivo-compulsivo.	
	10. Trastorno por estrés posttraumático.	

Cuadro 2. Entidades médicas y medicaciones que pueden ocasionar síntomas de TDAH

Entidades médicas	Medicaciones o sustancias
1. Disminución de agudeza visual (miopía, hipermetropía, debilidad visual).	1. Antiepilépticos: fenobarbital, difenilhidantoína, carbamazepina.
2. Hipoacusia (sordera).	2. Ansiolíticos: benzodiazepinas.
3. Hipotiroidismo.	3. Simpatomiméticos: aminofilina, teofilina.
4. Desnutrición.	4. Tóxicos: plomo, arsénico, mercurio.
5. Deficiencia de hierro.	5. Antidepresivos: fluoxetina, venlafaxina.
6. Trastornos de sueño (apnea obstructiva, síndrome de piernas inquietas, falta de hábitos, parasomnias).	
7. Intoxicación por plomo.	
8. Enfermedades crónicas (alergia respiratoria, diabetes).	
9. Aditivos y azúcares en los alimentos (en pocos casos).	
10. Infecciones del oído medio que causan problemas de audición intermitente.	
11. Enfermedades metabólicas (acidosis tubular renal, hipotiroidismo).	
12. Enfermedades de vías aéreas (adenoides, amígdalas, asma).	

## Comorbilidades

### Trastornos del estado de ánimo.

- 20-40%
- Baja autoestima y pobre autoconcepto
- Depresión, favorecida por una experiencia frustrante y fallida a nivel cognitivo, afectivo y social
- Vivir los fracasos desde atribuciones internas y globales mientras que es valorado el éxito desde atribuciones externas.
- Inestabilidad afectiva, caracterizada por labilidad emocional, cambios de humor frecuentes, intolerancia a la frustración, inmadurez, reacciones exageradas y contradictorias

## Comorbilidades

### Trastornos de ansiedad:

- 25%
- Debido a las dificultades para afrontar estresores y exigencias ambientales.
- Aniedad generalizada, de separación, fobias, no querer ir al colegio

## Comorbilidades

### Trastornos de aprendizaje:

- 40% repiten curso
- Más frecuente el abandono escolar.
- Problemas de lecto-escritura, matemáticas, perceptivospaciales, motivacionales, y de lenguaje.
- Variabilidad en su rendimiento escolar, dependiendo del ambiente y de su estado de ánimo.
  - Pueden interpretar estos altibajos como una muestra de mala voluntad y reñir al niño, el cual se sentirá rechazado e incomprendido.

Tabla 3. Síntomas primarios y asociados en el TDAH

Síntomas primarios	Síntomas asociados
1. Déficit de atención.	1. Problemas de conducta.
2. Hiperactividad.	2. Déficit de aprendizaje.
3. Impulsividad.	3. Problemas de relación.
	4. Bajo nivel de autoestima.
	5. Alteraciones emocionales.

## Comorbilidades

- *Alteraciones perceptivas motrices y praxias constructivas:*
- Andar de modo desgarbado, poca habilidad para el deporte, choques frecuentes con objetos, caídas frecuentes, torpeza y falta de ritmo
- Motricidad fina donde se encuentran las alteraciones más significativas
- El aprendizaje de la lectoescritura es el área en el que más se observan estas dificultades: continua inversión, escritura en espejo, mala grafía, inadecuada organización del espacio. La dislexia es el doble de frecuente en el TDAH

## Pronostico

- Los tres aspectos que conforman el trastorno, inatención, hiperactividad e impulsividad tienen caminos diferentes a lo largo del desarrollo.
- Así la impulsividad tiende a desaparecer en la edad adulta, la hiperactividad baja de intensidad con los años y no siempre desaparece y la inatención se mantiene en la edad adulta en un 40-70% de los casos.
- El trastorno puede desaparecer con los años o ser tan mínimo que no interfiere en la vida del sujeto.
- Adulto con TDAH pueden tener una energía y capacidad de trabajo muy superior a la de los demás

## tratamiento

- Medicamentos + medidas conductuales :
  - Aprender maneras de controlar y modificar las conductas que causan problemas
  - Ayudar a requerir dosis menores de medicamentos
  - Algunos síntomas que persistan pueden ser tratados con medidas conductuales exclusivas
- Encontrar el medicamento adecuado puede llevar tiempo

## Beneficios del medicamento

- Los harán sentir mas tranquilo
- Mayor capacidad de concentrarse y prestar atención ( a veces no notados por el niño)
- La falta de habilidad social mas la conducta hiperactiva/impulsiva puede hacer que los niños con TDAH actúen de una manera que los demás vean como maliciosa, autoritario, desconsiderada o extraña
- Los medicamentos tienen efecto positivo sobre esta área mejorando su relación con los demás
  - Esperar su turno en los juegos o en una platca
  - Menos comentarios sin pensar

## tratamiento farmacológico

- No cambian la personalidad fundamental del niño aunque puede que sea menos hiperactivo
- Pueden reportar sentirse un poco extraños al inicio
- Con atomoxetina podrían sentirse mas irritables, lo cual cede con el tiempo o con ajuste de dosis

## tratamiento farmacológico

- Falsas creencias de que son adictivos y peligrosos.
- TDAH no tratado son más vulnerables al uso de sustancias como el cánnabis, alcohol y tabaco, pues con ellas consiguen reducir algunos síntomas.

## tratamiento farmacológico

- Anteriormente se suspendía el tratamiento los fines de semana o en vacaciones, sin embargo se pueden tomar todo el tiempo para obtener beneficios tanto en el hogar como cuando juegan
- Especialmente esto se recomienda en los adolescentes
  - Decisiones sobre fumar, usar drogas, tener conductas de riesgo, y prestar atención mientras conducen

## tratamiento farmacológico

- Medicamentos estimulantes :
  - Metilfenidato y anfetaminas (dextroanfetamina, lisdexanfetamina y mezcla de sales de anfetamina)
  - Muy efectivas
  - Usadas desde hace mas de 60 años
- Medicamento no estimulante:
  - Atomoxetina
  - Efectivo
  - Alternativa cuando no responden bien a los estimulantes

### Medicamentos estimulantes:

- **Corta duración:**
  - Se toman varias veces al día
  - Efecto: 4-6 hrs
- **Larga duración:**
  - Se toman una vez al día
  - Efecto: 7-12hrs
- Suele iniciarse una dosis baja de estimulantes y se va aumentando dentro de 1 a 3 semanas

### Medicamentos no estimulantes: atomoxetina

- Toma puede ser única por la mañana o dividida en mañana y tarde
- Se inicia con dosis bajas y se va aumentando de manera gradual

### otros medicamentos no estimulantes

- Antidepresivos (Venlafaxina , fluoxetina)
- Guanfacina
- Clonidina
- Bupropión ( Wellbutrin)

### Metilfenidato

- Eficaz en 75-80% de casos
- Valorarse si se está tomando adecuadamente, si la dosis es inadecuada, si el diagnóstico es incorrecto, o si existe comorbilidad
- Efecto positivo a nivel cognitivo, conductual, académico y social.
- Mejorías en los procesos de alerta, atención, impulsividad, procesamiento de la información, memoria a corto plazo, memoria de trabajo y el tiempo de reacción.

### tratamiento farmacológico

- Los síntomas que mejoran son:
  - Falta de atención
  - Hiperactividad
  - Impulsividad,
  - Agresividad,
  - Conductas disruptivas
  - Estado de alerta
- Y secundariamente el déficit de autoestima
- La atención mejora con dosis bajas, pero la hiperactividad e impulsividad requieren dosis más altas

### tratamiento farmacológico

- Efectos secundarios más importantes o comunes:
  - Ansiedad
  - Aumento de la hiperactividad
  - Insomnio
  - Molestias digestivas
    - Ingerir fármaco con comida.
    - Tomar infusiones digestivas (manzanilla, poleo-menta)
    - Tomar a protectores gástricos
  - Disminución del apetito.
    - Uso de ciproheptadina como estimulante del apetito
- Aparecen en un 10-20% de los casos

### Efectos Secundarios Poco comunes:

- Alucinaciones
- Agitación
- Pensamientos suicidas
- Problemas del hígado
- Problemas cardiacos
- Importante informar sobre historial de problemas o síntomas cardiacos
  - Mareos y desmayos
  - Ritmo cardiaco irregular
  - Historia familiar de problemas cardiacos o muertes súbitas

### Acudir inmediatamente al medico

- Muy débil o mareo intenso
- Latidos irregulares (rápidos o salteados)
- Dolores de pecho
- Falta de aire
- Alucinaciones
- Expresa pensamientos suicidas
- Picazón en el cuerpo
- Orina oscura
- Piel amarilla
- Síntomas gripales sin explicación

## Cuando dejar la medicación

- No síntomas durante más de un año tomando el medicamento
- Cada vez mejor con la misma dosis
- Conducta apropiada aunque no haya tomado una o dos dosis
- Desarrollado una nueva capacidad para concentrarse
- Es posible que necesite más apoyo de su entorno para reforzar la buena conducta una vez dejado el medicamento

## Tratamiento farmacológico

- La finalidad del tratamiento no es curar, sino ayudar al niño a madurar sin que se sobreañadan otros trastornos
- El medicamento incrementa las habilidades atencionales y su capacidad para realizar un trabajo más productivo, aunque no mejora la tendencia a seguir las peticiones de las madres
- Esto se logra con terapia combinada (psicoestimulante + terapia de modificación de conducta)
- El tratamiento deberá adaptarse a las características individuales del niño, sexo, edad y entorno familiar y social

## Tratamientos no farmacológicos

- Tipo de intervención:
  - Conductual :
    - Formar a padres y profesores en conocimientos generales sobre el TDAH y técnicas de modificación de conductas
  - Cognitivas:
    - Enseñar a los niños las técnicas de autocontrol y resolución de problemas
      - Técnicas para aumentar la autorregulación,
      - Administración de autorrecompensas
      - Autoinstrucciones

## Terapia grupal

- Para los problemas de conducta y déficit de autoestima
- Técnicas psicodramáticas, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas

## adolescentes con TDAH

- Cuando el diagnóstico llega tarde, las carencias del proceso de aprendizaje son graves
- Se ha «defendido» de un modo agresivo de lo que considera un medio hostil y haya sido expulsado o sancionado por su comportamiento violento tanto con profesores como compañeros
- Programas encaminados al control de la impulsividad y las habilidades sociales
  - Estilos comunicacionales
  - Conocimiento y manejo del mundo emocional
  - Control de la impulsividad
  - Resolución de problemas y conflictos

## Tratamiento

- Es frecuente escuchar sobre “curas milagrosas”
- Antes de considerar cualquier tipo de tratamiento averigüe si lo que dicen es válido y coméntelo con su médico
- Hasta el momento no se conoce ninguna cura para el TDAH

## Estrategias académicas

- Olvido de los deberes por el déficit de atención o evitan confrontarse con la dificultad y la sensación de fracaso.
- Para evitarlo suele ser útil darle un cuaderno en el que el profesor le anote los deberes y los padres escriban lo que ha hecho en casa.
  - Niño «correo» entre padres y profesores para ofrecerle la supervisión y el control que él no tiene, con vistas a que él pueda ir desarrollándolo.

## Estrategias académicas

- Preparar material que sea «atractivo» y estimulante para que faciliten su motivación.
- Situarse en un lugar de distractores mínimos y en el que el contacto visual con el profesor sea inmediato.
- Permitir al niño que cada cierto tiempo se mueva de la silla.

## Estrategias académicas

- Estructurar la actividad.
  - Hablar al niño sobre lo que se va a trabajar y qué se va a lograr con ello, cuánto tiempo va a durar y si habrá o no descanso, qué material va a utilizarse y retirar el que no sea necesario.
  - Explicar las normas y dar la instrucciones claras, breves, y si fuera posible utilizar material llamativo como carteles de colores que el niño pueda ver y le recuerden la tarea a realizar.
- Expresar de modo claro las consecuencias positivas de la realización de la actividad.
  - Motivar al niño ya que los procesos de atención sostenida suponen un gran reto para él.
  - Los premios no deben ser necesariamente materiales sino de fortalecimiento de la autovaloración y autoconfianza y deben ser inmediatos a la consecución de la tarea.

## Estrategias académicas

- Anticiparse a las «situaciones problema»
  - Como cambios de clase, salida al recreo o cambios en la actividad.
  - Establecer las normas y que demuestre que las conoce
  - Establecer el estímulo positivo posterior a la buena ejecución
- Correcciones a los errores:
  - Claras, directas y respetuosas.
  - No deben hacerse en público
- Debe aprender que hay mensajes congruentes en los diferentes ámbitos que le rodean.

## incrementar las conductas positivas

- No dar más de una indicación a la vez.
  - Indicación general debe fraccionarse en varias indicaciones consecutivas
  - Ej. Recoger la habitación → recoge tu ropa sucia, haz la cama, ordena tus juguetes, etc.
- Precisa y sencilla
  - “Quiero que te portes bien en el supermercado” → “En el supermercado no debes gritar, correr por los pasillos, coger alimentos sin mi permiso”
- Formulada en forma imperativa y no como pregunta
  - “¿Me pones la mesa?” → “Pon la mesa”
- Voz firme, pero agradable sin elevar el tono (No gritar)
- Hacer contacto visual en el momento de la indicación
- El niño deberá repetir la orden para comprobar que lo ha entendido y que ha tomado conciencia de ésta.

## incrementar las conductas positivas

- La condición positiva:
  - Exigir que haga algo que no le gusta como condición indispensable para conseguir algo que le gusta
  - Frase siempre en afirmativo
    - “No iras a la calle si no haces los deberes” → “Si quieres salir primero tienes que hacer los deberes”
- Descubra que tiene de especial y dígaselo y enséñele a descubrir en que es bueno (deportes, música, contar historias)
- Utilice mensajes positivos (sustituir verbo ser por estar)
  - Ej. “Eres un desordenado” → “Tu habitación esta desordenada”
- Asumir responsabilidades y actividades que le hagan sentir útil e importante

## incrementar las conductas positivas

- Ser coherentes a lo largo del tiempo y entre sí
- Expresar sus sentimientos (que sepa que no disfrutan castigando)
- No poner castigos desproporcionados ni castigos no vayan a cumplir.
- Elogiar cuando haga algo bien.
- Evitar los sarcasmos (Ej. “¡ya era hora de que recogieras tu cuarto!” → “¡estupendo!, has recogido tu cuarto”)
- No atacar o rechazar al hijo como persona, sino a la conducta, dejar claro que lo que les molesta no es su hijo sino su forma de comportarse.
- No olvidar que el hijo tiene una disfunción cognitiva.
- No guardar rencor, saber perdonar.
- Cuando se noten muy tensos es mejor que se aislen para tranquilizarse.
- Planificar las posibles situaciones conflictivas dando explicaciones claras y concretas de cómo esperan que se comporte.

## incrementar las conductas positivas

- Simplifique las reglas de la casa :
  - Explique que significan y anótelas en una lista y anote lo que ocurrirá cuando se cumplan y cuando no se cumplan
- Utilice listas y horarios en un lugar visible y que se vaya marcando la tarea realizada
- Use alarmas, y dar señales antes de que la actividad vaya a terminar para que se haga a la idea de que pronto deberá realizar otra tarea
- Un sitio para cada cosa: menos problemas para encontrar las cosas y mantenerlas ordenadas y guardarlo al finalizar
- Regálele una agenda

## incrementar las conductas positivas

- Establezca un plan diario de estudio con un lugar y horario determinado, si no tiene tarea que en este horario lea un libro o realice otra actividad tranquila
- Establecer un horario realista y anotar tareas concretas ej. Contestar problemas de matemáticas en lugar de tarea matemáticas
- Deben aplicar las mediadas con constancias, estas técnicas producen efecto rebote lo cual has hace abandonarlas pensando que no dan resultado
- Comuníquese regularmente con el profesor, que ambos sepan como se comporta en ambos lugares, definan juntos un plan de motivación

## programa de Economía de Fichas

- Cuatro principios básicos:
  - Identificar las conductas metas:
    - Establecimiento jerarquizado de las conductas problemas para determinar la magnitud del reforzamiento y en el costo de respuesta
  - Definición de la ficha:
    - Que por si solas estimulen al niño (Ej. Ficha con una imagen que le guste)
  - Criterios de Reforzamiento:
    - Determinar tanto los artículos o privilegios exactos por los que se pueden cambiar las fichas
    - Frecuencia de los cambios (no muy prolongados)
    - Tasa de cambio: # de fichas ganadas por cada actividad y # de fichas necesarias
  - Deben manejar los mismos criterios para la observación, registro y administración del refuerzo y la consecuencia

## programa de Economía de Fichas

- Los premios sean cosas que igualmente se hubieran hecho o comprado; la diferencia está en que lo tiene que ganar.
- Previamente habrán pactado la cantidad de caras sonrientes o puntos necesarios para obtener el premio
- El castigo será dibujar una cara triste o la no adquisición de puntos, o incluso la retirada de puntos si el comportamiento ha sido muy negativo
- Siempre conviene que haya más premios que castigos para no desmotivar al niño.

## programa de Economía de Fichas

- Cuando están intentando cambiar una conducta negativa será importante que el refuerzo sea frecuente y conviene que busquen una conducta positiva que sustituya a la negativa.
  - Ej. “No dejes los juguetes esparcidos por el suelo” → “Los juguetes se dejan en la cesta de los juguetes”.
- “Premio” no significa necesariamente algo material, sino alabar, atención y contacto físico, aparte de algún privilegio o recompensa
  - Más efecto sobre el comportamiento y la autoestima del niño el reconocimiento emocional de satisfacción de los padres que un obsequio material
  - “Qué bien has hecho la cama”, “Me encanta ver lo bien que estudias”
  - Abrazo, beso, palmadita en el hombro, levantar el pulgar en señal de triunfo
  - Cuento a la hora de dormir, jugar con la playstation, jugar con los padres
- Ser aplicado de forma inmediata, sobre todo con más pequeños
  - Niños más grandes el premio podrá ser en puntos o fichas que después serán canjeados al final del día o de la semana.

## técnicas para disminuir las conductas indeseables

- No le preste atención cuando se porte mal (Retirada total de la atención)
- Practicarse inmediato después de conducta negativa
- La consecuencia negativa no debe prolongarse en exceso
  - Solo generara rencor y frustración

## Técnicas para reducir o eliminar comportamientos no deseados

- Técnica de extinción:
  - Ignorar la conducta: Al dejar de recibir atención, el niño paulatinamente dejará de hacer la conducta incorrecta
  - Para rabietas y conductas de poca importancia (quejas o protestas verbales, hacer ruidos o muecas).
  - Luego elogien la conducta positiva
    - El ignorar la protesta verbal por tener que hacer los deberes, pero después le felicitarán cuando los haya hecho.
- Cuando la conducta es grave (falta de respeto hacia las personas de autoridad) o en peligro la seguridad del niño o de los demás.
  - 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”).
  - No deben gritar pues es una conducta inadecuada que podría imitar el hijo, y recibiría atención por una conducta negativa.
  - Comprobar que su hijo le ha escuchado (contacto visual) y le ha entendido (repetición de ésta por parte del niño).

## Técnicas para reducir o eliminar comportamientos no deseados

- Si no corrige la conducta inadecuada, le recordarán de forma clara y breve (“David, la cartera...”) y las consecuencias (“...si no, no podrás ver caricaturas”).
- A veces es mejor no especificarlo pues el niño puede pensar en alternativas (“es igual, dibujaré”) dejando un sentimiento de impotencia o de no dominar la situación. Pero se informa que se aplicara una consecuencia. (“David, la cartera, si no, te tendré que castigar”).
- Fijarse en las cosas que hace bien para premiarle con una sonrisa o alabanza. Si no, estarán constantemente regañando a su hijo, con el riesgo de se potencie 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.

## técnicas para disminuir las conductas indeseables

- “Tiempo fuera” o de reflexión
  - Minutos en el rincón o algún sitio aburrido
  - Oportunidad para calmarse, no como algo negativo
  - Para conducta intolerable (agresiones físicas o le es especialmente difícil cumplir una determinada orden)
  - Dar una advertencia antes de aplicarlo y saber que se le va a aplicar este tipo de castigo por las conductas seleccionadas
  - Contar en voz alta hasta cinco para dar tiempo a que reaccione
  - Si se niega a marcharse agregue un minuto por cada minuto que se tarde en cumplirlo

## “Tiempo fuera” o de reflexión

- 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, volverán a hacer todo el proceso
- Cuando obedezca, le darán las gracias de una forma neutra y al cabo de poco rato buscarán una razón para alabarle
- Útil por debajo de los 9 años.

## Atribuciones y expectativas de los padres en relación al TDAH

- Los niños con TDAH necesitan un sobreesfuerzo por parte de padres y educadores.
- Les hace falta que les pongan las normas muy claras y que no se ceda ante su impulsividad
- Se les debe dar el control del que carecen, hasta que aprendan a autocontrolarse
- La clave está en la firmeza con cariño, necesaria para todos los niños, pero en ellos con más razón.

- Lo mas importante es prestar atención y escuchar a su hijo
- Intentar concentrarse en los aspectos positivos disminuye los negativos y hará mas fácil enfrentarse a este trastorno
- Es importante que promuevan actividades para que su hijo haga buen uso de su tiempo, aprenda habilidades esenciales en la vida, se divierta y mejore su autoestima
- De igual manera es de suma importancia que los padres tengan actividades de relajación y momentos para ellos

- No es fácil recibir el diagnostico
- Desconcierto, cuando los síntomas son controlables
- Negación
- Enfado y rabia
- Frustración lo cual puede llevar a no aceptar al niño tal y como es y exigir cosas que no puede hacer y generar sentimientos de hostilidad y resentimientos
- Culpa
- Miedo, ante el desconocimiento del tdah, al rechazo social y si podrá tener vida normal
- Alivio, se sienten menos culpables e incompetentes en cuanto educar a su hijo

## Cuestionario de Impacto Familiar

## Cuestionario de Impacto Familiar

Ser padre puede ser difícil, y los niños tienen diferentes efectos sobre la familia. Nos gustaría conocer el impacto que su hijo/a ha tenido sobre la familia **comparando al impacto que otros niños/as de su edad ejercen sobre sus familiares**. Las siguientes cuestiones tratan de entender el impacto de los/as niños/as sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar. Por favor elija la categoría que mejor describa su situación en términos de como las cosas han sido en general para usted en referencia a su hijo/a.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA:  
\_\_\_\_\_

<b><u>Sus sentimientos y actitudes hacia su hijo</u></b>	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
--	------------	---------------	--------------	--------------

Comparado con los niños/as y padres de niños de la misma edad que mi hijo/a				
1. Mi hijo me produce más estrés				
2. Disfruto mas el tiempo que paso con el				
3. Mi hijo me produce mas sentimientos de frustración y de ira				
4. Mi hijo me produce mas sentimientos de orgullo y felicidad				
5. Cuando estoy con mi hijo me siento menos efectivo y competente como padre				
6. Es mas difícil para mi jugar y divertirme con mi hijo				
7. El comportamiento de mi hijo me preocupa mas				
8. Mi hijo hace que me seienta mas amado				
9. Siento que estoy solo cuando intento controlar el comportamiento de mi hijo				
10. Mi hijo me hace tener mas energias				
11. Siento que podría ser mejor padre de mi hijo				
12. Mi hijo me hace sentir mas seguro como padre				
13. Siento que debería tener un mejor control de su comportamiento				
14. Por lo general mi hijo hace lo que le digo que haga				
15. Por lo general se como manejar el comportamiento de mi hijo				

<b><u>El impacto de su hijo sobre su vida social</u></b>	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
16. El comportamiento de mi hijo me incomoda en publico				
17. Mi familia evita las salidas sociales a causa de su conducta				
18. Es mas difícil encontrar una persona que cuide de él				
19. Mi familia visita a familiares y amigos menos de lo que me gustaría debido al comportamiento de mi hijo				
20. Mi hijo me resta posibilidad de pasar tiempo con mis amigos				
21. Me siento mas tenso cuando mi familia sale porque estoy preocupado por la conducta de mi hijo				
22. Necesito explicar mas la conducta de mi hijo a otras personas				
23. Participo menos en las actividades de la comunidad a causa del comportamiento de mi hijo				
24. A causa del comportamiento de mi hijo tengo invitados en casa menos a menudo de lo que e gustaría				
25. Me lo llevo menos de compras o a recados				
<b><u>El impacto de su hijo sobre su economía</u></b>	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
26. El costo de criar a mi				

hijo es mayor				
27. El costo de cuidar del niño es mayor				
28. El costo de la comida, ropa y/o juguetes es mayor				
29. El costo de los cambios y/o arreglos y sustituciones de artículos de la casa es mayor				
30. El costo de la medicación, el cuidado médico y/o el seguro medico es mayor				
31. El costo de los servicios educativos y psicológicos es mayor				
32. El costo de las actividades recreativas (música, natación, etc) es mayor				
<b><u>El impacto de su hijo en su relación de matrimonio</u></b>	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
33. Mi esposo/a estamos mas en desacuerdo sobre como criar al niño				
34. Mi esposo/a esta mas de acuerdo con el modo en que manejo el comportamiento de mi hijo				
35. Este niño produce mas enfrentamientos entre mi esposo/a y yo				
36. Criar a este niño nos ha acercado mas a mi esposo/a y a mi				
37. Mi hijo causa mas desacuerdos entre mi esposo/a y yo				
38. Mi esposo/a esta menos de acuerdo con el modo en que manejo el				

comportamiento de mi hijo				
39. Criar a este niño nos ha separado				
<b><i>Si tiene otros hijos/as siga en la pregunta 40, si no, pase a la pregunta 49</i></b>				
<b><u>El impacto de su hijo sobre sus iguales</u></b>	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
40. Los niños/as de la familia ayudan mas a cuidar de el				
41. Mi hijo dificulta mas a sus hermanos el participar en actividades				
42. Los otros niños/as de la familia se quejan mas de sus comportamientos				
43. Los otros niños de la familia se sienten mas avergonzados por su comportamiento				
44. Mi hijo es mas rechazado por sus iguales				
45. Los otros niños de la familia invitan menos a amigos a venir a casa debido a su comportamiento				
46. Los otros niños de la familia disfrutan mas de pasar tiempo con el				
47. Mi hijo usa los juguetes de sus hermanos sin pedir permiso				
48. Mi hijo rompe o pierde los juguetes de sus hermanos mas a menudo				

**Cuestiones generales:**

49. Comparado con otros niños de la edad de mi hijo, el grado de dificultad de vivir con el es:

Mucho mas fácil	Mas fácil	Ligeramente mas fácil	Igual	Ligeramente mas difícil	Mas difícil	Mucho mas difícil

50. Comparado con otros niños de la misma edad, la influencia de mi hijo sobre nuestra familia es:

Mucho menos positiva	Menos positiva	Ligeramente menos positiva	Igual	Ligeramente mas positiva	Mas positiva	Mucho mas positiva

*TODA LA INFORMACION PERMANECERA CONFIDENCIAL*

## Capítulo X

### Bibliografía

1. Alberto Espina, Asuncion Ortega. “Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad”

2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association “ Guia de tratamiento para padres”. <http://fda.gov/cder/drug/infopage/ADHD/default.htm>
3. Sánchez-Mora C, Ribasés M, Mulas F, Soutullo C, Sans A, Pàmias M, et al. Bases genéticas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. RevNeurol 2012; 55: 609-18.
4. Soutullo C, Álvarez-Gómez MJ. Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. RevNeurol 2013;56 (Supl 1): S119-29.
5. Montiel-Nava Cecilia, Montiel-Barbero Isabel, Peña Joaquín A, “Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad” Psicología Conductual 2005; Vol. 13 (Nº2) pp. 297-310
6. Cáceres José, Herrero David, “Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad” Rev. Neurol 2011; 52:527-35
7. Fernández-Perrone AL, Martín, Fernández-Mayoralas D, Fernández-Jaén A. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: del tipo inatento al tipo restrictivo. RevNeurol 2013; 56 (Supl 1): S77-84
8. Leyva-Jiménez Rafael, Hdz-Juárez Ana María, Nava-Jiménez Gabriela, López-Gaona Verónica, “Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar” Rev. Med. Inst. MexSeguroSoc 207; 45(3) 225-232
9. Rosello B., García-Castellar R., Tarraga-Minguez R., Mulas F., “El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno

por déficit de atención con hiperactividad” Rev. Neurol 2003; 36 (Supl.1)  
S79-S84

10. Raya Trenas, Antonio Feliz, Herreruzo Cabrera Javier, Pino Osuna MariaJose, “ El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad” Psicothema 2008. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720428>
11. Miranda –Casas A., Grau-Sevilla D., Marco-Taberner R., Rosello B, “Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno”
12. Lefa S. Eddy, J. Toro Trallero, M. Salamero Baro, J. Castro Fornieles, M. Cruz Hernandez “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores” Vol. 50 N.2, 1999
13. MedellinFontes, Martha M., Rivera Heredia Maria Elena, LopezPenalozaJutith, KananCedeno Gabriela, Rodriguez-Orozco, Alain R. “Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, Mexico” Salud Mental 2012; 35:147-154 Vol. 35, No.2, Marzo-Abril 2012
14. Presentacion-Herrero M.J, Garcia-Castellar R., Miranda-Casas A., Siegenthaler-Hierro R., Jara-Jimenez P. “ Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados” Rev. Neurol 2006; 42 (3): 137-143

15. Eddy Ives, L. "Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad" Rev. Pediatr Aten Primaria. 2006;8 Supl 4:S57-67
16. Delgado Mejía, I., & Rubiales, J., & Etchepareborda, M., & Bakker, L., & Zuluaga, J. (2012). Intervención Multimodal del tdah: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI (1), 45-51
17. Abad-Mas L, Ruiz-Andrés R, Moreno- Madrid F, Herrero R, Suay E. Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *RevNeurol* 2013;57 (Supl 1): S193-203.
18. Piedrahita S, Henao Cardona, A., Burgos, P.A., "Intervencion educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad con padres de familia de una institución educativa"
19. DiazAtienza, Joaquin., "Comorbilida en el TDAH" Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Almeria