

LA FAMILIA COMO COTERAPEUTA EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO(A) CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. UNA PERSPECTIVA DESDE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Iván Delgado Psicólogo, Universidad de Manizales – Colombia
E – mail: ivandelgado11@gmail.com.

INTRODUCCION

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es una alteración del Neurodesarrollo, en donde los síntomas más característicos están en relación con inatención, hiperactividad e impulsividad, los cuales interfieren en el desenvolvimiento del niño en varios de los escenarios en los que interactúa; es decir: en la familia, en el colegio y en la sociedad en general.

En el contexto familiar, se han puesto en evidencia una serie de situaciones (relaciones conflictivas entre los padres, separación de los progenitores, violencia intrafamiliar, inadecuado manejo de pautas comportamentales, etc.) que en la mayoría de los casos exacerbaban los síntomas del TDAH y éstos, desde un proceso bidireccional, detonan en el niño comportamientos disruptivos que alteran cada vez más la dinámica familiar y a su vez generan repercusiones en el estado emocional del niño, en su conducta y en su rendimiento escolar; es decir, el TDAH, es una entidad psicopatológica que influye y es influenciada por las dinámicas intrínsecas de la familia.

Es por esto que el propósito de éste artículo, es reflexionar alrededor del escenario: *familia* y su papel en el tratamiento del niño con TDAH. Discursos como éstos están en el centro de la cuestión sobre el manejo de una entidad tan compleja y que en la actualidad se la considera como una problemática en salud pública infantil (Pineda, 2001, p.p: 5).

Cada día llama la atención el papel que juega la familia como coterapeuta en el tratamiento de niños diagnosticados con TDAH; ya que es ésta la encargada, inicialmente, como institución legal y legítima, de brindar al niño la posibilidad del desarrollo integral de su personalidad, por medio de sus funciones tales como: socialización, protección, compañía, seguridad, crianza, comunicación, entre otras. Puesto que a medida que pasan los años la sociedad le asigna a dicha institución gran variedad de funciones que trascienden su papel inicial, por ejemplo uno de dichos papeles es la labor como copartícipe de procesos más complejos como, en este caso, el desarrollar funciones coterapéuticas en el tratamiento de niños con diagnóstico de TDAH.

La literatura, por su parte, brinda referentes al respecto en otros trastornos; Rodas, R. y Cols, describen en su investigación LOS PADRES COMO COTERAPEUTAS: UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DEL AUTISMO, la importancia de la familia dentro del tratamiento del niño autista, resaltando que la familia puede ser una variable contaminadora o bien una variable facilitadora en el tratamiento del autismo.

El tratamiento del TDAH, se realiza desde hace ya mucho tiempo con base en el tratamiento farmacológico (Metilfenidato) y en la implementación independiente de técnicas conductuales, los cuales han traído sobre la salud de los niños resultados

evidentes (reducción de la excesiva actividad motriz y “posible” activación de procesos de atención sostenida) pero no totalmente satisfactorios. Por tanto, actualmente, lo que propone la literatura contemporánea en cuanto al tratamiento del trastorno, es el desarrollo de tratamientos multimodales, que incluyan a la familia como facilitadora o copartícipe de tratamientos efectivos y eficaces, utilizando estrategias o herramientas como los programas de economía de fichas, los cuales se sustentan desde procedimientos sistemáticos y organizados de manejo de contingencias que puedan crear, mantener y generalizar en la casa las conductas deseadas, trabajadas inicialmente en el ambiente psicoterapéutico.

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es una alteración del Neurodesarrollo, en donde los síntomas más característicos son: inatención, hiperactividad e impulsividad, los cuales se muestran más frecuentes y severos que los observados en otros niños de la misma edad e igual nivel de desarrollo. Por lo general, dichos síntomas aparecen antes de los 7 años de edad y se expresan en más de un contexto; es decir se manifiestan tanto en la casa, en la escuela como en la sociedad en general; escenarios en los cuales los niños expresan verbalizaciones como “qué aburrido hacer esto”, volviéndose así molestas y monótonas todas las actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido; es por esa razón que, en la mayoría de ocasiones, este trastorno comienza a percibirse claramente cuando el niño inicia su etapa escolar, sus labores académicas, puesto que estas le exigen un proceso atencional sostenido que no le exigían otros escenarios. Por lo tanto, dichos elementos de inatención, hiperactividad e impulsividad interfieren significativamente en el desarrollo educativo, psicosocial y familiar del niño.

La etiología del Trastorno Hiperactivo de la conducta, tal como lo denomina la CIE - 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tal como lo denomina el DSM – IV TR (American Psychiatric Association, 2000), en la actualidad no se conoce del todo; es decir no existe hasta la fecha información acerca de encontrar una única causa; por tanto se considera que es un trastorno que en sus raíces tiene implícita una serie de elementos (neurobioquímicos, neuroanatómicos y neuropsicológicos) que explican y argumentan la manifestación de dichos comportamientos.

La literatura científica (Acosta, M, T, 2000) expresa que en el TDAH están comprometidos neurotransmisores como la dopamina, la noradrenalina y la norepinefrina; que existen alteraciones en las regiones de la corteza prefrontal, en los ganglios basales, el sistema límbico y en el lóbulo frontal, específicamente en el inadecuado funcionamiento de las funciones ejecutivas, las cuales son conceptualizadas como:

Pistoia (2004) encontró que: un conjunto de habilidades cognitivas que operan para dar lugar a la consecución de un fin establecido con anticipación. Las funciones ejecutivas permiten el diseño de planes, la selección de conductas, la autorregulación de los procesos para la consecución del objetivo a realizar, la flexibilidad y la organización de la tarea propuesta (pp:149).

La función ejecutiva, entonces, sirve para que el ser humano pueda hacer una representación mental a futuro, una planeación a posteriori. En los niños con

diagnóstico de TDAH, se presenta una seria alteración en dicha función, ya que con frecuencia les cuesta prever las consecuencias de sus actos a futuro.

La inatención, hiperactividad e impulsividad, como ya se había mencionado antes, se muestran como los síntomas más sobresalientes del trastorno; los niños con este diagnóstico continuamente responden antes de haber terminado de enunciarle las preguntas, se entrometen continuamente en conversaciones de otros, reaccionan impulsivamente a estímulos cotidianos, tienen expresiones de excesiva actividad motora, pobre acatamiento de normas, cometen errores por no prestar atención a los detalles, se levantan del puesto constantemente, corretean por todos lados, incluso en lugares en donde es inapropiado hacerlo, se les dificulta esperar turnos, en fin, expresan gran variedad de síntomas y comportamientos, que pueden estar presentes en otras entidades psicopatológicas, como por ejemplo en un problema marcado de ansiedad, de depresión o de hipertiroidismo, etc.

Entonces, para poder realizar un adecuado diagnóstico de este trastorno, es necesario descartar la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad o la presencia de alguna enfermedad orgánica que explique mejor la manifestación de dicha sintomatología; es por eso, que se ve la necesidad de hacer una evaluación clínica rigurosa, estricta y ética que permita vislumbrar la verdadera etiología de los comportamientos que afectan el desenvolvimiento del niño.

Cabe anotar aquí que los hijos de personas que durante su infancia padecieron este cuadro clínico tienen más tendencia a adquirirlo, así como también, los hermanos biológicos de niños con TDAH tienen más factor riesgo de presentar el trastorno o trastornos asociados (tales como el trastorno oposicionista o trastornos de conducta) que los hermanos no biológicos.

Acosta (1999). "Los individuos afectados tienen mayor riesgo de patologías psiquiátricas y trastornos en el desempeño social, de acuerdo con la edad (Cantwell 1996; Richters et al., 1995). También en la adolescencia y en la vida adulta se ha observado una mayor frecuencia de drogadicción y alcoholismo, personalidad antisocial y un nivel educativo y laboral inferior a lo esperado en comparación con individuos normales (Milberger et al., 1988; Shaywitz & Shaywitz, 1987; Shaffer, 1994)" (p.p:4)

Dicho trastorno, en la actualidad se observa como una entidad nosológica descrita y definida en todos los "rincones" del mundo, presentando niveles de prevalencia como los descritos en el DSM IV, los cuales van desde un "3 a un 5% de la población escolar" (American Psychiatric Association, 1994, p.p: 86.); en Colombia (Pineda, 2001, p.p: 5)¹, se muestra como una problemática infantil crónica sintomáticamente evolutiva, la cual debe ser atendida holísticamente con suma inmediatez, puesto que sus niveles de incidencia y prevalencia cada día son más altos, convirtiéndose así en un problema de salud pública.

¹ Pineda D.A. et al, Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. REV NEUROL 2001; 32 (3): [Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3203/k030217.pdf>]. [Consulta: 21 de junio de 2006].

En contraste con los resultados expuestos por el Dr. David Pineda sobre el nivel de prevalencia de TDA en Colombia; en la República Argentina, después de un estudio preliminar de prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en preescolares, realizado por los Licenciados Ruben O. Scandar y Mariano Scandar², encontraron niveles de prevalencia significativos que confirman aun más la realidad del trastorno.

Estos niveles de prevalencia, cada día exige, por parte de los equipos interdisciplinarios, variedad de reflexiones, siendo así una de las problemáticas más consultadas dentro del quehacer psicológico; en donde los padres continuamente se aquejan de los comportamientos expresados por sus hijos tanto en el ámbito familiar como en el escolar y social; presentando continuamente en el ambiente terapéutico quejas como: “mi hijo no presta atención, parece cazando ‘moscas’ en el aire, la profesora continuamente se queja del comportamiento de mi hijo en el salón de clase, corretea por toda la casa, cuando vamos al supermercado toma el carrito y corretea con él por todo el supermercado botando los alimentos y productos al suelo...”.

Investigaciones demuestran que éste es un trastorno que se evidencia con mayor frecuencia en varones; sin embargo cabe aclarar aquí que también se diagnostica en mujeres. En varones existe mayor tendencia del TDAH predominio Hiperactivo-Impulsivo o tipo combinado y en las mujeres, por lo general, existe más tendencia a diagnosticar TDAH predominio Déficit de Atención. Este último, por su parte, ha demostrado la experiencia clínica que tiende a maquillarse con más facilidad que los otros dos tipos restantes; puesto que son niños que no interrumpen con las actividades educativas, pasando en muchas ocasiones frente a sus padres y docentes como niños muy juiciosos y disciplinados.

2. RETOMANDO LA HISTORIA DEL TDAH

GUTIERREZ, C, José y REY, S, Francisco (2000) *“Las características del síndrome hiperkinético fueron descritas en un libro infantil alemán escrito, en 1863, por Heinrich Hoffman y titulado el ‘Inquieto Felipe’, si bien el TDAH no tuvo un amplio reconocimiento hasta hace tres décadas en que se acompañó de una explosión de publicaciones y artículos en la literatura científica, clínica y popular. El concepto y la terminología han evolucionado a lo largo de los años a medida que el síndrome hiperkinético se ha hecho mas comprensible”* p.p: 335.

Si nos devolvemos cronológicamente al pasado nos damos cuenta que dicho trastorno acompaña la esencia del ser humano desde la creación de su especie; sólo que en la antigüedad no se prestaba atención a los comportamientos que hoy en día resultan disruptivos y desadaptativos. Por tanto, dicha transformación de nombres y entidades que identifican al TDAH, obedece más a vislumbrar este cuadro como una problemática que aqueja a un sistema holista tal como lo es, el ser humano, el cual no solo es sistema

² Scandar R, Scandar M. Estudio preliminar de prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en preescolares de la República Argentina. [Disponible en: <http://www.aapi.org.ar/Aapi/ArchivosTDAH/Estudio%20preliminar%20de%20prevalencia%20del%20%20Trastorno%20por%20Deficit%20de%20Atenci%F3n%20e%20Hiperactividad%20en%20preescolares%20de%20la%20Republica%20Argentina.pdf>] [Consulta: 1 de Abril de 2009].

orgánico sino más bien un sistema organísmico que afecta y es afectado por su ambiente, por su cultura, por su familia, en fin, por gran cantidad de variables que están inmersas en su conformación y construcción.

A lo largo de la historia, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, ha recibido gran variedad de nombres desde su aparición, algunos autores clásicos tales como: G.F. Still en 1902, F. G. Ebaugh 21 años después, Kahn y Cohen en 1934, Strauss, Laufer y Denhoff, Bradley, Birch y otros han contribuido con sus diversas investigaciones en la clarificación del trastorno; en un principio se hablaba de un daño cerebral evidente, de disfunción cerebral mínima, secuelas Neuropsiquiátricas de la encefalitis que generaba cambios cerebrales estructurales, síndrome orgánico cerebral caracterizado por un alto grado de hiperactividad, incoordinación motora y la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas y, finalmente, en primera instancia, por medio del DSM II en 1968 como reacción hipercinética de la infancia, la primera descripción clínica del cuadro, en el que se ve afectado la manifestación comportamental del niño. Posteriormente, el CIE-9 en 1978 lo define como síndrome hipercinético, el DSM III en 1987 como déficit de atención con hiperactividad, el CIE-10 en 1992 como trastornos hipercinéticos, y finalmente el DSM IV en 1994 introduce tres subtipos (Tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención y tipo con predominio hiperactivo-impulsivo).

3. FAMILIA Y TDAH.

“Las cosas vivas tienden a unirse, a establecer vínculos, a vivir unas dentro de las otras, a regresar a ordenamientos anteriores, a coexistir cuando es posible. Es el curso del mundo”

LEWIS THOMAS

Desde los primeros inicios con el Homo Sapiens, la especie humana ha estado dentro de un conjunto de seres humanos, los cuales le brindan amor, cariño y protección; dicho conjunto se ha establecido al pasar de la historia como un grupo social bajo el nombre de Familia, el cual se ha convertido cada día en el núcleo básico y primordial dentro del desarrollo psicosociocultural del individuo.

Cada vez más, en el campo de la salud mental, el concurso de la familia en el acompañamiento de los tratamientos de sus hijos se considera una variable *sine qua non* que garantiza mejores resultados; puesto que esta agrupación humana, es considerada como un espacio de socialización primaria donde las vivencias cotidianas ponen de manifiesto los problemas a los cuales la familia tiene que enfrentarse, que no solo afectan la homeostasis de la familia sino también la salud mental del menor.

La familia, es entonces, una entidad que se encuentra en todas las sociedades humanas; sin embargo la estructura y el papel que desempeña dicha entidad varían según la sociedad y la cultura. En nuestro contexto, la familia es una estructura primordial dentro del crecimiento y desarrollo de la persona; puesto que es éste escenario el encargado de dar al infante las primeras herramientas de socialización (socialización primaria) para que en un futuro pueda entablar procesos más complejos de interacción y comunicación en la sociedad en general.

Minuchin (1981) “La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca”. (p.p 25.)

Por tanto, se describe a la familia como un sistema social en el que se desarrollan gran variedad de interacciones complejas bidireccionales, en donde las conductas de cada miembro influyen en los demás; dando como resultado procesos dinámicos de socialización y de apoyo como los que se buscan fortalecer: el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas como las programadas dentro del tratamiento de niños diagnosticados con trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad. Es por esa razón que se visibiliza a la familia como un sistema, un conjunto, una totalidad, la cual es más que la suma de sus partes, puesto que es un sistema complejo de interacción, comunicación y socialización.

Berk (1999) “Entre las funciones de la familia, la socialización ha sido la de mayor interés para los investigadores del desarrollo del niño... los padres siendo sensibles a las conductas y necesidades de los niños; utilizan el razonamiento, la explicación y la disciplina inductiva para promover la moralidad y el autocontrol; atribuyen los fracasos de los niños a una falta de esfuerzo en lugar de, a una baja capacidad y es así como pueden contribuir en gran medida en la formación integral de los niños” (p.p: 738)

Por tanto, lo que busca la familia en principio, como sistema institucional, es asegurar de alguna u otra manera la longevidad y supervivencia de los suyos. Este sistema social, actualmente continua desarrollando funciones como la reproducción, la socialización y el apoyo emocional que se presentan como elementos importantes en el desarrollo conductual, cognitivo y emocional del menor. El papel de la familia como facilitadora y copartícipe en el tratamiento del niño con diagnóstico de TDAH, es entonces sumamente importante en la consecución de objetivos terapéuticos.

Propuestas como estas, de adherir a la familia como un recurso indispensable en el manejo del niño con TDAH, lo refiere la literatura científica (Caballo, V, E y Simon, M, A, 2004, p.p: 365), es en la actualidad una de las más importantes alternativas que pueden atenuar los síntomas del trastorno y mejorar las condiciones de relaciones del grupo familiar que lleve a dicho sistema a experimentar una convivencia sana y pacífica. Por otro lado, aunque los factores psicosociales no se consideran actualmente como causa principal; se tiene en cuenta que el desarrollo de conflictos a nivel familiar presentes en niños con esta patología ha denotado importancia en el desarrollo de los síntomas o en la aparición de comorbilidad a nivel conductual.

Entonces, para poder presentar alternativas de tratamientos en donde los padres sean copartícipes, éstos tienen que partir en primera medida con la clara aceptación del diagnóstico; puesto que son los padres los primeros encargados en conocer y reconocer que la manifestación de los comportamientos disruptivos y desadaptativos que presentan sus hijos con diagnóstico de TDAH no se deben a falta de voluntad por parte del niño y mucho menos que son consecuencias de un problema de crianza como lo expresan algunos mitos alrededor de este trastorno, sino que se deben más bien a manifestaciones comportamentales que en sus raíces tienen componentes neurológicos, neurobiológicos, neuroanatómicos, neurobioquímicos y neuropsicológicos. Por tanto, en esta línea se siguen considerando como mitos las siguientes afirmaciones:

- Solamente afecta a los niños
- Desaparece en la adolescencia o es un problema que en el camino puede tener cura.
- No afecta a los adultos
- Tiene cura
- El diagnóstico es el errado
- Mi hijo es normalmente inquieto, etc.

Por otra parte, es en la etapa escolar en donde los niños empiezan a presentar los problemas a nivel comportamental e interpersonal; en donde no solo se ven comprometidos los profesionales que trabajan en pro de la salud mental y del comportamiento sino también profesores, compañeros y los mismos **Padres**; los cuales, desde sus relatos, demuestran que a medida que pasan los años y no encuentran solución a las dificultades expresadas por sus hijos, adquieren y desarrollan procesos de desesperanza aprendida que impactan en su rol.

Como se había mencionado en páginas anteriores, el Diagnóstico de TDAH genera consecuencias no solo en el niño sino también en su familia, en su grupo escolar y social, puesto que cuando dos personas deciden iniciar la construcción de una entidad familiar por medio de la procreación de sus hijos, siempre parten del elemento idealista y fantasioso de conformar un conjunto armonioso lleno de felicidad y éxito. A medida que la realidad comienza a recobrar y manifestar sus expresiones, los padres se ven enfrentados a sobrepasar y sobrellevar un sinnúmero de eventualidades y/o situaciones que no tenían en el mapa de sus expectativas. Por ejemplo, las familias que al cabo de los años después de adentrar a sus hijos al ámbito escolar y darse cuenta que estos manifiestan ciertos comportamientos característicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad que entorpecen su desarrollo académico y disciplinario, se ven enfrentados una serie de emociones y sentimientos inesperados.

Entonces, el diagnóstico en sí de este trastorno, es una noticia que de alguna u otra forma impacta y destruye todo un cúmulo de expectativas formadas por los padres, ya que a medida que éste se manifiesta, los padres expresan múltiples verbalizaciones al respecto; tales como: “no sabemos qué es lo que le pasa a mi hijo, parece que las pilas no se le acabaran, en ocasiones lo regañamos, le hablamos por las buenas o por las malas y él pareciera que no entendiera, en algunas ocasiones he hablado con mi esposo y hemos llegado a la conclusión que ‘algunas veces mi hijo hace algo que sirve como la última gota que derrama el vaso’, ya no aguantamos ni un minuto más su comportamiento, ya no sabemos qué hacer, lo hemos intentado todo (desesperanza aprehendida y continuamente reforzada.)”. Por otra parte, en la experiencia clínica se evidencia que a los padres, los comportamientos de sus hijos se les salen de las manos, se notan agotados y las relaciones con los demás miembros de la familia se comienzan a ver afectadas. Los comportamientos de los niños Diagnosticados con TDAH comienzan a afectar tanto el tejido como la estructura familiar; puesto que cuando el padre o madre llegan a su hogar, lo primero que hacen es preguntar cómo se comportó el niño, con el ánimo de saber qué hizo de nuevo o qué dejó de hacer; metafóricamente hablando, el niño se convierte en el punto blanco de la familia; y es solo hasta este momento en donde los padres se dan cuenta que dentro de su familia está interactuando un fenómeno que afecta a todo el sistema familiar y en especial al menor que padece este trastorno.

En este caso particular del trastorno por déficit de Atención con o sin hiperactividad, cuando el núcleo familiar recibe la noticia de que uno o varios de sus hijos tienen dicho trastorno, el sistema familiar se pone a prueba y directa o indirectamente experimenta transformaciones en su **Estructura Familiar**. En ocasiones las familias reaccionan ante el diagnóstico con comportamientos de evitación con los cuales buscan encubrir y protegerse de la realidad desconociendo así la existencia del trastorno, evitando la asistencia a la consulta, demorándose para realizar el diagnóstico, o no confiando en el criterio de “X” profesional, tomando como alternativa llevarlo donde otro; y con sentimientos y pensamientos de culpabilidad que inhiben y obstaculizan el desarrollo de tratamientos integrales en pro del mejoramiento de la salud mental de los niños. Dicha culpa genera internamente en los pensamientos e imaginación de los padres otras explicaciones diferentes a la realidad, negando así el componente neurobiológico de dicho fenómeno y desplegando el desarrollo, ya sea de elementos sobreprotectores que incitan en el niño actitudes de minusvalía innecesarios o elementos instigantes, los cuales no consideran que los comportamientos del niño son característicos del trastorno sino una simple manifestación de pereza o mala voluntad; por tanto los tratamientos solo se desarrollan cuando los padres aceptan el diagnóstico, la realidad del comportamiento de su hijo y accionan mecanismos en pro de la salud mental de éstos; de lo contrario se ha visto en la experiencia clínica que de nada sirven los procesos psicoterapéuticos y/o psicopedagógicos, ya que es necesario reforzar en la familia lo que se hace en dichos ambientes. Así es como se cree de gran importancia tener en cuenta la estructura familiar en la cual esté inmerso el niño con TDAH para la implementación de estrategias conductuales, como por ejemplo programas de economía de fichas, los cuales necesitan del compromiso claro y continuo de los padres; puesto que de esto depende en gran parte la efectividad o inefectividad del curso del tratamiento.

4. MODIFICACIÓN DE CONDUCTA (ECONOMÍA DE FICHAS)

La modificación de conducta es un conjunto de técnicas psicológicas que trabajan en pro del tratamiento de los trastornos mentales. En el proceso de modificación de conducta, las técnicas empleadas se dirigen hacia los comportamientos observables del ser humano.

Dentro de las estrategias de modificación de conducta existen los programas de economía de fichas, los cuales se utilizaron inicialmente en hospitales mentales y su objetivo general era producir conductas útiles y constructivas y eliminar los aspectos negativos de las conductas de los pacientes.

El desarrollo de estrategias conductuales como el programa de economía de fichas, pretende, por medio de un proceso sistemático y organizado, realizar un procedimiento de recompensas por fichas que contribuya en la modificación de las conductas observables, en este caso de las conductas disruptivas y desadaptativas de niños con diagnóstico de déficit de atención con o sin hiperactividad.

- I. Cuando se involucra a los padres en proceso psicoeducativos y se utilizan estrategias conductuales como el *role playing*, se busca que dichas personas comprendan las manifestaciones y características del trastorno y logren así una mejor comprensión tanto de los síntomas como de los sentimientos de sus hijos con respecto a la educación que ellos ejercen.

Este ejercicio pretende dar la posibilidad de que los padres se observen a sí mismos y realicen distinciones con respecto a una gran variedad de comportamientos y actitudes, que favorecen el adecuado tratamiento de sus hijos, y en la labor coterapéutica que ellos como padres podrían ejercer en casa.

II. Un programa de economía de fichas debe establecer tres principios básicos, tales como:

1. **Identificar las conductas metas** (Tharp y Wetzel, 1969; Bandura, 1969.), esa identificación de respuesta, es necesaria en la posterior determinación de la tasa o magnitud del reforzamiento, así como para determinar si serán necesarios los procedimientos de *costo de respuesta*³. El equipo en salud mental debe ofrecer a los padres una lista de comportamientos de los expresados por ellos mismos en el ambiente psicoterapéutico como las causas del problema o el motivo por el cual llegaron a consulta.
2. Los padres deben definir la moneda en uso. Los padres crearán la moneda particular a utilizar en el proceso. (Bandura, 1969; Baer y Sherman, 1969).
3. El equipo de salud mental y los padres deben concertar, cuál va a ser el diseño que se va a emplear para la realización del cambio: en éste principio, es necesario que se determine tanto los artículos exactos o privilegios por los que se pueden cambiar las fichas, como la frecuencia con que dichos cambios se pueden dar. Posteriormente se debe realizar con los niños una lista jerarquizada de los reforzadores positivos.

En los niños diagnosticados con TDAH, el intervalo de tiempo asignado para dicho cambio no debe ser muy prolongado, puesto que estos niños, al tener muy poca tolerancia a la espera y manifestar elementos marcados de impulsividad, evacuan el proceso inmediatamente sin importarles si ganan o dejan de ganar fichas.

Dentro de los procesos de sensibilización y capacitación que los terapeutas deben hacer con los padres, es necesario explicarles a éstos que, en primer lugar, hay que tener en cuenta que el tipo de reforzadores varía de sujeto a sujeto y, en segundo lugar, que existen *reforzadores de apoyo* tales como: dinero, alimentos y juguetes; lo mismo que refuerzo social y privilegios de conductas intangibles como: salidas especiales al cine, espectáculos... Estos últimos representan una utilización directa de los principios Premack, ya que están directamente relacionados con las actividades preferidas, las cuales puede servir también de reforzadores para el niño.

III. **Tasa de cambio:** se refiere a los dos tipos de valores de intercambio:

- el # de fichas ganadas por el desempeño de actividades no preferidas.
- el # de fichas necesario para la administración de reforzamiento.

³ Este procedimiento implica el retiro del reforzamiento contingente sobre una respuesta designada. Ejemplos de costo de respuesta son la reducción del salario por las llegadas tarde, o el negar un privilegio por una conducta inadecuada, tomado de: Rimm, David y Master, John. Terapia de la conducta. Ed. Trillas. México, 1984.

IV. CONDICIONES PARA LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ECONOMÍA DE FICHAS

- Control sobre la Administración del reforzamiento: Reforzamientos como alimentos y dulces, se deben administrar de manera contingente.

Los reforzadores y castigos deben poseer las tres premisas básicas para que en realidad sean efectivos y por tanto trabajen en pro de la creación y mantenimiento de la conducta deseada de los niños, dichas premisas son: **Contingencia, Autenticidad y Potencia.**

- Coordinación de personal: Es de suma importancia que los padres y terapeutas a cargo del manejo de contingencias o economía de fichas, se coordinen para que así pueda trabajar como un equipo que observa, registra y responde a las conductas metas de manera precisa y ética.
- Definición de conductas meta: especificación de respuesta: Es necesario especificar clara y concretamente las conductas que se pretende modificar.
- Especificación de las conductas que son alternativas positivas a conductas problemas: Además de clarificarle a los padres las conductas problemas, es necesario clarificarle las conductas metas o deseadas, las cuales empiezan a jugar el papel de conductas alternativas. Ejemplo: no pide permiso cuando quiere salir. Pide permiso cuando quiere salir.
- Especificación de reforzadores: Se debe clarificar con los niños cuales van a ser los diferentes reforzadores a utilizar para aumentar la conducta deseada. De ahí que es importante en un principio realizar una lista jerarquizada de los refuerzos positivos de cada niño. *En esta especificación de los reforzadores pueden aportar también de forma significativa los hermanos de los niños* (muestreo de actividades).
- Especificación de la contingencia y magnitud del reforzamiento: debe haber total claridad por parte de las personas que están implementando este programa de cuántas fichas, cuántos reforzadores se deben administrar, cuándo reforzar, a quién reforzar o con cuáles reforzadores; es decir; el refuerzo utilizado debe ser directamente proporcional a la conducta realizada; si es una conducta que requirió de gran compromiso y esfuerzo por parte del niño, el refuerzo debe ser (en potencia, intensidad y contingencia) directamente proporcional a la conducta realizada por parte del niño.

El programa de economía de fichas debe estar sustentado con base en observación directa y sistemática de los procedimientos.

La potencia del reforzamiento, debe ir directamente correlacionada con la claridad, especificidad y el grado de dificultad de la conducta deseada. Por lo tanto, es necesario que tanto el equipo de salud mental como los padres evalúen con el niño la calidad del comportamiento ejecutado, de manera que la fichas administradas por “X” comportamiento sean las justas.

Procedimientos de desvanecimiento: El eje primordial de este punto es que mientras se empiecen a retirar y/o desvanecer gradualmente las contingencias que antes eran intencionalmente administradas, las conductas modificadas persistan, ésto con el fin de que las conductas creadas se mantengan y el niño logre una verdadera autorregulación de su comportamiento disruptivo y desadaptativo.

Caballo, V, E y Simon, M, A. (2004). “El entrenamiento de padres posee una larga tradición en el campo de la modificación de conducta como alternativa a los enfoques tradicionales de la psicoterapia con niños y adolescentes” (Pág. 365).

Lo anteriormente descrito, sirve como base fundamental para la realización de un tratamiento integral, en el cual se incluya la labor de la familia como coterapeuta, puesto que lo que se busca, es entrenar a los padres de niños diagnosticados con TDAH, en el manejo organizado y sistemático de herramientas de modificación de conducta; es decir específicamente en el manejo adecuado de administración de contingencias.

4. FAMILIA, TDAH Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. UNA ALTERNATIVA POSIBLE DE TRATAMIENTO

Como se conoce alrededor de la literatura científica (Orjales, I, 2000.), el TDAH implica componentes de inatención, hiperactividad e impulsividad, los cuales interfieren tanto en el contexto social, educativo como familiar; como lo han venido demostrando los estudios de prevalencia que cada día lo destacan como un problema de salud pública. Esta problemática, ya sea por el desconocimiento por parte de los padres o por la ausencia de un diagnóstico, cada día se vuelve mas crónica y atropella sin medida a una entidad como la familia, la cual en ocasiones se ve carente de recursos para encararla; corresponde entonces empoderar a la familia para que asuma el acompañamiento de su hijo desde funciones coterapéuticas con los recursos que la psicología ofrece.

Rodas, R. (1999) expresa que “(...) es obvio que el coterapeuta probablemente va a ser un padre o una madre que deben ser abordados como un adulto definido como aquella persona productiva socialmente, que tiene necesidades de suficiencia respecto a sí mismo y al medio que lo rodea. Estas expectativas se frustran al tener un hijo especial debido a que se rompe el esquema esperado (concebir hijos sanos), provocándole desconcierto y decepción al tener que llenar las necesidades de un niño a quien desconoce y que nunca esperaba, creando confusión y nuevos cuestionamientos sobre hasta dónde podrá llegar su hijo y cómo puede ayudarlo, siendo una posibilidad la de asumir un papel como un coterapeuta” (p.p: 25).

Al ser el TDAH un trastorno tan caracterizado por afectar diversas facetas del ser humano, se destaca con gran importancia la necesidad de programar y ejecutar un proceso de intervención, que plantee de base, procesos multimodales; es decir que, sin ser utópico, cubran escenarios tales como la familia, la cual desde el comienzo del diagnóstico se ve afectada y/o transformada.

M. Pistoia, L. Abad-Mas, M.C. Etchepareborda (2004). “En la actualidad, la literatura científica habla de los beneficios asociados a los abordajes multimodales. El informe del National Institute of Mental Health (NIMH) asigna a los tratamientos combinados un papel esencial. La experiencia clínica del TDAH muestra que la intervención multimodal ofrece resultados favorables en la población afectada. Este tipo de abordaje

debe considerar, dentro de sus objetivos generales, no sólo el aspecto farmacológico, sino también el contexto psicosocial del niño y su familia desde un modelo integral”. (p.p: 149)

Dicho tratamiento multimodal, se propone desde una perspectiva conductual, en donde la familia (padres y hermanos de los niños diagnosticados con TDAH) aporte significativamente como coterapeuta en el manejo de conductas desadaptativas en el ambiente natural en donde se presentan, de tal manera que se puedan promover su atenuación.

Por tanto, el entrenamiento a padres en técnicas de modificación de conducta como los programas de economía de fichas, nace como una alternativa al enfoque tradicional de la terapia infantil, la cual en épocas anteriores parecía brindar resultados no tan satisfactorios en el tratamiento de las problemáticas infantiles. Es así como surge la necesidad de desarrollar estrategias que permitieran en el niño la generalización de los logros desde el contexto de aplicación del tratamiento (espacio psicoterapéutico) hasta los escenarios naturales como la escuela o la familia en los que realmente se presentaba el problema.

Caballo, V, E y Simon, M, A. M. (2004) “la incorporación a la aplicación del tratamiento de personas vinculadas al sujeto y pertenecientes a su medio natural permitía no solo superar las insuficiencias de los centros tradicionales de tratamiento (escasez de terapeutas, limitaciones físicas y económicas, etc.) sino que también reducía costes (tanto temporales como de personal y de padecimiento subjetivo) e incrementaba la eficacia y la eficiencia de las intervenciones. De hecho, en última instancia, lo que todo ello ponía de manifiesto era la necesidad de introducir un cambio en el modelo terapéutico tradicional, lo cual condujo directamente al desarrollo de los enfoques conductuales y al incremento del compromiso e implicación de los padres en el tratamiento de los problemas que presentaban sus hijos.” p.p. 368

Es así como este tipo de abordajes, se perfila como una alternativa posible de tratamiento, en la medida que promueva hábitos saludables tanto para la familia como para el niño y, por consiguiente, logre modificar las conductas problema que inhiben y/o entorpecen, ya sea el adecuado desarrollo del niño o del sistema familiar del cual hace parte.

La familia, entonces se convertirá en el elemento clave en la consecución de las metas terapéuticas del tratamiento; puesto que ellos serán las personas encargadas de intervenir contingentemente cuando la conducta problema se presente.

Caballo, V, E y Simon, M, A. (2004) “la intervención alcanzará su mayor grado de eficacia, si se interviene en el medio familiar, cuando sea este, claro está, el contexto en el que se hallan las variables relevantes del mantenimiento de la conducta problema” Pág. 368

De ahí que es de suma importancia capacitar a los padres o a cualquier otro adulto (tío(a), abuelo(a), etc) significativo en el contexto familiar, la persona que más tiempo comparta con el niño y que, con su conducta o con su estructura psicológica, pudiera estar contribuyendo, ya sea en el mantenimiento de la conducta problema o en la creación de nuevas conductas problemas.

Rodas, R. (1991) “La meta es capacitar coterapeutas, que estando involucrados emocionalmente con el niño, le puedan brindar una asistencia que le permita un desarrollo adecuado a las exigencias sociales, mediante la utilización de recursos educativos y técnicas para entrenar en forma flexible, a una persona con necesidades educativas especiales, partiendo de su dimensión humana, logrando cambios que lo beneficien en su crecimiento y lo lleven hacia mejores condiciones” (p.p: 27).

La familia, por tanto, tiene en sus entrañas gran variedad de recursos para lograr una adecuada intervención; pues son los miembros de este núcleo social, por una parte, los directamente implicados y encargados de observar con detalle la manifestación de las conductas problemas o desadaptativas en el niño y por otra, son las personas que más tienen a la mano el conocimiento de los reforzadores más potentes y significativos para el niño, tales como: la atención, el afecto, entre otros.

Entonces este tipo de intervenciones aporta a la psicología una nueva alternativa por medio de interacciones transitivas entre psicólogo – niño – padres al contrario de lo expuesto en la terapia tradicional psicólogo – niño.

El campo de la psicología tiene disponibles diferentes recursos de entrenamiento a padres en técnicas específicas de manejo conductual; por ejemplo, en el caso de los niños con diagnóstico de TDAH, la economía de fichas es el recurso que tiene como objetivo conseguir cambios positivos en las conductas problema que el niño presenta, las cuales resultan ser para los padres el motivo primordial de consulta y, como se conoce en la literatura actual las familias, a pesar de ser un potencial importante en el manejo, no se les ha entrenado para que tenga una participación mucho más activa en el tratamiento del niño con TDAH.

Rodas, R. (1991). “La capacitación como coterapeuta requiere de un proceso que lleve la aceptación de la problemática de su hijo, lo que implica su conocimiento desde el punto de vista etiológico, sin clasificar al niño, ya que esto solo conduce a que se mire los déficit de su comportamiento, sin tener en cuenta las capacidades y potencialidades que puede proyectar, permitiendo contemplar las diversas posibilidades que tiene el niño”

Teniendo en cuenta lo anterior, se propone en este artículo que la familia, como coterapeuta en el tratamiento del TDAH, puede servir y contribuir a que el niño con este diagnóstico desarrolle y fortalezca habilidades en cuanto al diseño de planes, organización, selección de conductas, autorregulación de los procesos para la consecución de la meta que quiere conseguir, flexibilidad y organización de la tarea propuesta.

Es por eso que se considera que la familia es una variable que influye en el desarrollo del tratamiento; puesto que es éste sistema el que va a servir como facilitador externo del niño ayudándole a tener un proceso sistemático y ordenado en la ejecución de sus rutinas diarias y cotidianas. Dichas rutinas estarían incluidas en la base y sustento de un programa de economía de fichas, el cual es un *Procedimiento de recompensas por fichas* que consiste en desarrollar procesos sistemáticos de reforzamiento de conductas adecuadas y castigo de conductas inadecuadas o desadaptativas. Los padres serán los encargados, junto con sus hijos, de evaluar las conductas a modificar, las cuales deben

realizarse todos los días con el ánimo de revisar y registrar qué conductas problemas se han modificando y las que faltan por modificar; todo esto con el fin de que los niños aprendan a autorregular y autocontrolar las conductas características del trastorno, que en la mayoría de los casos resultan disruptivas y desadaptativas e impactan en la dinámica del sistema familiar.

Dentro de la implementación, dicho enfoque conductual se inicia resaltando la importancia de entrenar y/o capacitar a los padres en estrategias de modificación de conducta, específicamente en el manejo, control y registro de programas de economía de fichas, puesto que son estos los que tienen la posibilidad de tener contacto más directo e inmediato sobre las conductas problema de su hijo y, por ende, en el manejo organizado y sistemático de las contingencias de refuerzo, las cuales pueden ser las responsables ya sea de la creación y/o mantenimiento de dichas conductas.

Según Bayés (1983): “las estrategias conductuales tuvieron a su favor tanto su sencillez como la facilidad para verificar objetivamente los resultados obtenidos, lo cual permitió/permite a los padres aprender a tomar decisiones que resulten racionales y eficaces (en tiempos relativamente cortos).” (Rodas, 1991,p.p: 28)

Por tanto, la psicología, como ciencia que apuesta al estudio del ser humano, cada día lo que pretende es incluir a la familia como institución y entidad importante de la sociedad en procesos que contribuyan a la salud mental, tanto de dicha institución como de cada uno de sus integrantes. Para lograrlo, los padres deben realizar procesos en los que se les eduque.

En conclusión, esta apuesta pretende aportar elementos complementarios al tratamiento farmacológico, que hasta hace unas décadas atrás era la única posibilidad en el tratamiento de estos niños; y en segundo lugar, desplegar herramientas desde la psicología como ciencia que se ocupa de lo humano por medio del sistema familiar, el cual actualmente no solo cumple funciones en cuanto a la crianza, socialización, comunicación, etc, sino que también puede ejercer funciones como coterapeuta en el tratamiento de sus hijos con TDAH, en donde busca trabajar en pro tanto de la atenuación de las conductas problemas como de la prevención de la adquisición y creación de nuevos trastornos comportamentales de sus hijos.

BIBLIOGRAFIA

- Acosta, M, T. (2000) “Aspectos neurobiológicos del déficit de tención/hiperactividad. Estado actual del conocimiento”. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, Medellín- Colombia, Vol 2 N° 1, abril.
- Asociación Americana de Psiquiatría [American Psychiatric Association] (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]*. 4° edición. Washington: American Psychiatric Press.
- Barkley, R. (1999) *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Paidós, Barcelona.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Berk, L. (1999) *Desarrollo del niño y el adolescente*. Cuarta edición. Prentice Hall. España, 738.

- Bradley, C. (1937) "The Behavior of Children Receiving Bazedrine", *American Journal of Psychiatry*, 94: 577 -585.
- Caballo, V, E y Simón, M, A. (2004) *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*, ediciones pirámide, Madrid, España; 365.
- Etchepareborda MC. (1999) "Subtipos neuropsicológicos del síndrome disatencional con hiperactividad". *Rev Neurol*; 28 (Supl 2): 165-73.
- F. G Ebaugh. "Neuropsychiatric Sequelae of Acute Epidemic Encephalitis in Children's", *psychiatry quarterly*, 31: 72 – 92.
- Forns, M. (1993). *Evaluación Psicológica Infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Gutiérrez, C, José y Rey, S, Francisco. (2000) *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y el adolescente*. SmithKline Beecham. Madrid; 335.
- Herbert G. Birch. (1964) *Brain Damage in Children*, William y Wilkins.
- Kahan, E. y Cohen, L. H. (1934) *New England Journal of Medicine*, 210: 78.
- M. Pistoia, L. Abad-Mas, M.C. Etchepareborda. (2004) "Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones". *Rev Neurol*; 38 (Supl 1): S149-S155.
- Marcelli, D. y Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Maurice W. Laufer, Eric Denhoff y Solomons. (1957) Hiperkinetic "Impulse Disorder in Children's Behavior Problems", *Psychosomatic Medicine*, Vol. XIX, núm. 1.
- Minuchin S, Fishman H. C. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Ediciones Paidós, Buenos Aires – Argentina.
- Orjales, I. (1999) *Deficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Ed. CEPE, Madrid.
- Orjales, I. (2000). *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Niños hiperactivos, impulsivo y desatentos: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?* Ed A.C. Madrid.
- Orjales, I., Polaino-Lorente, A. y Ávila, C. (1997b). *Eficacia diferencial y diversidad de procedimientos terapéuticos: hacia un enfoque interdisciplinar e integrador* (pp.201-214). En A. Polaino-Lorente (Dir). Manual de hiperactividad infantil. Madrid: Unión Editorial. Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Orjales, I. (1992b). *Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperkinético*. Tesis
- Pineda, D.A., Henao, G.C., Puerta, L.C., Mejía, S.E., Gómez, L.F., Miranda, M.L., Rosselli, M., Ardila, A., Restrepo, M.A., Murrelle, L. y Grupo de Investigación de la Fundación Universidad de Manizales. (1999). "Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencias de atención". *Revista de Neurología*, 28, 365 – 372.
- Pineda, D.A., Lopera, F., Henao, G.C., Palacio, J.D. y Castellanos, F.X. (2001). "Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana". *Revista de Neurología*, 32, 217 – 222.
- Rimm, David y Master, John. (1984) *Terapia de la conducta*. Ed. Trillas. México.
- Rodas R. (1992) *Análisis Conductual Aplicado*. Ed. Universidad de Manizales, Colombia.
- Rodas, R., y Cols. (1995). "Los padres como coterapeutas: una alternativa de tratamiento". *Revista Documentos DINA*, No. 5 [1995] y Cinco Módulos de Padres Coterapeutas: 5a, 5b, 5c, 5d y 5e.; No. 6 [1998]. Ed. Universidad de Manizales, Colombia.
- Still, G. F. *Some Abnormal Psychical Conditions*, Lancet 1: 1077 – 1082.

- Strauss A. A. y Lehtinen, L. (1947) *Psychopatology and Education of the Brain – Injured Chile*, Grune and Straton.
- Suarez I, Paniagua, D. (2000) *Al lado del Hiperactivo. Una mirada desde la familia, el aula y la sociedad*. Fundación ciudad don Bosco, Medellín – Colombia.