



Revista Argentina de Clínica Psicológica
ISSN: 0327-6716
racp@aigle.org.ar
Fundación Aiglé
Argentina

Delgado Mejía, Iván Darío; Rubiales, Josefina; Etchepareborda, Máximo Carlos; Bakker, Liliana;
Zuluaga, Juan Bernardo

Intervención Multimodal del tdaH: El papel coterapéutico de la familia

Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXI, núm. 1, abril, 2012, pp. 45-51

Fundación Aiglé

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281925884005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INTERVENCIÓN MULTIMODAL DEL TDAH: EL PAPEL COTERAPÉUTICO DE LA FAMILIA

Iván Darío Delgado Mejía, **, Josefina Rubiales***, Máximo Carlos Etchepareborda*, Liliana Bakker*** y Juan Bernardo Zuluaga*****

Resumen

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que exige la necesidad de establecer programas sistemáticos de intervención multimodal, en los cuales se considere la heterogeneidad del trastorno. Así como se debe tener en cuenta la presencia de los síntomas en dos o más ambientes para su diagnóstico; para su intervención resulta pertinente la participación activa de éstos. El presente trabajo tiene por objetivo analizar la importancia del papel de la familia como coterapeuta en el tratamiento multimodal del niño diagnosticado con TDAH, así como proponer un programa con estrategias de intervención.

Palabras clave: TDAH, tratamiento, intervención multimodal, familia.

Key words: ADHD, treatment, multimodal intervention, family.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es una alteración del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia de un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en las personas con un grado de desarrollo similar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Los mencionados síntomas interfieren en el desenvolvimiento del niño en varios de los escenarios en los que interactúa; es decir: en la familia, la escuela y la sociedad en general. En el contexto familiar de niños diagnosticados con TDAH, se han puesto en evidencia múltiples situaciones, tales como estrés, desconfianza, autoatribuciones negativas, sentimientos de ineficacia y frustración frente

al rol parental, violencia intrafamiliar, inadecuado manejo de pautas comportamentales, estilos de disciplina hostiles, punitivos o permisivos, deterioro de las relaciones entre padres e hijos y entre hermanos, entre otras (Miranda, Grau, Marco, Roselló, 2007; Presentación, García, Miranda, Siegenthaler, Jara, 2006); que tienden a alterar la dinámica familiar y a potenciar las dificultades y síntomas del niño con TDAH, afectando su estado emocional, conductual y su desempeño escolar (Foley, 2011).

De esta manera, el impacto familiar puede influir en el establecimiento de estilos parentales hostiles, punitivos y agresivos provocando una exacerbación de los síntomas característicos del trastorno contribuyendo a una dinámica bidireccional con reacciones desadaptativas.

A partir de lo mencionado, el propósito del presente artículo es analizar la importancia del rol de la familia como coterapeuta en el tratamiento multimodal del niño con diagnóstico de TDAH, así como proponer un programa con estrategias de intervención.

Respecto al tratamiento se debe considerar no solo la incorporación del asesoramiento a los padres con entrenamiento en técnicas de manejo de conducta, sino también la inclusión de intervenciones grupales donde los padres generen técnicas de resolución de problemas, de reestructuración cog-

* Iván Darío Delgado Mejía, Máximo Carlos Etchepareborda. Laboratorio para el Estudio de las Funciones Cerebrales Superiores (LAFUN)

** Josefina Rubiales, Iván Darío Delgado Mejía. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

*** Liliana Bakker, Josefina Rubiales. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

**** Juan Bernardo Zuluaga, Facultad de Psicología. Universidad de Manizales, Colombia

E-Mail: ivandelgado11@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 45-51

© 2012 Fundación AIGLÉ.

nitiva y de relajación; herramientas que les ayudará a reducir la tensión y el estrés producto del comportamiento de sus hijos, y así también contribuir a una cualificación progresiva de las intervenciones. Actualmente dicha temática se encuentra ampliamente en estudio, ya que el TDAH es un trastorno complejo y controversial (Etchepareborda y Diaz-Lucero, 2009), que tiende a considerarse como una problemática de salud pública infantil, debido a sus elevados niveles de prevalencia e incidencia.

Desarrollo

Índices de prevalencia e incidencia

El TDAH en la actualidad se observa como una entidad nosológica descrita y definida vastamente en la comunidad científica, presentando niveles de prevalencia como los descritos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), los cuales van desde un 3 a un 5 % de la población escolar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Estudios recientes indican que el TDAH presenta una prevalencia mundial del 5 % en niños en edad escolar (Polanczyk, de Lima, Lessa Horta, Biederman y Rohde, 2007) y es más frecuente en niños que en niñas con una relación de tres a uno (Valdizán, Mercado, y Mercado-Undanivia, 2007).

Estudios como estos y los realizados por Cardo y cols. (Cardo, Servera-Barceló, 2005) en Mallorca, España y Pineda en Colombia (Pineda y cols., 2001), ha permitido ubicar al trastorno como una problemática infantil crónica sintomáticamente evolutiva que requiere de un tratamiento holístico. El TDAH es uno de los trastornos más consultados en la labor de los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental y neurológica de la infancia, los niños con síntomas de TDAH ocupan entre el 30 y 40% de las consultas en los centros de salud mental infantil (Barkley, 1998a).

Los estudios actuales aportan claras evidencia en relación a la carga genética del TDAH, demostrando a partir de estudios familiares, de gemelos y adopción, que la heredabilidad puede alcanzar a ser algo superior al 70% (Barkley, 1999; Plomin, De Fries, McClean y Mc Guffin, 2002).

Tratamiento multimodal

El tratamiento multimodal abarca la atención en diversas áreas, tanto farmacológicas como no farmacológicas. Incluye el tratamiento individual al niño con TDAH, el tratamiento farmacológico y la orientación psicosocial. El tratamiento individual se

orienta a estimular y mejorar las habilidades emocionales, de comunicación, sociales y cognitivas del niño; el tratamiento farmacológico se dirige a mejorar la sintomatología específica del trastorno; y la orientación psicosocial se focaliza en asesorar a padres y docentes en la comprensión y atención del niño.

Intervención farmacológica con psicoestimulantes

El medicamento de elección para el tratamiento del TDAH es el metilfenidato (Ritalina), el cual ha mostrado una rápida absorción por vía oral, que se incrementa cuando se suministra con alimentos, con una biodisponibilidad muy variable del 30 al 80%, pero con una baja unión a las proteínas del plasma (<15%). La medicación atraviesa muy rápidamente la barrera hematoencefálica, por lo cual su efecto se inicia dentro de la primera hora, su acción máxima se observa alrededor de las 3 horas y desaparece en 4 a 6 horas. Esta corta vida media es una de las principales desventajas del metilfenidato pues hay que suministrarlo en 2 a 4 tomas al día, dependiendo de la jornada académica o laboral de los pacientes, este inconveniente es la mayor limitación de uso en los adolescentes y en los adultos (Abikoff y Gittelman, 1985; Barkley, 1998 b; Dupaul, Barkley y Connor, 1998; Elia y cols., 1999; Goldman, Genel, Bezman y Slanetz, 1998; Greenhill, 1992; National Institute of Health (NIH) Consensus, 1998; Salle y Gill, 1998; Shapiro, Neurobase IV, 1998; Wender, 1987).

Se ha diseñado una forma de acción retardada (Ritalina SR) pero su farmacoquinesia es errática y sus efectos sobre el control de los síntomas ha sido menor en la mayoría de los estudios. En el año 1986 se diseñó una forma de liberación osmótica, llamada también metilfenidato OROS (Osmotic release oral system) (Concerta), que se presenta en cápsulas con microgránulos de 18, 36 y 54 mgs (Swanson, Greenhill, Pelham y cols., 1986). En abril de 2002 laboratorios Novartis lanzó la forma Dexmetilfenidato (Focalin) que tiene la misma eficacia del metilfenidato pero con la mitad de la dosis. Se presenta en tabletas de 5, 10 y 20 mg. Tiene la ventaja de ser de formulación con menos controles que el metilfenidato.

La dosis recomendada de metilfenidato para el tratamiento del TDAH es de 0,5 a 1 mg/kg/día, repartida en 3 tomas en el día (cada 4 horas), preferiblemente después de los alimentos. La medicación se presenta en tabletas de 10 mg y debe formularse bajo control especializado para evitar el riesgo de abuso por personas que no la necesitan. Los efectos secundarios más frecuentemente informados son la anorexia, la pérdida de peso, la ansiedad, el insom-

nio, la taquicardia, la sequedad en la boca, el dolor epigástrico, las cefaleas y la frialdad en las extremidades. Estos efectos secundarios están relacionados con la dosis.

Importancia del papel coterapéutico de la familia en el tratamiento del TDAH

En el campo de la salud mental, la intervención de la familia en el acompañamiento de los tratamientos de sus hijos, se considera una condición *sine qua non* que garantiza buenos resultados. Los padres necesitan ser educados sobre la problemática de sus hijos para lo cual son necesarios servicios de apoyo y atención no sólo destinados al niño, sino también a los padres y a la familia en general (Foley, 2011).

La familia es una agrupación humana que en el curso del tiempo elabora pautas de interacción que rigen el funcionamiento de cada uno de los miembros, define su gama de conductas, facilita su interacción recíproca (Minuchin y Fishman, 1984), brinda elementos para el desarrollo psicosocial del sujeto y actualmente cumple funciones coterapéuticas que contribuyen significativamente en la evolución de los tratamientos.

La familia educa a los hijos directamente, por sus intervenciones educativas intencionadas y asimismo indirectamente, por el ambiente en el que viven diariamente. Por lo cual es fundamental que exista en el interior de la familia un clima adecuado que satisfaga las necesidades de todos, a la vez que establezca interacciones participativas por medio del contacto directo (Torío López, Peña Calvo, Rodríguez Menéndez, 2008).

Se ha comprobado que los tratamientos aplicados por los padres en ambientes naturales, en los lugares y momentos en los que la conducta es realizada, son los más efectivos. El entrenamiento de los padres en estrategias de modificación de conducta se evidencia de vital importancia, toda vez que es en el ambiente familiar donde se ven reflejadas las problemáticas producto de la sintomatología propia del trastorno.

El papel coterapéutico de los padres se basa en el entrenamiento en técnicas de manejo conductual, tales como: la aplicación contingente del reforzamiento o de castigo como consecuencia de las conductas adecuadas o inadecuadas, respectivamente. Los refuerzos generalmente consisten en elogios, privilegios o fichas; los castigos generalmente consisten en la pérdida de la atención positiva, de privilegios, de fichas o del refuerzo.

Propuestas como esta, de adherir a la familia como un recurso indispensable en el manejo del

niño con TDAH, lo refiere la literatura científica (Caballos y Simón, 2004), 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 mejor convivencia. Si bien los factores psicosociales no se consideran causa de este trastorno, sí se tienen en cuenta; puesto que el desarrollo de conflictos a nivel familiar presentes en niños con esta patología ha denotado la exacerbación de los síntomas o la aparición de comorbilidad a nivel conductual.

La aceptación del diagnóstico por parte de los padres es el punto de partida para que el papel coterapéutico de los padres dentro del tratamiento multimodal se ejecute con eficacia. Ellos son los encargados en conocer y reconocer que los comportamientos disruptivos y desadaptativos que presentan sus hijos no se deben a falta de voluntad por parte del niño y mucho menos que son consecuencias de un problema de crianza tal como lo expresan algunos mitos alrededor de este trastorno; sino que se deben a manifestaciones comportamentales que en sus raíces tienen componentes neuroanatómicos, neurobioquímicos y neuropsicológicos que necesitan de intervención profesional para su control.

El diagnóstico del trastorno por lo general se realiza cuando el niño inicia su etapa escolar; puesto que es en ese momento en donde comienzan a ser evidentes los problemas a nivel académico, comportamental e interpersonal. Cuando el núcleo familiar de los niños con TDAH recibe la noticia de que uno o varios de sus hijos tienen dicho trastorno, el sistema familiar se pone a prueba y experimentan transformaciones en su dinámica. 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 un profesional, tomando como alternativa cambiar de profesional; y con sentimientos y pensamientos de culpabilidad que inhiben y obstaculizan el desarrollo de tratamientos integrales. 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, y accionan me-

canismos 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 farmacológicos, ya que es necesario reforzar en la familia lo que se hace en dichos ambientes. Si bien el tratamiento del TDAH realizado desde hace ya mucho tiempo con base en el tratamiento farmacológico y en la implementación de técnicas conductuales ha demostrado resultados favorables sobre el comportamiento de los niños, éstos resultados no terminan siendo aún totalmente satisfactorios en relación con la naturaleza y evolución de la problemática.

Lo que propone la literatura es el desarrollo de tratamientos multimodales, que incluyan a la familia como facilitadora y copartícipe a partir de herramientas que se sustentan en procedimientos sistemáticos que dan la posibilidad de crear, mantener y generalizar en la casa las conductas deseadas, trabajadas inicialmente en el ambiente psicoterapéutico y la oportunidad de que los padres de los niños afectados aprendan, interioricen, afronten y respondan adecuadamente a las manifestaciones propias del trastorno por medio de conductas plausibles y no a través de manifestaciones agresivas producto del estrés que finalmente deteriora su salud mental, incrementando aún más las dificultades del seno familiar y a su vez exacerbando la sintomatología del cuadro. La experiencia clínica del TDAH muestra que la intervención multimodal ofrece resultados favorables. 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 (Pistoi, Abad-Mas, Etchepareborda, 2004).

Propuesta de un modelo de intervención con familias de niños con tdaH

Después de describir las ventajas que refiere la literatura científica con respecto a los modelos de intervención multimodal, se presenta una propuesta, la cual está basada en el desarrollo de las siguientes etapas:

Etapa I: Psicoeducación

Objetivos:

- Brindar material bibliográfico sobre el TDAH.
- Fomentar en los padres conocimiento y educación sobre el TDAH.

Desarrollo: El conocimiento científico sobre el trastorno permite esclarecer un sinnúmero de inquietudes que se gestan en medio de la realidad de la sintomatología y sus consecuencias. Permite mi-

nizar al máximo los mitos y falsas creencias con respecto al trastorno; y por ende asumir acciones reales frente al diagnóstico y tratamiento.

Etapa II: Terapia grupal de padres

Objetivos:

- Motivar la implementación de redes de apoyo entre padres de niños diagnosticados con TDAH en las que se sientan comprendidos.
- Contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud mental de los padres de niños diagnosticados con TDAH.

Desarrollo: Este proceso permite formar redes de apoyo entre los padres frente a los comportamientos de sus hijos. El hecho de compartir experiencias, escuchar y percibir que otros padres atraviesan la misma situación genera la posibilidad de adherir nuevas estrategias de abordaje a partir de la experiencia del otro y posibilita la reducción de las fuentes de estrés. Dentro de esta etapa se implementan diversas herramientas que permiten trabajar a favor de la salud mental de los padres y por ende, de los niños con TDAH.

a. **Role playing:** Se recrean escenas de difícil manejo con sus hijos. La dinámica consiste en que algunos padres asuman el rol de hijos y otros el de padres. En este ejercicio participan además los hermanos de los niños diagnosticados con TDAH. Por medio de esta herramienta se busca que los padres interioricen las manifestaciones y características propias del trastorno previamente estudiadas en la etapa de psicoeducación 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 como padres. 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 pueden llegar a favorecer o desfavorecer el adecuado tratamiento de sus hijos.

b. **Imitación:** Es un camino de formación y aprendizaje. Desde Bandura (Vaughan, 2010), con su experimento de aprendizaje y agresión, se ha evidenciado la importancia de la imitación en la creación y modificación de conductas. En este sentido los padres se visualizan como el principal modelo para los niños; por tanto, depende de la manifestación conductual de ellos las conductas llevadas a cabo por sus hijos.

c. **Terapias de relajación:** Se basan en técnicas básicas de respiración (inhalación-exhalación)

aunado a la contracción y distención de los músculos. Esta técnica busca que los padres desarrollen estrategias de reducción del estrés y les posibilite responder de forma asertiva a las manifestaciones disruptivas de sus hijos.

d. Técnicas cognitivas: Por ejemplo, detección del pensamiento, re-estructuración cognitiva. Los padres aprenden a identificar la secuencia de sus reacciones verbales/no verbales ante los comportamientos de sus hijos. Se identifica por medio de autoregistros o role playing el pensamiento automático y repetitivo que ejercen los padres ante una conducta disruptiva de su hijo y a partir de ello se dan nuevas alternativas cognitivas y conductuales que permitan cuestionar la validez de esos pensamientos y promover un cambio.

Resolución de problemas: Esta técnica está orientada para entrenar a los padres en habilidades que le permitan afrontar efectivamente diferentes problemas, contribuye por tanto, en la reducción de estrés y ansiedad y proporciona herramientas necesarias para la toma de decisiones. Se parte de la identificación del problema, se describe la conducta habitual de respuesta a dicho problema, se identifican diferentes alternativas de resolución, se jerarquizan de dichas alternativas y se evalúa cada una en relación a sus consecuencias.

a. Comunicación asertiva: Se retoman situaciones pasadas en donde se crea que se haya actuado de manera no-asertiva. Se escribe la situación y se identifica qué tan asertivo se actuó. A partir de dicha identificación se proponen nuevas alternativas que logren transmitir el mensaje en el lugar y en el momento más oportuno, con el mejor tono de voz y con las palabras más indicadas. El fin último de esta técnica es entrenar a los padres a compartir pensamientos, decisiones y emociones sin necesidad de agredir a nadie.

Etapa III: Modificación de conductas

Objetivos:

- Modificar en el ambiente familiar conductas disruptivas y desadaptativas de niños diagnosticados con TDAH.

Desarrollo: La modificación de conducta es un conjunto de técnicas propias de la psicología conductual que trabajan en pro del tratamiento de los

trastornos mentales. Dentro de dichas técnicas se encuentran 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.

Para establecer un programa de Economía de Fichas, se deben manejar cuatro principios básicos, tales como:

1. Identificar las conductas metas: Establecimiento jerarquizado de las conductas problemas. Este procedimiento, es necesario en la determinación de la tasa o magnitud del reforzamiento y en el costo de respuesta.
2. Definición de la ficha: Es necesario que esa ficha posea características que por sí solas estimulen al niño. Por ejemplo: ficha con una imagen que le guste al niño.
3. Criterios de Reforzamiento: Establecimiento del diseño para el cambio del refuerzo. Determinar tanto los artículos o privilegios exactos por los que se pueden cambiar las fichas como la frecuencia con que dichos cambios se podrían dar. En los niños diagnosticados con TDAH, el intervalo de tiempo asignado para dicho cambio no debe ser muy prolongado, puesto que las alteraciones en el control de espera evacuan el proceso de inmediato, sin importarles si ganan o empiezan a perder fichas.
4. Tasa de cambio (Rimm y Master, 1984): se refiere a dos tipos de valores de intercambio:
 - El nº de fichas ganadas por el desempeño de actividades no preferidas.
 - El nº de fichas necesario para la administración de reforzamiento.

Las condiciones para que un programa de economía de fichas sea efectivo son: ejercer control sobre la administración del reforzamiento, tanto padres como profesionales deben manejar los mismos criterios para la observación, registro y administración del refuerzo y el castigo, clara definición de conductas meta, especificación de reforzadores, la contingencia y magnitud del reforzamiento y el establecimiento de procedimientos de desvanecimiento.

Conclusión

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 (Caballo, y Simón, 2004). Lo anterior sirve de 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 y de técnicas que contribuyan en su salud mental y por ende, en la de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abikoff, H. y Gittelman, R. (1985). Hyperactive children treated with stimulants. *Archives of General Psychiatry*, 42: 953-961.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. (1998a). Attention deficit hyperactivity disorder. En E.J. Mash y R.A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 55-110). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998b) *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. 2nd edition. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender a sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V.E. y Simón, M.A. (2004). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cardo E. y Servera-Barceló M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40: 11-15.
- Dupaul, G.J., Barkley, R.A. y Connor DF. (1998). Stimulants. En R.A. Barkley (Editor), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 2nd edition* (pp. 510-551). New York: The Guilford Press.
- Elia, J., Ambosini, P.J. y Rapoport, J. (1999). Treatment of Attention – Deficit- Hyperactivity Disorder. *The New England Journal of Medicine (NEJM)*, 340: 780-788.
- Etchepareborda M.C y Diaz Lucero A. (2009). Aspectos controvertidos en el trastorno de déficit de atención. *Medicina*, 69, 51-63.
- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 39-49.
- Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J. y Slanetz, P.J. (1998). Diagnosis and Treatment of Attention – Deficit/ Hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA*, 279, 1100-1107.
- Greenhill, L.L. (1992). Pharmacologic Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 1-27.
- Minuchin, S. y Fishman, H.C. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Ediciones Paidos.
- Miranda, A., Grau, D., Marco R. y Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención /hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44, 23-25.
- National Institute of Health (NIH) Consensus (1998). Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Consensus Development Conference Statement*, 16 (2).
- 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.
- Pistoia, M., Abad-Mas, L. y Etchepareborda, M.C. (2004). Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones. *Revista de Neurología*, 38 (1), 149-155.
- Plomin, R., De Fries, J., McClean, G., y Mc Guffin, P. (2002). *Genética de la conducta*. Buenos Aires: Ariel Ciencia.
- Polanczyk, G., de Lima, S. M., Lessa Horta, B., Bierderman, J. y Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal Psychiatry*, 164, 942-948.
- Presentación, M.J., García, R., Miranda, A., Siegenthaler, R. y Jara, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42, 137-143.
- Rimm, D. y Master, J. (1984). *Terapia de la conducta*. México: Trillas.

Salle, F.R. y Gill, H.S. (1998). Neuropsychopharmacology III; Psychostimulants. En CE. Coffey, R.A. Brumback. *Textbook of pediatric neuropsychiatry*, p.p. 1351-1372. Washington: American Psychiatric Press.

Shapiro, B.K. Neurobase IV (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Arbor Publishing Corp.

Swanson, J., Greenhill, L., Pelham, W. y cols. (1986). Initiating Concerta® (OROS methylphenidate HCl) in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Research*, 3,59-76.

Torío López, S., Peña Calvo, J.V. y Rodríguez Menéndez, M. C. (2008). Estilos Educativos Parentales. Revisión Bibliográfica y Reformulación Teórica. *Teoría de la Educación*, 20, 151-178.

Valdizán, J., Mercado, E., y Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, 44 (2), 27-30.

Vaughan, H. (2010). *Psicología Social*. España: Editorial Médica Panamericana.

Wender, P.H. (1987). *The Hyperactive Child, Adolescent, and adult*. New York: Oxford University Press.

Recibido: 8-5-11
Aprobado: 5-10-11

Abstract: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that requires the need for systematic programs multimodal intervention, in which consider the heterogeneity of the disorder. Just as we must take into account the presence of symptoms in two or more settings for diagnosis, intervention is appropriate for their active participation. This paper aims to analyze the important role of the family as co-therapist in the multimodal treatment of children diagnosed with ADHD, and propose a program with intervention strategies.