

Revisiones. Revisión sistemática

Un enfoque sistémico familiar para el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Chile, 2018)

CRISTIÁN PIZARRO GATICA, ARTURO ROIZBLATT SCHERZER

CRISTIÁN PIZARRO GATICA
Psiquiatra infantojuvenil.
Unidad de Neuropsiquiatría
Infantil, Hospital Gustavo Fricke;
Hospital Naval de Viña del Mar.
Valparaíso, R. de Chile.

ARTURO ROIZBLATT SCHERZER
Psiquiatra de adultos.
Departamento de Psiquiatría y
Salud Mental Campus Oriente.
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.
Santiago, R. de Chile.

FECHA DE RECEPCIÓN: 26/09/2022
FECHA DE ACEPTACIÓN: 23/10/2022

El trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad (TDAH) es una patología prevalente durante la infancia, considerada hasta hace algunas décadas como una entidad neurobiológica. Posteriores investigaciones, sin embargo, han señalado la importancia de las relaciones familiares en su evolución clínica. Se ha descrito que los factores familiares en niños con TDAH son predictores significativos de su persistencia en el tiempo. Por este motivo, es relevante comprender el rol que desempeñan las familias en los niños con TDAH. **Objetivo:** hacer una revisión de la influencia de las relaciones familiares en la evolución del TDAH. **Método:** se complementa revisión señalada con la presentación de un caso clínico. **Conclusión:** si se compara la terapia farmacológica con el tratamiento multimodal, este último presenta mejores resultados. En la búsqueda de bibliografía se utilizaron las siguientes bases de datos: PubMed (MEDLINE), ClinicalKey (Elsevier), SpringerLink, Wiley Online Library, EBSCO Host y Biblioteca Digital UV (Universidad de Valparaíso, Chile).

Palabras clave: Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad – Incidencia de relaciones familiares en TDAH – Tratamiento farmacológico – Terapia familiar.

A Family Systemic Approach to the Pharmacological Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Chile, 2018)

Attention deficit disorder with or without hyperactivity is a pathology prevalent during childhood that, until a few decades ago, was considered a neurobiological entity. However, subsequent research has pointed out the importance of family relationships in their clinical evolution. It has been explained that family factors in children with ADHD, are significant indicators of its persistence over time. For this reason, is very relevant to understand the role that families play in children with ADHD. **Objective:** to review the influence of family relationships on the evolution of ADHD. **Method:** the review is complemented with the presentation of a clinical case. **Conclusion:** if pharmacological therapy is compared with multimodal treatment, the latter presents better results. The following databases were used in the literature search: PubMed (MEDLINE), ClinicalKey (Elsevier), SpringerLink, Wiley Online Library, EBSCO Host, and UV Digital Library (Universidad de Valparaíso, Chile).

CORRESPONDENCIA
Cristián Pizarro Gatica.
La Santa María N° 145, Concón,
Valparaíso, Chile;
cristianpiga@gmail.com

Keywords: Incidence of Family Relationships in ADHD - Pharmacological Treatment - Family Therapy.

Introducción

El trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) es un cuadro clínico caracterizado por síntomas de desatención, impulsividad e hiperactividad, los cuales se presentan precozmente, asociándose con deterioro funcional [2]. El TDAH constituye una patología prevalente durante la infancia, la cual era considerada hasta hace algunas décadas como una entidad neurobiológica. Posterioras investigaciones, sin embargo, han señalado la importancia de las relaciones familiares en su evolución clínica, a la vez que han destacado que no se manifiesta en solo una presentación clínica. Así lo establecen distintas clasificaciones internacionales, que reconocen la existencia de subtipos de este trastorno: el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) [2] lo clasifica por lo menos en cuatro variantes; y la *Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en dos categorías [30].

El TDAH es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente de la niñez. En EE.UU. tiene una prevalencia de 9,5% a 11% en la población de 3 a 17 años [38, 6] y en Chile, de un 7,5% entre los 4 y los 18 años [18]. Se encuentra entre los trastornos psiquiátricos más determinados genéticamente, aunque los factores no hereditarios también contribuyen a su etiología [21].

Las distintas presentaciones clínicas hoy vigentes avalan el concepto de «espectro clínico» para el déficit atencional [25, 9]. Lo importante de esta perspectiva es que el tratamiento no se centra exclusivamente en lo farmacológico. Opera con una visión amplia de la persona, en la cual se destacan tanto la individualidad del niño o adolescente que consulta por este diagnóstico, como el contexto familiar en que se desenvuelve.

En la perspectiva señalada, el objetivo de este artículo es describir aspectos del TDAH que van más allá del diagnóstico y tratamiento farmacológico, y dar una visión más integrativa para enfocar esta patología.

Características del TDAH

El DSM-5 define el trastorno por déficit aten-

cional con hiperactividad (TDAH) como el patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, y se caracteriza por inatención y/o hiperactividad o impulsividad, síntomas que se han mantenido «durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales».

En cuanto a la *Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades* (CIE-10) [30], considera como síntomas del TDAH el déficit de atención, la hiperactividad e impulsividad.

En los niños con TDAH existe un compromiso en las funciones ejecutivas, esto es, aquellas actividades mentales complejas necesarias para adaptarse al entorno y alcanzar metas. En los casos de TDAH de tipo hiperactivo y combinado, es afectado el control inhibitorio que compromete la memoria de trabajo y la capacidad de planificación [36]. Las dificultades en el control inhibitorio provocan impulsividad motora y cognitiva, lo que genera problemas en la relación con el medio familiar, escolar y social [33]. Los problemas para focalizar y sostener la atención, y la impulsividad, provocan que se omitan señales emocionales importantes, lo que genera dificultades para adaptarse [20].

Ahora bien, diversos estudios han encontrado que el TDAH no se distribuye de forma uniforme en los estratos sociales y tiene mayor prevalencia en los niños de familias con menor nivel socioeconómico [35]. Más allá de eso, sin embargo, desde hace ya bastante tiempo se han reportado hallazgos que apoyan la existencia de una asociación entre los síntomas de un niño con TDAH y el estilo de crianza ejercido por los padres [23, 8]. Y, asociado con ello, se ha examinado la evolución de este trastorno en las distintas etapas del desarrollo del niño.

Evolución del TDAH en la niñez

En un niño de párvalo, las conductas del TDAH se consideran de origen genético (base biológica), por lo que los padres y sus hermanos lo reconocen como «diferente o dañado». Con el niño se desarrolla un conflicto de «lucha» permanente debido a sus

conductas de desobediencia y al incumplimiento de normas familiares, lo que puede generar un vínculo disfuncional con él. Esto habitualmente contribuye a un aumento del estrés conyugal, generando que los padres se culpen entre sí.

En la *etapa preescolar* se hacen evidentes los problemas de desatención, la hiperactividad e impulsividad. Los padres dedican mayor tiempo al manejo de los problemas y demandas de ese hijo, refiriendo sentimientos de frustración e incapacidad, junto con expresar la poca disposición de tiempo con que cuentan para dedicar a sus otros hijos. A ello se suma que el estrés de los cónyuges altera la comunicación y la intimidad entre ellos, perturbando su vínculo de pareja. También entre los hermanos de un niño con TDAH se producen, en forma temprana, conflictos de rivalidad y celos, ya que los padres les dedicarían menos tiempo, por estar centrados en el que les exige mayor atención.

En los *primeros años de colegio* emergen problemas en el desarrollo de la personalidad del niño, al presentar dificultades en el autocontrol, en la tolerancia a las frustraciones, retraso en el aprendizaje y dificultades en las habilidades sociales. Los padres, generalmente, declaran presentar mayores problemas en el manejo de su hijo en esta etapa y manifiestan desaliento, falta de esperanza y ambivalencia en la entrega de afecto hacia él. En los cónyuges aumenta el estrés ya mencionado, se genera un menor soporte emocional entre ellos y un avance en el deterioro de la comunicación y la intimidad. Por su parte los hermanos se angustian cada vez más y continúan reclamándoles a los padres, al mismo tiempo rechazan a su hermano con TDAH y, finalmente, lo aíslan.

En la *etapa media del colegio* aumentan los problemas de conducta tanto en la casa como en la escuela. A los problemas experimentados en etapas anteriores, se agrega angustia, depresión y mal rendimiento escolar. También aumenta la angustia en los padres, que pueden comenzar a desarrollar una crianza punitiva y expresar sentimientos de impotencia e inadecuación respecto del hijo. A su vez, el niño es estigmatizado como la «oveja negra» de la familia y se vuelve víctima potencial de

maltrato. Los conflictos entre los padres se exacerbán, la interacción del diario vivir se hace aún más disfuncional entre ellos, con el consecuente mayor distanciamiento afectivo. Los hermanos del niño con TDAH también se pueden distanciar y/o confrontarse físicamente con él. En los últimos años del colegio los problemas conductuales se generalizan; el adolescente puede sentir rechazo a la vida escolar, ausentándose y hasta siendo expulsado. En el hogar, frecuentemente es explosivo con sus padres y puede comenzar el consumo de drogas e iniciar conductas antisociales. Los padres expresan estar sobrepasados por la presión del colegio y avergonzados ante la comunidad por la conducta de su hijo, y habitualmente manifiestan sentimientos de culpa por sentir «haber fallado» en su rol paternal/materno; no obstante, continúan estigmatizando a su hijo y marginándose de la crianza, lo que aumenta el riesgo de maltrato infantil. Frecuentemente, el matrimonio puede llegar a una crisis conyugal. Al menos uno de los cónyuges presenta depresión y se automargina de los cuidados del hijo, existiendo mayor probabilidad de separación, mientras los hermanos reaccionan con angustia, rabia y descontrol, y también pueden terminar aislándose de la convivencia familiar [19, 26, 31].

Factores de riesgo familiares

Como se ha observado, la evolución clínica del TDAH está asociada a factores de riesgo familiares tales como el estilo de crianza, la comorbilidad, la psicopatología de los padres, el estrés familiar y el nivel socioeconómico [35, 16, 11].

- Estilos de crianza

El factor de riesgo más determinante en la evolución de TDAH es el estilo de crianza familiar, que se asocia de forma directa a la comorbilidad del niño, especialmente a los trastornos de conducta y, también, a la psicopatología de los padres [16, 28, 27].

En general, estilos parentales inadecuados están asociados a mayor gravedad del TDAH y a la presencia de problemas de conducta en la etapa escolar [14]. Así, reportes de niños con TDAH señalan que les afecta de forma negativa un estilo de crianza autoritario, sobreprotector y de poco afecto, así

como un ambiente familiar de baja estimulación y escasa autonomía [10, 7]. Es necesario puntualizar, sin embargo, que la sobreprotección familiar por sí sola no está relacionada, en el tiempo, con un agravamiento del TDAH [35].

La importancia del vínculo entre los padres e hijos con TDAH se basa en que existe una relación directa entre la percepción que los padres tienen de los problemas de conducta de sus hijos y el tipo de relación que establecen con ellos. Al respecto, se ha señalado que cuando los padres se sienten frustrados respecto de un hijo, se desarrolla un vínculo negativo con él; y cuando participan de forma activa y comprometida en su crianza, se establece un vínculo positivo entre ellos [12].

Los problemas de crianza familiar, una de cuyas manifestaciones es la dificultad de poner límites a los hijos [14], se presentan con más frecuencia en madres de niños con TDAH en comparación con su incidencia en madres de niños sin esta patología.

- Estrés en los padres

Se ha descrito que el estrés de los padres afecta de forma directa el estilo de crianza familiar que adoptan con sus hijos con TDAH [14].

Una revisión del TDAH y estrés familiar detectó que los padres de niños con TDAH asociado a comorbilidades como trastorno oposicionista desafiantes y trastorno disocial, presentan altos niveles de estrés, en comparación con padres de niños que no presentan tales condiciones [1]. En un seguimiento de escolares con TDA, se describe que este cuadro persiste en el tiempo en aquellas familias cuyos padres presentan mayor nivel de estrés parental, en comparación con padres que no lo presentan [28].

- Problemas de salud mental de los padres
Hay evidencia en cuanto a que problemas de salud mental de los padres tienen un fuerte impacto en las relaciones familiares y, de forma especial, en sus hijos [23]. Se plantea, al respecto, que la salud mental de los padres es uno de los factores predictivos más importantes de la persistencia de síntomas del TDAH en la infancia [34].

Se ha descrito que las madres de niños con TDAH presentan altas tasas de depresión y de angustia en comparación con madres de niños sin TDAH. Por este motivo, se señala que es muy importante la detección precoz de la depresión en la madre de niños con este trastorno, ya que es un predictor de agravamiento de los problemas de conducta en la adolescencia [15].

Dinámicas familiares y TDAH: transmisión transgeneracional

En sus investigaciones sobre familias de niños con TDAH, Everett y Volgy [19] incorporaron a la evaluación de dichos niños factores como la estructura y el funcionamiento familiar, además de la etapa del ciclo vital en que este se encuentra. Recomiendan así, realizar una evaluación sistémica del niño con TDAH que considere tanto dicha etapa del desarrollo del ciclo vital en que se encuentra, como también la historia familiar, con sus respectivas dinámicas y antecedentes transgeneracionales.

La evaluación transgeneracional de la familia con niños con TDAH aparece como una variable novedosa de análisis a considerar que se suma a los estudios clínicos que asocian el TDAH a factores genético-hereditarios. Se ha observado que padres que tienen un solo integrante de la familia con TDAH reportan más apoyo y recursos en la crianza en comparación con familias en que hay más de un miembro con TDAH, donde los padres expresan falta de apoyo [16].

Para conocer la transmisión transgeneracional del TDAH, Everett y Volgy [19] proponen identificar once marcadores clínicos: 1) la condición psiconeuroológica del niño, 2) las lealtades familiares y vínculos de dependencia con los antepasados, 3) la presencia de un «chivo expiatorio u oveja negra» en las distintas generaciones, 4) un patrón familiar de abuso físico y emocional, 5) un modelo familiar persistente de baja interacción comunicacional, 6) un manejo de crianza deficitario de los padres, con respuestas reactivas e inadecuadas, 7) conflictos con los hermanos y rechazo por parte de ellos, 8) un sentimiento persistente de fracaso escolar, 9) una condición persistente de dificultades en la toma de decisiones y disminución

de las habilidades sociales, 10) un sentimiento persistente de baja autoestima, y 11) un modelo de conflicto conyugal crónico.

Esta evaluación permite detectar dinámicas familiares disfuncionales, tales como problemas de lealtad entre los padres y los abuelos, las que pueden ser intensas y persistir en el tiempo; problemas de lealtad entre cónyuges que presenten una relación afectiva pobre; un patrón familiar disfuncional con relaciones confusas y sin compromiso; un patrón de dependencia, inmadurez, baja autoestima e intensos sentimientos de culpa; dificultades interpersonales entre los integrantes de la familia, que se repiten de forma transgeneracional; además de dificultades en el proceso de separación-individuación de los integrantes de la familia, que también se pueden transmitir de una generación a otra.

Las dinámicas familiares disfuncionales descritas se pueden encontrar en las distintas etapas del ciclo vital de un niño con TDAH y permiten desarrollar un mapa evolutivo con respuestas concretas y específicas de los padres, hermanos y de los cónyuges para cada etapa del desarrollo que vive la familia. En este mapa familiar se puede detectar cómo aumentan de forma progresiva la psicopatología del niño y la disfunción familiar, si la familia no recibe ayuda [19, 32, 29].

El sistema familiar con un niño que presenta TDAH entra en una crisis progresivamente más disfuncional si los integrantes de la familia no logran discriminar entre los síntomas del TDAH, los problemas de conducta y las dificultades en la crianza del niño. En la medida en que los padres puedan distinguir las características específicas de su hijo y el tipo de comunicación que se da con él (pauta relacional), podrán comenzar a llevar a cabo una mejor relación parental.

Conclusión: farmacología y terapia familiar en el tratamiento del TDAH

Se han dado muchas explicaciones para comprender por qué la terapia familiar, siendo una herramienta terapéutica para niños con trastornos psiquiátricos, se utiliza poco en general. Los argumentos que parecen más convincentes son que «la idea de un paciente índice o designado expresa una dis-

funcionalidad familiar y trasmite culpa y rechazo de la familia» y que «la terapia familiar se ha dedicado más a conflictos generales de la familia y no ha integrado la psicopatología infantil» [5].

En el caso del TDAH, pese a toda la información respaldada por diversos estudios, persiste la creencia de que se trata de un cuadro cuya base es exclusivamente biológica y que solo requiere de tratamiento farmacológico. Avalan esta creencia la influencia del uso de psicofármacos en nuestra cultura y la ausencia de los padres en la casa por causas atribuibles a su trabajo, situación que los lleva a depositar la responsabilidad del tratamiento solamente en el fármaco. Los padres tienen poco tiempo para estar con sus hijos y desean soluciones rápidas para superar los problemas de adaptación escolar. También el sistema escolar participa de esta mirada, ya que a veces son los mismos profesores quienes solicitan a los padres que sus hijos sean medicados para que se puedan adaptar al funcionamiento del aula. Esto es muy relevante, ya que los profesionales de la salud se ven presionados por parte de los padres y del colegio para que indiquen al niño solamente fármacos, con lo que se subvalora la participación tanto de los padres como de los profesores en los resultados del tratamiento en el tiempo.

Por la alta prevalencia de factores de riesgo familiares presentes en la evolución del TDAH, es primordial incluir a la familia en la evaluación y tratamiento del cuadro clínico. Esto permitirá, desde el comienzo de la evaluación, ir reconociendo las dinámicas que se presentan entre el niño con TDAH y su familia. De esta manera será posible desarrollar un mapa evolutivo e intervenir a nivel familiar y escolar, para así prevenir problemas en el desarrollo de la personalidad del niño.

En este contexto, la terapia familiar se centra en ayudar a los padres a desarrollar patrones de manejo efectivos de crianza del niño con TDAH, un nivel de cooperación entre los integrantes de la familia y habilidades en la resolución de conflictos. También contribuye a definir la autoridad de los padres, mantener una clara jerarquía entre los integrantes de la familia, una comunicación precisa, junto con

el desarrollo de reglas, roles y rutinas diarias bien definidas y flexibles, que se suman a relaciones familiares cálidas y de apoyo [28, 32, 5].

Caso clínico: evaluación e intervención de un niño con TDAH y su familia

Se presenta un caso clínico real con modificación de los datos de los integrantes de la familia para mantener la confidencialidad. La familia consultó en dos oportunidades, cuando el niño tenía 8 y 11 años, respectivamente, y en ambas ocasiones se realizó una evaluación e intervención familiar a partir de un modelo sistémico. Este consistió en una primera entrevista con el paciente índice y su madre; una segunda entrevista con el niño solo; y una tercera entrevista con ambos padres, para recopilar datos del desarrollo psicoafectivo del niño y ofrecer un plan terapéutico de tratamiento multimodal, que incluía una intervención de terapia familiar.

El paciente es el hijo menor del segundo matrimonio de la madre. Sus padres se separaron cuatro años antes de la primera consulta, el padre mantuvo un contacto regular con su hijo. La madre tiene, de su primer matrimonio, dos hijos adolescentes mayores, que no ven a su padre.

El padre del niño es portador de un TDAH residual, con dificultad para organizarse en lo familiar y laboral, mantuvo diferencias importantes con la madre respecto de la crianza del niño, lo que contribuyó a la separación. La primera consulta fue a los ocho años del niño, estaba cursando tercer año de Educación Básica; teniendo antecedentes de un trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH), trastorno oposicionista desafiante (TOD) y trastorno de aprendizaje, tratados de forma previa con Metilfenidato, con respuesta clínica parcial.

En la primera sesión, el niño asistió a la evaluación de psiquiatría infantil acompañado por su madre. Fue derivado del colegio por «severos problemas de conducta». La madre señaló: «es desordenado, no acata órdenes e insulta a los profesores y en la casa es desobediente, grosero, hurtá objetos y se fuga». Por este motivo, tanto ella como sus hijos mayores aplicaban en la crianza castigo ver-

bal y físico, alternados con períodos de sobreprotección. Ella afirmó ser la que más lo sobreprotege, ya que cuando el niño está bajo el cuidado de sus hermanastros «se porta mejor en la casa». La conducta sobreprotectora de la madre se extiende a sus hijos mayores, lo que favorece en ellos la dependencia afectiva, baja autoestima e inseguridad.

Afirmaron que en el colegio «es siempre inquieto, precipitado, distraído y genera problemas en la sala de clases; no termina lo que comienza, se cansa fácil cuando trabaja, es demandante de atención, se irrita con sus profesores y compañeros cuando le exigen y lo molestan». En los juegos, durante los recreos, «es grosero y brusco y a veces logra integrarse con sus compañeros por períodos cortos de tiempo». La madre agregó que «es cooperador y solidario con niños pequeños, y cariñoso y cuidadoso con los animales».

De acuerdo con la evaluación individual y familiar realizada, se hicieron los diagnósticos de TDAH, TOD y de una disfunción familiar severa, con una estructura de familia ensamblada, desacuerdos permanentes en el estilo de crianza, incongruencia jerárquica en la casa, donde hijos mayores asumen el rol de «padre» o de «pareja» de la madre. Se detectó una escalada de agresividad simétrica con el niño, desarrollándose un vínculo inestable, ansioso-ambivalente con él. No se reconocen sus esfuerzos por mejorar y se considera insuficiente cualquier logro obtenido por el niño.

También se constató que los padres lo corrigen de forma permanente; lo consideran a veces «enfermo» y solo buscan que obedezca; también involucran al hijo en sus diferencias y dificultades (triangulación), de tal modo que los problemas de conducta del niño no se resuelven, más bien se mantienen y se intensifican a través de enfrentamientos, evitaciones e inculpaciones recíprocas. Lo anterior perpetúa las dificultades de los padres en la crianza y los problemas de conducta del niño.

Ambos padres aceptaron iniciar un tratamiento multimodal sistémico para su hijo, comenzando con el uso de fármacos y asistencia a

una psicoterapia familiar cada 15 días, variando los miembros a concurrir.

En la primera intervención de terapia familiar se constató una alta reactividad emocional de la madre respecto de su hijo, tanto ella como los hermanastros se quejaron permanentemente de los síntomas del TDAH del niño y de sus problemas de conducta desde pequeño —desobediencia, agresividad y poca tolerancia a las frustraciones— y mantuvieron al niño en el centro de la atención: se le critica por su inquietud y desatención, se le castiga cuando se frustra y se le agrede si se descontrola, y más tarde se accede a sus demandas. Se verificó un estilo de crianza familiar ambivalente, entre el castigo y la sobreprotección, dinámica que devino en una pauta relacional familiar repetitiva en el tiempo.

Desde el inicio de la terapia familiar, tanto a la madre como a los hermanastros se les hizo difícil clarificar y diferenciar entre los síntomas del TDAH y los problemas de conducta del niño, siendo castigado por ambos tipos de conducta, sin discriminar el origen. Refirieron que desde la niñez temprana el niño se ha mantenido en el centro de la atención debido a sus problemas de conducta; lo perciben en una posición de «oveja negra» o «enfermo», lo que refuerza en un círculo vicioso, sus conductas desadaptativas. Expresaron temor por el futuro del niño, conscientes de la «profecía auto cumplida de la oveja negra». La familia se definió como víctima de esta situación, sumando al dolor actual los antiguos duelos no elaborados de la historia familiar, y poniendo énfasis en el tratamiento farmacológico y la búsqueda de un colegio especial, intentando ubicar fuera del sistema familiar las soluciones a los problemas que estaban viviendo.

En la etapa inicial de la terapia, la madre expresó siempre el deseo de ayudar a su hijo, pero sin lograr mejorar su capacidad para vincularse con él, manteniendo la relación ambivalente de rechazo y protección. También, en este proceso, la madre culpabilizó de forma repetida al padre por la «dureza de su trato» y por su ausencia de la casa.

En las sesiones posteriores, la familia comprendió que es necesario poner límites en la crianza del niño. Lo lograron por breves períodos de tiempo con el apoyo terapéutico, pero luego volvieron a la dinámica familiar disfuncional anterior.

Durante este proceso, tanto el niño como sus hermanastros expresaron ser sensibles a la ausencia de su padre y a la necesidad de cuidar de su madre. Lo anterior dejó en evidencia la falta de elaboración del duelo por la separación matrimonial, desviando la atención a otro foco terapéutico y dificultando los avances en el manejo de la crianza del paciente índice.

En las últimas sesiones, los padres lograron discriminar entre las conductas del TDAH y el TOD que presenta el niño, y tomaron conciencia de las dinámicas familiares relacionadas con la mantención de los problemas de conducta. Como resultado, ambos se comprometieron a concretar acuerdos y llevar a cabo cambios permanentes en la crianza, asumiendo sus roles y jerarquías y acordando hacerse cargo de la responsabilidad principal en la crianza de su hijo. Esto produjo cambios positivos en la dinámica familiar en las siguientes sesiones, que se tradujeron en la mejoría de los problemas de conducta y autoestima en el niño. Al mismo tiempo, este clima emocional familiar, más funcional, posibilitó la apertura de un espacio terapéutico para que los hijos elaboraran el duelo no resuelto.

Después de los primeros cambios producidos en el niño y la familia, a los cuatro meses los padres abandonaron la terapia.

Al cumplir el niño 11 años la madre retomó los controles médicos, esta vez con un hijo preadolescente. Ella refirió que desde seis meses antes el niño presentaba una reagudización de los problemas de conducta, en coincidencia con una flexibilización de las normas en la casa y el cumplimiento irregular del tratamiento farmacológico. En la casa volvió a «estar agresivo, presenta rabietas con descontrol y se automargina cuando se le intenta poner límites». Por otro lado, la madre no habría asistido a sesiones de la psicoterapia individual sugeridas.

En la consulta actual, ella se refirió a un retroceso en los avances de la crianza que se lograron con la terapia anterior. Ahora nuevamente expresó solo quejas y críticas hacia el joven y que él volvió a estar en el centro de la atención familiar. Señaló ella estar cursando una depresión, que atribuye a los problemas de conducta de su hijo, quien expresó sentirse culpable por no poder controlar sus emociones; pidió perdón y prometió que va a cambiar.

En el colegio se mantuvieron los problemas de atención, rendimiento escolar y de adaptación social. Expresó que su ánimo es inestable, se frustra fácilmente ante las dificultades de aprendizaje, es desordenado y molesta a sus compañeros. Reconoció sus errores ante los profesores, pero sus cambios duraron corto tiempo.

Se reinició un nuevo ciclo de terapéutico con sesiones cada 15 días durante dos meses. Se llevó a cabo un tratamiento multimodal con psicoterapia familiar, ahora solo con la madre, ya que en esta oportunidad tanto el padre como sus hermanastros decidieron no participar, delegando la responsabilidad en la madre, que está completamente a cargo del hijo.

En las primeras sesiones, se observó al preadolescente muy distraído, parecía no escuchar, le costaba mantener una conversación y hacía comentarios no atingentes, pero luego evolucionó de forma positiva, mejorando su capacidad de contacto, la tolerancia a las frustraciones y la estabilidad emocional. Esto en coincidencia con que la madre puso límites más claros en la crianza y, a la vez, que estableció una mejor comunicación con su hijo.

Los cambios logrados en esta oportunidad fueron transitorios, volviéndose rápidamente a la dinámica familiar disfuncional previa, por lo que la madre —sobrepasada y dándose cuenta de sus dificultades para relacionarse con su hijo y de las consecuencias que esto implica para su desarrollo—, decidió entregar los cuidados al padre, que tendría mayores competencias parentales y con quien el joven se comporta mejor.

Discusión y conclusiones

Se sabe que el tratamiento farmacológico

sigue siendo la primera herramienta de intervención en el TDAH, ya sean estimulantes o no estimulantes. Los primeros son los que tienen mejor respuesta clínica para todas las variantes del TDAH, aunque la farmacogenética aún no es una herramienta válida para definir cuál tipo de fármaco debe recibir un niño o adolescente con TDAH [39, 13].

Respecto al tratamiento del TDAH en población infanto-juvenil, Danielson ML y cols *et al.* refieren que «la mayoría de los niños y adolescentes con TDAH en etapa escolar reciben solo tratamiento farmacológico y apoyo escolar, mientras que pocos reciben intervenciones psicosociales recomendadas y es necesario hacer un esfuerzo para aumentar el acceso a tratamientos psicosociales que puedan ayudar a cerrar la brecha en el uso de servicios a grupos que actualmente tienen menos probabilidad de recibir tratamiento de calidad» [17].

Respecto a esta última perspectiva, diversas investigaciones señalan la importancia de la indicación de tratamiento multimodal sistémico en un niño con TDAH, una intervención que integra la farmacoterapia, psicoeducación a los padres y entrenamiento al niño en el desarrollo de habilidades sociales a nivel del sistema escolar, todo lo cual mejoraría el pronóstico de su situación [6, 24]. Al respecto, si se compara la terapia farmacológica con el tratamiento multimodal, este último presenta mejores resultados, con un incremento significativo en la mejoría de la conducta del niño, en la crianza por parte de los padres, en el rendimiento académico y en las habilidades sociales [34, 22].

El tratamiento multimodal para niños con TDAH es un aporte importante, ya que amplía y mejora las intervenciones terapéuticas desde lo exclusivamente farmacológico hacia la psicoeducación, el entrenamiento a los padres y la rehabilitación del niño en el ámbito psicosocial [37].

Queda claro que, en las últimas dos décadas, este abordaje es el más validado para el tratamiento del TDAH, pero es muy importante destacar que, en los últimos años, en la literatura científica se incorpora cada vez más el análisis de las dinámicas familiares

disfuncionales, que muchas veces están en la base de la cronificación de las conductas desadaptativas del niño [4].

En la actualidad es necesario aportar este tipo de estrategias a las familias con un niño con TDAH, de manera de reducir el estrés familiar, mejorar la autoestima de sus integrantes y contribuir a cambiar las creencias de los padres sobre sus hijos. Ello requiere que los integrantes de la familia involucrada comparten la información necesaria para dirigir la mirada hacia el interior del funcionamiento del sistema familiar, a fin de que puedan tomar conciencia de las dificultades y motivarse hacia la realización de cambios.

Con los beneficios que se reportan durante este proceso en el corto y mediano plazo, el tratamiento multimodal sistémico surge como una opción válida de rehabilitación, posibilitando la instalación de programas de discusión grupal multifamiliar con padres de niños con TDHA, como parte de planes de salud mental comunitaria. Estos mejoran la motivación para mantener el apoyo profesional, las rutinas familiares positivas, la redefinición de

los problemas y la integración de cambios que mejoren el funcionamiento familiar [3].

Llevar a cabo el tratamiento propuesto implica considerar al niño como una persona que está construyendo su identidad en el sistema familiar y que este representa el eje del proceso de cambio; también implica velar por la adherencia al tratamiento farmacológico y la desestigmatización del niño o del adolescente, tanto a nivel familiar y social como escolar, no negando la enfermedad, sino aceptándola, todo lo cual será parte de las tareas de este enfoque.

Finalmente, se sugiere que la indicación del tratamiento multimodal sistémico en un niño o adolescente con TDAH sea lo más precoz posible, para evitar que la dinámica familiar disfuncional se cronifique y afecte el desarrollo de la personalidad del niño y del resto de los miembros de esa familia.

Agradecimientos

Agradecemos especialmente al Señor Osvaldo Oyarzún Benítez, bibliotecario y Jefe de la Biblioteca del Hospital Naval de Viña del Mar, por su valiosa colaboración en el artículo.

Referencias

1. Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K. Maternal psychopathology and offspring clinical outcome: a four-year follow-up of boys with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(2):253-62. PMID: 27376657 DOI: 10.1007/s00787-016-0873-y
2. American Psychiatric Association. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 59.
3. Bertuzzi M, Castro L, Sazie MJ, Araneda V. Una intervención multifamiliar grupal para el tratamiento del Déficit Atencional: Adaptación, aplicación y evaluación de un programa para el tratamiento familiar grupal de niños con déficit atencional, Unique Minds Program, en el contexto sociocultural chileno. *Fam Ter*. 2011;20(30):9:61-69.
4. Carr A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *J Fam Ther*. 2009;31(1):3-45. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x
5. Carrasco E. Terapia Familiar orientada a niños y adolescentes. En: Roizblatt AS, ed. *Terapia familiar y de parejas*. Santiago y Buenos Aires: Editorial Mediterráneo; 2009. p. 412-25.
6. Chan E, Fogler JM, Hammersmith PG. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: A systematic review. *JAMA*. 2016;315(18):1997-2008. PMID: 27163988 DOI: 10.1001/jama.2016.5453.
7. Chang LR, Chiu YN, Wu YY, Gau SS. Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry*. 2013;54(2):128-40. PMID: 22985803 DOI: 10.1016/j.comppsych.2012.07.008
8. Cherkasova M, Sulla EM, Dalena KL, Pondé MP, Hechtman L. Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(1):47-54. PMID: 23390433
9. Christakis DA. Rethinking attention deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Pediatr*. 2016;170(2):109-10. PMID: 26746874 DOI: 10.1001/jamapediatrics.2015.3372

10. Chu K, Li S, Chen Y, Wang M. Family dynamics in families with children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2012;24(5):279-85. PMID: 25328351 DOI: 10.3969/j.issn.1002-0829.2012.05.005
11. Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, et al. All in the Family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prev Sci.* 2022;1-23. PMID: DOI: 10.1007/s11121-022-01358-4
12. Clime EA, Mitchel K. Parent-child relationship and behavior problems in children with ADHD. *Int J Dev Disabil.* 2017;63(1):27-35, DOI: 10.1080/20473869.2015.1112498
13. Cohen Children's Medical Center, Northwell Health System. The ADHD Medication Guide 2011-2022 [internet]. New York: Northwell Health; 2022. Available from: http://www.adhdmedicationguide.com/pdf/adhd_med_guide_092022.pdf
14. Colomer-Diago C, Berenguer-Forner C, Tárraga-Mínguez R, Miranda-Casas A. Estilos de disciplina y trastornos comórbidos de adolescentes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Un estudio longitudinal. [Discipline styles and co-morbid disorders of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a longitudinal study]. *Rev Neurol.* 2014;58Suppl1:S31-6. PMID: 25252665
15. Corwin M, Mulsow M, Feng D. Perceived family resources based on number of members with ADHD. *J Atten Disord.* 2012;16(6):517-29. PMID: 21799106 DOI: 10.1177/1087054710397133
16. Cussen A, Sciberras E, Ukomunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *Eur J Pediatr.* 2012; 171(2):271-80. PMID: 21743986 DOI: 10.1007/s00431-011-1524-4
17. Danielson ML, Visser SN, Chronis-Tuscano A, DuPaul GJ. A national description of treatment among United States children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr.* 2018;192:240-6.e1. PMID: 29132817 DOI: 10.1016/j.jpeds.2017.08.040
18. De la Barra FE, Vicente B, Saldivia S, Melipillán R. Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2013;5(1):1-8. PMID: 22886738 DOI: 10.1007/s12402-012-0090-6.
19. Everett CA, Volgy S. Family therapy for ADHD: Treating children, adolescents and adults. New York: Guilford Publications; 1999.
20. González R, Baker L, Rubiales J. Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2014;12(1):141-58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4657533>.
21. Gould KL, Coventry WL, Olson RK, Byrne B. Gene-environment interactions in ADHD: The roles of SES and chaos. *J Abnorm Child Psychol.* 2018;46(2):251-63. PMID: 28283857 DOI: 10.1007/s10802-017-0268-7.
22. Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, Stehli A, Owens EB, Mitchell JT, et al. MTA Cooperative Group. Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: MTA Results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(11):945-52.e2. PMID: 27806862 DOI: 10.1016/j.jaac.2016.07.774.
23. Hechtmann L. Predictors of long-term outcome in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am.* 1999;46(5):1039-52. PMID: 10570704 DOI: 10.1016/s0031-3955(05)70171-1
24. Hervas A, De Santos T, Quintero J, Ruíz-Lázaro PM, Alda JA, Fernández-Jaén A, et al. Consenso Delphi sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Valoración por un panel de expertos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016;44(6):231-43.
25. Hinshaw SP, Arnold LE, For the MTA Cooperative Group. ADHD, Multimodal treatment, and longitudinal outcome: Evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci.* 2015;6(1):39-52. PMID: 25558298 DOI: 10.1002/wcs.1324.
26. Johnston C, Chronis -Tuscano A. Families and ADHD. In: Barkley RA, ed. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press; 2015. p. 191-209.
27. Larraguibel M. Trastorno de déficit atencional con hiperactividad. En: Almonte C, Montt ME, eds. Psicopatología infantil y de la adolescencia. 3^a ed. Santiago de Chile y Buenos Aires: Editorial Mediterráneo, 2019. p. 494-504.
28. Miranda A, Colomer C, Fernández MI, Roselló B. Analysis of personal and family factors in the persistence of attention deficit hyperactivity disorder: results of a prospective follow-up study in childhood. *PLoS One.* 2015;10(5):e0128325. PMID: 26024216 DOI: 10.1371/journal.pone.0128325
29. Muñoz-Silva A, Lago-Urbano R. Child ADHD severity, behavior problems and parenting styles. *Ann Psychiatry Ment Health.*

- 2016;4(3):1066. Available from:
<https://www.jscimedcentral.com/Psychiatry/psychiatry-4-1066.pdf>
30. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). 10a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 1990.
 31. Pizarro C, Pizarro JI, Venegas D. Influencia de factores familiares en la evolución del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad: a propósito de una serie de casos. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc.* 2018;29(2):30-37. Disponible en: <https://www.sopnia.com/noticias/revistas/vol-no29n2/>.
 32. Pizarro CE, Pizarro JI; Venegas D. Déficit atencional, dinámicas familiares y evolución clínica. A propósito de un caso clínico. *Fam Ter.* 2017;42.
 33. Romero-Ayuso DM, Maestú F, González Márquez C, Romo-Barrientos C, Andrade JM. Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit atencional con hiperactividad en la infancia. *Rev Neurol.* 2006;42(5):265-71. PMID: 16538588
 34. Roy A, Hechtman L, Arnold LE, Swanson JM, Molina BSG, Sibley MH, Howard AL, MTA Cooperative Group. Childhood Predictors of Adult Functional Outcome in the Multimodal Treatment Study of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MTA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017;56(8):687-95.e7. PMID: 28735698 DOI: 10.1016/j.jaac.2017.05.020
 35. Russell G, Ford T, Rosenberg R, Kelly S, The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: Alternative explanations and evidence. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014; 55(5):436-45. PMID: 24274762 DOI: 10.1111/jcpp.12170
 36. Schreiber JE, Possin KL, Girard JM, Rey-Casserly C. Executive function in children with attention deficit/hyperactivity disorder: the NIH EXAMINER battery. *J Int Neuropsychol Soc.* 2014;20(1):41-51. PMID: 24103310 DOI: 10.1017/S1355617713001100.
 37. Sibley MH, Arnold EL, Swanson JM, Hechtman LT, Kennedy TM, Owens E, et al. Variable patterns of remission from ADHD in the multimodal treatment study of ADHD. *Am J Psychiatry.* 2022;179(2):142-51. PMID: 34384227 DOI: 10.1176/appi.ajp.2021.21010032
 38. Visser SN, Danielson ML, Bitsko RH, Holbrook JR, Kogan MD, Ghandour RM, et al. Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder. United States, 2003-2011. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(1):34-46.e2. PMID: 24342384 DOI: 10.1016%2Fj.jaac.2013.09.001
 39. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics.* 2019;144(4):e20192528. PMID: 31570648 DOI: 10.1542/peds.2019-2528