

Efectividad de la terapia cognitivo conductual para parejas, en la modificación de conductas negativas de comunicación y de interacciones positivas, de las parejas que tienen hijos con la condición de trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH)

Martínez, E.,¹ Sepúlveda, L.² y Parra, C.*

Resumen

El propósito del presente estudio fue identificar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual para Parejas, en la modificación de la Frecuencia de Conductas Negativas de Comunicación y la Frecuencia de Interacciones Positivas, de parejas afectadas por la condición TDAH de sus hijos(as). Se utilizó un diseño de Línea de Base Múltiple Parcialmente no-Concurrente entre sujetos, con 3 parejas que, tienen hijos entre 7 y 12 años diagnosticados con TDAH y reciben asesoría especializada. Las medidas dependientes incluyen, auto-registros de las Conductas negativas de comunicación e Interacciones positivas, y medidas complementarias pre-test y post-test del Nivel de satisfacción marital. Se evidenció que la TCCP produjo una reducción en la frecuencia de Conductas negativas de comunicación y un incremento en las Interacciones positivas, así mismo, un leve incremento en los niveles de satisfacción marital. Los resultados se discuten en términos de sus implicaciones prácticas para el logro de un cambio clínicamente significativo para estas parejas.

Palabras Clave: Conductas negativas de comunicación, Divorcio, Estrés y Conflicto marital, Hijos con TDAH, Reciprocidad positiva.

Introducción

Las dificultades crónicas de atención, impulsividad e hiperactividad de los niños con TDAH, no solo interfieren con su ajuste a los diferentes contextos, sino que también afectan el entorno en que ellos se desenvuelven. Herrero, Castellar, Casas, Hierro y Jiménez (2006), realizaron un estudio con el fin de profundizar en el impacto que un niño con TDAH provoca en el seno de la familia y compararlo con el producido por un niño sin este trastorno. Los resultados obtenidos recogen diferencias significativas que muestran un profundo deterioro del grupo con TDAH en todas las áreas analizadas (sentimientos y actitudes de los padres, vida social de la familia, relación de pareja, relaciones con los iguales y hermanos) con la única excepción del aspecto económico.

Parece claro que, como afirman Johnston & Mash (2001), las demandas y la naturaleza intrusiva de los niños con TDAH provocan reacciones negativas de los otros miembros de la familia y exacerba las influencias disruptivas sobre la relación familiar y sobre el funcionamiento psicológico de los padres. De manera puntual, los padres de niños con TDAH perciben que este hijo afecta considerablemente a sus sentimientos y actitudes, de

¹ Tesista, Maestría de Psicología Clínica, Fundación Universitaria Konrad Lorenz

² Tesista, Maestría de Psicología Clínica, Fundación Universitaria Konrad Lorenz

* Director Tesis, Maestría de Psicología Clínica, Fundación Universitaria Konrad Lorenz

manera que les produce estrés y les hace sentir menos competentes como padres. También las relaciones sociales de la familia están fuertemente afectadas cuando un niño con TDAH forma parte de ella. Se sale menos y, sobre todo, se evita llevar amigos a casa o salir con ese hijo. Pero, además, las relaciones entre los miembros de la familia, están alteradas, por ejemplo, es importante destacar cómo tener un hijo con TDAH parece afectar negativamente a las relaciones matrimoniales, ya que provoca conflictos y distanciamiento entre la pareja (Herrero et al., 2006).

Otros estudios, como el de Malekkhosravi, Khooshabi, Mousavi & Dolatshahi (2007), Murphy & Berkley (1996), Shelton et., al. (1998), y Fisher & Beckley (1998), coinciden con los planteamientos anteriores.

Sorprendentemente, muy pocos estudios han empleado manipulaciones estadísticas para evaluar el grado en el que la conducta disruptiva del niño exacerba las relaciones maritales discordantes (Jenkins, Simpson, Dun, Rasbash & O'Connor, 2005; Schermerhorn, Cummings, DeCarlo & Davies, 2007).

Pelham, Wymbs, Molina, Gnagy, Wilson & Greenhouse (2008) encontraron que padres de jóvenes diagnosticados con TDAH en la infancia, demostraron una latencia más corta para el divorcio a lo largo del tiempo, que padres de niños sin TDAH. Wymbs et al. (2008a), también revelaron que niveles basales de problemas de conducta y conductas oposicionales-desafiantes exhibidas por los niños con TDHA, son predictores únicos de tasas de divorcio a lo largo del tiempo, en relación a numerosas variables parentales consideradas en estos análisis (ej. depresión, historia de divorcio).

En su estudio, el cual fue diseñado con el objeto de determinar si el mal comportamiento del niño en realidad causa discordia inter-parental, Wymbs (2008a) evidenció que la conducta disruptiva de los niños no solo precipita el conflicto marital, sino que también es causa directa de él.

Por otro lado, en relación con la permanencia de las relaciones de pareja, el estudio realizado por Pelham et., al. (2008), es el primero en comparar entre la durabilidad de los matrimonios de padres de jóvenes con TDAH y sin TDAH, desde su nacimiento hasta la adultez joven. Allí se encontró que los padres -casados- de jóvenes diagnosticados con TDAH en la niñez, demostraron una latencia más corta para el divorcio, de lo que lo hicieron los padres de niños sin TDAH. Los análisis prospectivos con un subgrupo de familias de jóvenes con TDAH, mostró que la edad del niño al momento de la remisión, la raza/etnicidad y la severidad de los síntomas de Trastorno Oposicionista Desafiante/Trastorno de Conducta, así como el nivel de educación maternal/parental y la conducta antisocial parental, son predictores únicos de la latencia para el divorcio. Los padres de jóvenes diagnosticados con TDAH en la niñez, tuvieron mayor probabilidad de divorcio para el momento en que sus hijos tenían 8 años de edad (22,7%) que los padres de niños sin TDAH (12,6%).

Los planteamientos anteriores ponen de manifiesto la significativa influencia negativa que el TDAH puede tener en el sistema familiar. La mayor parte de literatura existente, en

consideración a esto, plantea la necesidad de realizar intervenciones terapéuticas con los padres, en donde ellos, como facilitadores, son un componente fundamental dentro del proceso psicoterapéutico a realizar con el niño con TDAH.

Sin embargo, son pocos los autores o estudios que plantean la necesidad de abordar el proceso terapéutico con los padres desde otra perspectiva, es decir, considerando aspectos importantes como la tensión parental, el descontento matrimonial o la depresión.

Esta investigación pretende brindar aportes, al fomentar el interés investigativo de los profesionales frente al impacto que puede tener un hijo con TDAH en la relación de pareja de sus padres, así como también ilustrar la efectividad con que puede ser usada la Terapia Cognitivo Conductual para Pareja, en esta población, dada la importancia de ésta en lo que se refiere al campo clínico.

Metodología

Participantes: La muestra estuvo constituida por 3 parejas remitidas de diferentes fuentes (Centro de Medicina e Institución Educativa de la ciudad de Bogotá). Fue definida por medio de la aplicación de una Encuesta de Tamizaje y la Parte I de una Entrevista Semi-estructurada diseñadas específicamente para la investigación, a fin de definir la presencia/ausencia de los criterios de inclusión/exclusión.

Los miembros de la Pareja 1 han estado casados desde hace 8 años. M1 tiene 35 años de edad y H1 tiene 36 años, los dos son profesionales y se encuentran vinculados laboralmente a nivel dependiente. Tienen dos hijos varones, el menor de 4 años de edad y el mayor de 7 años de edad, este último fue diagnosticado con TDAH de tipo predominantemente inatento hace dos años. Los miembros de la Pareja 2 han vivido en unión libre desde hace 7 años. M2 tiene 41 años de edad, con formación técnico-profesional y una vinculación laboral a nivel dependiente. Tiene un hijo varón de 8 años de edad, el cual fue diagnosticado con TDAH de tipo predominantemente inatento hace tres años. H2 tiene 41 años de edad, pensionado de las Fuerzas Militares de Colombia y su ocupación actual es como contratista independiente. Los miembros de la Pareja 3 conviven desde hace 16 años y se casaron por la iglesia hace 4 años; 8 años atrás tuvieron una separación temporal. M3 tiene 45 años de edad y H3 tiene 36 años, los dos son bachilleres y se encuentran vinculados laboralmente a nivel dependiente. Tienen 3 hijos varones de 14, 11 y 9 años de edad, los dos últimos diagnosticados con TDAH, el de 11 años con TDAH de tipo predominantemente inatento y el de 9 años con TDAH de tipo combinado.

Variables. Variable Independiente. Terapia Cognitivo Conductual para Parejas. Se diseñó un Protocolo de Intervención compuesto por: Fase de Evaluación. A través de una entrevista semi-estructurada dividida en dos partes, permite por un lado, definir la presencia y/o ausencia de los criterios de inclusión/exclusión, y por otro, obtener información más detallada sobre las clases funcionales de respuesta y las áreas de ajuste, de las parejas participantes. Fase de Tratamiento. Consta de 8 sesiones, a razón de una sesión semanal, con 2 horas de duración cada una, desarrolladas en un formato de sesión conjunta, es decir que los dos miembros de la diada asisten simultáneamente. Variable Dependiente 1:

Conductas Negativas de Comunicación, como clase funcional de respuestas. Entendiéndose por estas, aquellas verbalizaciones discordantes entre los miembros de la diada, relacionadas con la condición TDAH de su(s) hijo(s) y el impacto de ésta en su cotidianidad (Ej. Verbalizaciones relacionadas con que no saben cómo o qué consecuencias -refuerzos y castigos- imponer para los comportamientos disruptivos de su hijo(a) o hay desacuerdo al respecto). Variable Dependiente 2: Interacciones Positivas, como clase funcional de respuestas. Entendiéndose por estas, aquellas conductas de intercambio bidireccional de consecuencias/conductas positivas entre los miembros de la diada, que denotan interés de uno de los cónyuges por el otro (Ej. Compartir tiempo privado de pareja, comentarios agradables -validación-, expresiones físicas de afecto). Variable Dependiente 3: Nivel de Satisfacción de las Necesidades de Pareja. La conceptualización propuesta por Castro y Rojas (1994), indica que las “necesidades son un estado que, lleva a escoger hacer algo, para tratar de cambiarlo”, en consecuencia la satisfacción implicaría el cubrimiento de éstas. Las necesidades que se busca satisfacer en pareja pueden ser intrínsecas a la pareja (Control, Emocionales, Afectivas, Compañía/apoyo, Predicción y proyección en el tiempo) o extrínsecas a la pareja (Autoestima/Seguridad; Aceptación social, Bienestar económico; Déficits individuales). Para este estudio, esta variable fue medida por medio del Inventario de Necesidades de Pareja - Revisado (Parra, 2005).

Procedimiento: En esta investigación se empleó un Diseño de Línea de Base Múltiple Parcialmente no-Concurrente. Para la Fase de Línea de Base Múltiple, la línea de base no concurrente (P1), con una longitud de tres mediciones, empezó a correrse en Octubre de 2013, de manera no coincidente con la fecha de inicio de las mediciones de las líneas de base concurrentes. Para las dos líneas de base concurrentes (P2 y P3), las mediciones iniciaron en la misma fecha (Noviembre de 2013), la 1ª línea de base con una longitud de tres medidas (P2) y la 2ª con un aumento de longitud hasta cinco medidas (P3). En las tres líneas de base las mediciones se realizaron en bloques de 5 días, para ello, los participantes diligenciaron individualmente a lo largo de toda la fase los Auto-registros Conductuales I y II. Simultáneamente, con ayuda de la Parte II de la Entrevista Semiestructurada, se llevaron a cabo sesiones de evaluación clínica a razón de una semanal; durante la última sesión de evaluación clínica se realizó la aplicación Pre-test del Inventario de Necesidades de Pareja (Parra, 2005). En la Fase B o de tratamiento, se introdujo la Terapia Cognitivo Conductual para Parejas TCCP de acuerdo con lo establecido en el Protocolo de Intervención. Para las líneas de base concurrentes la inclusión del tratamiento se realizó de manera secuencial (1ª LB luego de la tercer medida y 2ª LB luego de la quinta medida), para la línea de base no concurrente la inclusión del tratamiento se realizó al finalizar la longitud establecida. Durante esta fase se continuaron las mediciones repetidas, por medio del diligenciamiento de los Auto-registros Conductuales I y II. Al concluirse la última sesión del tratamiento para cada línea de base, se realizó la aplicación Post-test del Inventario de Necesidades de Pareja (Parra, 2005). Por otro lado, la intervención terapéutica fue realizada por una única investigadora a fin de minimizar la influencia de variables extrañas, así mismo, a fin de que las investigadoras pudieran diligenciar registros haciendo las veces de observadoras externas de las conductas blanco y aumentar así el nivel de confiabilidad del diseño, se estableció una conexión vía Skype durante cada sesión, gracias a esto la investigadora no

presente en el consultorio podía ser una observadora sin interferir directamente. El proceso concluyó con dos sesiones de Seguimiento que se realizaron a los 15 y 30 días luego de realizada la última sesión de intervención; tales sesiones se desarrollaron en un formato de entrevista no estructurada, permitiendo el relato libre de los miembros de las diadas, pero direccionándolo con preguntas abiertas para que estos hicieran un reporte amplio respecto al incremento, decremento o mantenimiento de los cambios en las conductas blanco.

Instrumentos para la selección de la muestra: Encuesta de Tamizaje. Fue diseñada para realizar un filtro inicial a las posibles parejas participantes en relación con los criterios de inclusión y/o exclusión en la muestra, básicamente respecto a la presencia de dificultades de pareja derivadas de las demandas que implican los comportamientos DA/HI de sus hijos (Apéndice A). Entrevista Semi-estructurada Parte I y II. Se encuentra incluida en el Protocolo de Intervención. La Parte I fue diseñada para obtener información más detallada sobre los criterios de inclusión y exclusión en la muestra, y la Parte II para ampliar, desde el enfoque clínico, la información relacionada con la dinámica de pareja y las clases funcionales de respuesta (Apéndice B).

Instrumentos de medición: Auto-registro Conductual ABC. Basado en Caballo, (2008). Este autoregistro fue empleado para obtener información que permitiera diseñar de manera específica el Autoregistro Conductual I (Apéndice C). Auto-registro Conductual I “Frecuencia de Conductas Negativas de Comunicación”. Este permite determinar la frecuencia de aparición de verbalizaciones discordantes entre los miembros de la diada, relacionadas con la condición TDAH de su(s) hijo(s) y el impacto de ésta en su cotidianidad (Apéndice D). Auto-registro Conductual II “Frecuencia de Interacciones positivas”. Este permite determinar la frecuencia de aparición u ocurrencia de intercambios bidireccionales de consecuencias/conductas positivas entre los miembros de la diada, que denotan interés de uno de los cónyuges por el otro. Fue diseñado con base en las áreas de pareja evaluadas por el inventario de necesidades de pareja (Apéndice E). Inventario de Necesidades de Pareja (Parra, 2005). Creado por Castro y Rojas en 1994, adaptado y validado por Parra en 2005, con 149 parejas Colombianas. Puede ser utilizado con personas a partir de los 18 años de edad, con un nivel cultural suficiente para comprender las instrucciones y poder contestar los ítems. Está conformado por 38 reactivos que permiten determinar el grado de satisfacción general de las necesidades de pareja en la actualidad, así como el grado de satisfacción particular en seis factores de la vida de pareja (1) Necesidades Afectivas (2) Sexualidad (3) Manejo de Finanzas (4) Relaciones Sociales (5) Roles en el Hogar (6) Responsabilidad con los Hijos (Apéndice F). Protocolo de intervención: Con el propósito de que todas las parejas participantes recibieran un tratamiento estándar, se diseñó un protocolo de intervención compuesto por una Fase de Evaluación y una Fase de Tratamiento (Ver descripción Variable Independiente). Este protocolo fue diseñado con base en los planteamientos hechos por Dimidjian, Martell, Christensen, (2008), teniendo como componentes (a) Intervenciones para modificar conductas (b) Intervenciones para manejar cogniciones (c) Intervenciones centradas en la emociones (Apéndice B).

Consideraciones Éticas

Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

T Í T U L O II: *DISPOSICIONES GENERALES*. Responsabilidad, Confidencialidad, Bienestar del usuario, Evaluación de técnicas, Investigación con participantes humanos.

T Í T U L O III: *DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO*. Artículo 3°. Del ejercicio profesional del psicólogo. CAPITULO VI: DEL USO DE MATERIAL PSICOTÉCNICO. Artículo 46.

CAPITULO VII: *DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, LA PROPIEDAD INTELECTUAL Y LAS PUBLICACIONES*. Artículo 49, Artículo 50, Artículo 51, Artículo 56.

En relación con lo anteriormente contemplado en la ley 1090 de 2006 y a fin de garantizar los principios de autonomía y confidencialidad, se diseñó y socializó para su correspondiente firma, un consentimiento informado dirigido a los participantes en la investigación; en éste se hace explícito el objetivo y características generales del estudio, así como el carácter confidencial de la información de los participantes y el carácter voluntario de su participación, aclarando que las actividades aquí realizadas tienen un propósito netamente académico investigativo (Apéndice G).

Resultados

Resumen Analítico De Investigación

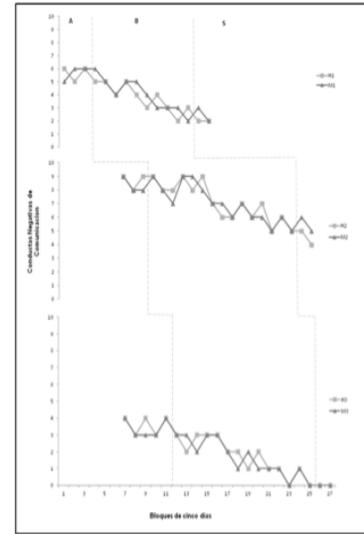
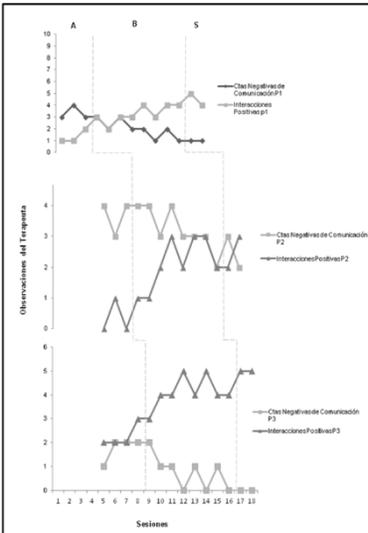
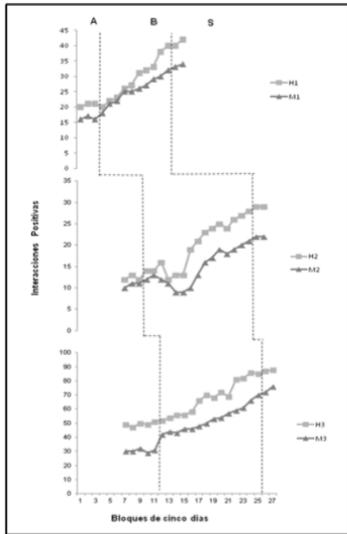


Figura 1. Resultados generales frecuencia de interacciones positivas P1, P2 y P3

Figura 2. Resultados generales conductas negativas de comunicación P1, P2 y P3

Figura 3. Resultados generales observaciones del terapeuta P1, P2 y P3

Los resultados obtenidos en este estudio, expuestos en detalle en las gráficas anteriores, permiten concluir que la Terapia Cognitivo Conductual para Parejas (entendida desde el protocolo de intervención diseñado específicamente para esta investigación) en efecto logró una modificación en la frecuencia de las Conductas Negativas de Comunicación y la frecuencia de las Interacciones Positivas, de las parejas que son padres de hijos(as) con la condición de TDAH; sin embargo, tal modificación no podría calificarse como suficiente para generar un impacto clínicamente significativo.

Lo anterior se afirma pues se evidenció que a pesar de que se redujo la frecuencia de Conductas Negativas de Comunicación, solo en una pareja (P3) se llegó a la remisión total de estas, mientras en las dos parejas restantes (P1 y P2), estas conductas continuaron presentándose teniendo en común como estímulo disparador, el comportamiento del hijo (a)

Resumen Analítico De Investigación

con TDAH o el impacto que éste tenía en la vida cotidiana de las parejas; adicionalmente, pese a que se incrementó la frecuencia de Interacciones Positivas en todas las parejas participantes, estas manifestaron que tales interacciones se limitaron a aquellas actividades o interacciones que podían realizar como pareja, de manera simultánea a la realización de sus actividades cotidianas y rutinarias con los niños, de modo que las parejas manifestaron que pese a que al final del estudio eran más afectuosos a nivel verbal, podían expresar lo que pensaban y sentían con mayor tranquilidad, y escuchar al otro sin juzgar, entre otros cambios comportamentales valorados como positivos, continuaban experimentando un estrés permanente dada la problemática del niño(a) e insatisfacción con su vida de pareja como tal.

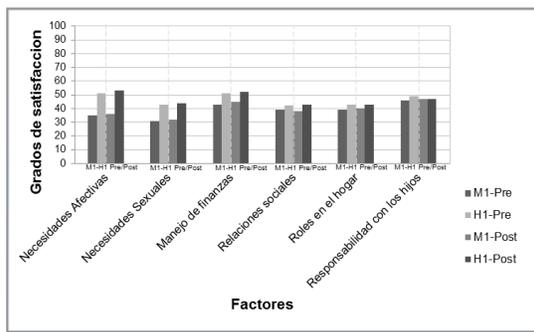


Figura 4. Comparación Pre-test y Post-test INP pareja 1 (H1 y M1)

Figura 5. Nivel de satisfacción Pre-test y Post-test INP pareja 1 (H1 y M1)

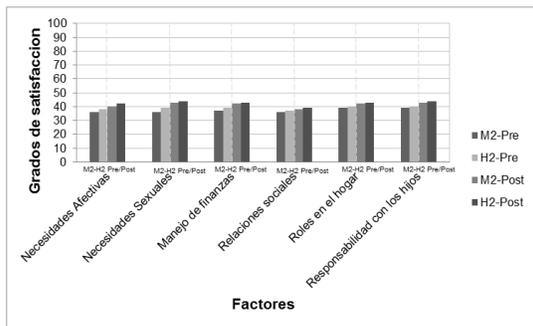
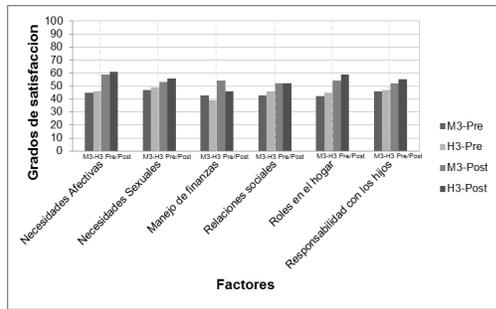


Figura 6. Comparación Pre-test y Post-test INP pareja 2 (H2 y M2)

Factores	Pre-test M2	Post-test M2	Pre-test H2	Post-test H2
F1 N. Afectivas	Baja	Baja	Baja	Media tnd. Baja
F2 N. Sexuales	Baja	Media tnd. Baja	Baja	Media tnd. Baja
F3 M. Finanzas	Baja	Media tnd. Baja	Baja	Media tnd. Baja
F4 R. Sociales	Baja	Baja	Baja	Baja
F5 Roles Hogar	Baja	Media tnd. Baja	Baja	Media tnd. Baja
F6 Resp. Hijos	Baja	Media tnd. Baja	Baja	Media tnd. Baja

Figura 7. Nivel de satisfacción Pre-test y Post-test INP pareja 2 (H2 y M2)

Resumen Analítico De Investigación



Factores	Pre-test M3	Post-test M3	Pre-test H3	Post-test H3
F1 N. Afectivas	Media tnd. Baja	Media tnd. Alta	Media tnd. Baja	Alta
F2 N. Sexuales	Media tnd. Baja	Media tnd. Alta	Media tnd. Baja	Media tnd. Alta
F3 M. Finanzas	Media tnd. Baja	Media tnd. Alta	Baja	Baja
F4 R. Sociales	Media tnd. Baja	Media tnd. Alta	Media tnd. Baja	Media tnd. Alta
F5 Roles Hogar	Media tnd. Baja	Media tnd. Alta	Media tnd. Baja	Media tnd. Alta
F6 Resp. Hijos	Media tnd. Baja	Media tnd. Alta	Media tnd. Baja	Media tnd. Alta

Figura 8. Comparación Pre-test y Post-test INP pareja 3 (H3 y M3)

Figura 9. Nivel de satisfacción Pre-test y Post-test INP pareja 3 (H3 y M3)

En cuanto al grado de satisfacción de las necesidades de pareja, se puede decir que, en general, hubo un incremento en todas las parejas participantes, sin embargo, este incremento correspondió en la mayoría de los factores y sujetos a un solo grado, solo en las Parejas 1 y 3 se evidenció, en uno de los seis factores evaluados (Factor 1 Necesidades Afectivas), un incremento de dos grados de satisfacción, lo que no podría evaluarse como clínicamente significativo. En el reporte verbal hecho por las parejas en la última sesión de intervención y en las sesiones de seguimiento, manifestaron que pese a haber logrado cambios importantes y positivos en su relación de pareja gracias a su participación en la investigación, consideraban que aún existían muchos aspectos propios (personales, como pareja y como padres) y ajenos (el estrés permanente causado por el comportamiento de sus hijos, la falta de una red de apoyo permanente y segura, la falta de aceptación, entendimiento y apoyo de su familia y amigos frente a la condición de sus hijos) que les dificultan el vivir a plenitud su vida de pareja y lograr unos mayores niveles de satisfacción.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio, mediante la aplicación de los instrumentos de medición y el análisis de los mismos; permiten evidenciar que la Terapia Cognitivo Conductual para Parejas (entendida desde el protocolo diseñado específicamente para este estudio) logró una modificación en la frecuencia de las Conductas Negativas de Comunicación y la frecuencia de las Interacciones Positivas, así como en el grado de Satisfacción de Necesidades de Pareja, de las parejas participantes en la investigación; sin embargo, tal modificación podría calificarse más como estadísticamente significativa que como clínicamente significativa, ya que pese a que las frecuencias de las conductas blanco se modificaron entre un 30% y 50% desde la línea de base y hasta la última sesión de intervención, valorándose tal cambio como positivo por parte de las tres parejas participantes, este mismo cambio no representó un impacto igualmente significativo en los

niveles de satisfacción de las necesidades de estas parejas y en su vida de pareja en un sentido global.

La discusión de los resultados se presenta a partir de los datos obtenidos y el análisis de los mismos, y con base en las fases contempladas en el diseño de investigación utilizado (Lb, B y S) y en la estructura empleada en el apartado anterior (Auto-registros de las Interacciones Positivas y Conductas Negativas de Comunicación, Observaciones realizadas por la terapeuta, Aplicaciones pre-test y post-test del Inventario de Necesidades de Pareja (Parra, 2005).

Ahora bien, en lo que respecta a la convocatoria, recolección y definición de la muestra, es importante resaltar que en los diferentes centros neuropsicológicos, centros de neurodesarrollo o centros psicológicos en que se realizó la búsqueda, se evidenciaron varios aspectos que resultan relevantes en lo que a la población blanco de este estudio se refiere.

Durante la búsqueda de la muestra para este estudio, se evidenció que un importante número de parejas (33% del total de padres de niños con TDAH asistentes a un centro neuropsicológico) se ha divorciado o están en proceso de divorcio para el momento en que los niños(as) entran al rango de 7 a 12 años de edad. Así mismo se evidencia que hay un importante número de madres solteras haciéndose cargo de los hijos(as) con la condición TDAH. En relación con esta permanencia de las relaciones de pareja, el estudio realizado por Pelham et., al. (2008), es el primero en comparar entre la durabilidad de los matrimonios de padres de jóvenes con TDAH y sin TDAH, desde su nacimiento hasta la adultez joven; allí se encontró que los padres -casados- de jóvenes diagnosticados con TDAH en la niñez, demostraron una latencia más corta para el divorcio, de lo que lo hicieron los padres de niños sin TDAH.

Adicional a esto último, durante la búsqueda y recolección de la muestra para la presente investigación, también se evidenció que entre el 40% y 50% del total de niños-as diagnosticados con TDAH asistentes a un centro neuropsicológico, cuentan con otro diagnóstico en coexistencia (Ej. Trastorno oposicionista desafiante, Trastornos del aprendizaje, entre otros).

De hecho, varios estudios soportan lo anterior. Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos, como el Trastorno negativista desafiante, los Trastornos de aprendizaje, los Trastornos por tics y los Trastornos de ansiedad, aún más, entre el 30% y el 50% de jóvenes desde los 12-13 años presenta Trastornos de conducta. Por otro lado, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, son frecuentes los problemas de baja autoestima y escasas habilidades sociales, también el inicio del consumo de sustancias es más precoz en estos pacientes, y es menos probable la abstinencia en la edad adulta (Servera, Bornas, Moreno, 2001; Barkley, 2006; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH en Niños y Adolescentes. Fundación Sant Joan de Déu., 2010).

Por otro lado, en la presente investigación se evidenció que, en las instituciones educativas a las que se extendió la búsqueda, existe un número importante de niños(as) que parecen

presentar comportamientos propios del TDAH, sin embargo, no cuentan con un diagnóstico formal. En algunos casos esto resulta de la falta de orientación adecuada por parte de las instituciones hacia los padres, respecto a la problemática y sus posibles implicaciones, y en otros casos resulta de la falta de interés por parte de los padres por confirmar el que sus hijos(as) en realidad padezcan esta problemática y requieran ayuda profesional.

Por último, a este respecto, se observó que pese a que los niños(as) formalmente diagnosticados con TDAH se encuentren vinculados a procesos terapéuticos integrales, en muchos de los casos sus padres muestran renuencia y poco compromiso con el proceso mismo o con procesos alternativos que pudieran redundar en el beneficio de sus hijos y de ellos como padres -o parejas-, en muchos casos por la demanda adicional de tiempo que les implica la asistencia a estos procesos, en otros casos porque quisieran encontrar en las sesiones terapéuticas una alternativa para que sus hijos sean atendidos por alguien más y así contar con algo de tiempo para sí mismos, y en otros casos por la falta de aceptación y comprensión de la importancia de su participación en el proceso de sus hijos.

En lo que respecta a la línea de base y sesiones de evaluación, se evidenció en las tres parejas participantes (P1, P2 y P3), la presencia de varios aspectos descritos en diferentes estudios previos en relación con el impacto que un niño con TDAH provoca en el grupo familiar.

En las P1, P2 y P3, parece claro que, como afirman Johnston & Mash (2001), las demandas y la naturaleza intrusiva de los niños con TDAH provocan reacciones negativas de los otros miembros de la familia y exacerban las influencias disruptivas sobre la relación familiar y sobre el funcionamiento psicológico de los padres. De manera puntual, los resultados encontrados por estos autores y los reportes hechos por P1, P2 y P3 en este estudio, coinciden en que los padres de un niño con TDAH perciben que este hijo afecta considerablemente a sus sentimientos y actitudes, de manera que les produce estrés y les hace sentir menos competentes como padres.

En los auto-registros diligenciados por P1, P2 y P3, se observa que las Conductas Negativas de Comunicación son en su mayoría disparadas por los comportamientos DA/HI de sus hijos y el impacto que estos tienen en su cotidianidad, así como que las Interacciones Positivas de pareja se encuentran realmente limitadas por las continuas demandas de atención, tiempo, etc. que el rol paterno les implica; según el reporte verbal de P1, P2 y P3, esto deriva en un constante estado de irritabilidad o irascibilidad, que propicia en ellos el reaccionar de manera inmediata y/o explosiva, sintiéndose con frecuencia abrumados por la privación de espacios personales o de pareja y cuestionados por si están realizando una buena labor como padres, si hicieron algo que provocara el trastorno en sus hijos, e incluso sintiéndose culpables por pensar que sus hijos son la causa de su estrés constante.

Los puntajes obtenidos por P1, P2 y P3, en el Inventario de Necesidades de Pareja, específicamente en el área de 'relaciones sociales', que se ubican en un nivel de satisfacción 'baja' o 'media tendiente a baja', tanto para el pre-test como para el post-test, ponen de relieve otra problemática igualmente identificada por otros autores; ésta se refiere a que también las relaciones sociales de la familia están fuertemente afectadas cuando un

niño con TDAH forma parte de ella. Se sale menos y, sobre todo, se evita llevar amigos a casa o salir con ese hijo, ya que a menudo se está expuestos a críticas debido a su comportamiento perturbador, lo cual provoca finalmente el aislamiento social. Pero, además, las relaciones entre los miembros de la familia con el niño con TDAH e incluso entre los demás componentes de la familia están alteradas. Las relaciones entre los hermanos se muestran especialmente afectadas y, aunque en menor medida, es importante destacar cómo tener un hijo con TDAH parece afectar negativamente a las relaciones matrimoniales, ya que provoca conflictos y distanciamiento entre la pareja (Herrero et al., 2006; Presentación, Pinto, Melia, Miranda, 2009; Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003).

Ahora bien, en cuanto a los datos obtenidos de la fase de intervención, como se mencionó previamente, se evidencia que la Terapia Cognitivo Conductual para Parejas logró una modificación en las tres variables dependientes evaluadas, sin embargo, tal modificación no podría calificarse como clínicamente significativa.

Tal afirmación se hace con base en que a pesar de que se redujo la frecuencia de Conductas Negativas de Comunicación, solo en la P3 esta reducción llegó a la remisión total de estas conductas, mientras en la P1 y P2, estas conductas continuaron presentándose y tenían en común como estímulo disparador, el comportamiento del hijo (a) con TDAH o el impacto que éste tenía en la vida cotidiana de las parejas.

Adicionalmente, pese a que se incrementó la frecuencia de Interacciones Positivas en todas las parejas participantes, P1, P2 y P3 manifestaron que estas interacciones se limitaron a aquellas actividades o interacciones que podían realizar como pareja, de manera simultánea a la realización de sus actividades cotidianas y rutinarias con los niños, ya que ellos demandan un alto porcentaje de su tiempo, atención, etc., de éste modo, actividades propias del área de ajuste afectividad e intimidad como ‘realizar actividades en pareja fuera de casa (salir a cenar, tomar café, a cine)’ o ‘experimentar satisfacción con las relaciones sexuales’, o actividades propias del área de ajuste relaciones sociales como ‘Invitar a los amigos a casa y compartir tiempo con ellos en pareja’ o ‘salir con los amigos a cenar, tomar un café, etc.’, no entraron a formar parte del repertorio de estas parejas, de hecho estas parejas manifestaron que pese a que al final del estudio eran más afectuosos a nivel verbal, podían expresar lo que pensaban y sentían con mayor tranquilidad, y escuchar al otro sin juzgarlo de entrada, entre otros cambios comportamentales valorados como positivos, continuaban experimentando insatisfacción con su vida de pareja como tal.

Como se puede observar en la sección de resultados, entre los datos establecidos para la línea de base y los establecidos para las últimas sesiones de la intervención, existe una modificación de entre un 30% y 50% de las frecuencias de las conductas blanco, partiendo las P1 y P2 de un número importante de discusiones por cada bloque de cinco días, y un número no muy alto de interacciones positivas, para llegar a una reducción pero no remisión de las discusiones, y a un mayor número de interacciones positivas, pero limitadas en su topografía. Cabe anotar que estas dos parejas coincidían en algunos factores de riesgo, como la rigidez cognitiva de H1 y H2 respecto a la no aceptación del diagnóstico de los hijos(as) con TDAH y al establecimiento de una marcada ‘diferencia de roles’ hombre-

mujer en las relaciones de pareja y paterno-filiales (dominancia, delegación de la autoridad, prelación en la toma de decisiones), así como en su dificultad para experimentar y expresar las emociones de una manera regulada. Tal modificación a las frecuencias, que por corresponder a una tercera parte o a la mitad de las frecuencias basales, podría pensarse sería significativa, como se menciona en los párrafos previos, no logró tener una incidencia realmente relevante en el bienestar y cubrimiento de las necesidades de estas parejas en sus diferentes áreas de ajuste.

Consistentemente con esto, el grado de satisfacción de las necesidades de pareja, en general, tuvo un incremento en P1, P2 y P3, sin embargo, este incremento correspondió en la mayoría de los factores y sujetos a un solo grado, lo que no podría evaluarse como clínicamente significativo. En el reporte verbal hecho por P1, P2 y P3 en la última sesión de intervención y en las sesiones de seguimiento, manifestaron que pese a haber logrado cambios importantes y positivos en su relación de pareja gracias a su participación en la investigación, consideraban que aún existían muchos aspectos propios (Personales: inflexibilidad cognitiva; dificultad para regular y expresar adecuadamente las propias emociones; falta de habilidades de auto-observación y emprendimiento del cambio conductual; falta de habilidad para diferenciar los asuntos personales, de los asuntos como pareja y como padres. Como pareja: ocasional recaída en un patrón de intensificación y/o retirada-evitación en la comunicación; fallas en la utilización de la estrategia hablante-oyente; dificultad para identificar y entender el rol que cada uno juega en la aparición y mantenimiento de los problemas; falta de creatividad y recursividad -pasividad y rutinización- para reactivar el romanticismo y expresividad. Como padres: dados los fracasos previos, renuencia a la búsqueda de nuevas redes de apoyo; culpar al otro y a su familia extensa por el comportamiento del hijo con TDAH; pensamientos negativos acerca de las actitudes o comportamientos de la pareja hacia a su hijo -a él/ella no le importa lo que le sucede a nuestro hijo, él/ella me ha dejado toda la carga de nuestro hijo a mí, él/ella no se quiere comprometer con las necesidades de nuestro hijo, etc.-; pensamientos negativos acerca de su hijo o de la situación como tal -él/ella es una carga y siempre va a ser una carga, por su culpa estamos teniendo tantos problemas, etc., porqué nos está pasando esto a nosotros?, porqué nuestro hijo tenía que ser diferente, porqué no pudo ser un niño normal?, etc.) y ajenos (el estrés permanente causado por el comportamiento de sus hijos en casa y en otros contextos, la falta de una red de apoyo permanente y segura, la falta de aceptación, entendimiento y apoyo de su familia y amigos frente a la condición de sus hijos, entre otras) que les dificulta el vivir a plenitud su vida de pareja y lograr unos mayores niveles de satisfacción.

En concordancia con lo anterior, la investigación realizada por Malekkhosravi et al. (2007), evidenció que la satisfacción marital en padres de niños con TDAH es menor que en padres de niños normales, y en general, los resultados son consistentes con el hecho de que los padres que pasan la mayor parte de su día disciplinando a los niños, tienen poco tiempo privado de pareja, dado que nadie más está disponible para ayudar a cuidar de sus hijos, así el tiempo de pareja, las experiencias con la familia extensa y las vacaciones, se vuelven un

lejano recuerdo; Murphy & Berkley (1996), Shelton et., al. (1998), y Fisher & Beckley (1998), habían reportado estos mismo resultados.

En su estudio, el cual fue diseñado con el objeto de determinar si el mal comportamiento del niño en realidad causa discordia inter-parental, Wymbs (2008b) evidenció que en lo referente a la calidad de la relación inter-parental durante la interacción del niño-a, los padres interactuando con niños disruptivos exhibieron significativamente más conductas negativas de comunicación inter-parental durante la interacción, que los padres interactuando con niños normales. Los observadores también percibieron que la calidad global de la comunicación de parejas interactuando con niños disruptivos, es peor que la de parejas interactuando con niños normales. Tomando, tanto los datos de los padres como los del observador, estos indicaron que la conducta disruptiva de los niños no solo precipita el conflicto marital, sino que también es causa directa de él.

Las aseveraciones hechas por los anteriores autores coinciden totalmente con los hallazgos de este estudio, según los cuales, dado que la condición TDAH supone un estresor permanente y crónico, que genera demandas adicionales/diferentes a las que cualquier pareja sin hijos TDAH podría enfrentar comúnmente, la TCCP aunque necesaria, no es suficiente para atender a las necesidades reales de estas parejas, por lo que requeriría la inclusión de componentes adicionales y específicos para producir un efecto clínicamente más significativo; esto se evidencia gracias a los cambios mínimos observados al comparar las aplicaciones pre-test y post-test del Inventario de Necesidades de Pareja.

Referencias

- Barkley, R.A. (2006). The Nature of ADHD. History. En: Barkley RA, editor. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. 3.^a ed. London: The Guilford Press; 2006. pp. 3-75.
- Barkley, R.A. (2006). Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences 26. En: Barkley RA, editor. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. 3.^a ed. London: The Gilford Press; 2006. pp. 77-121.
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Castro, L., y Rojas, N. (1994). Inventario de Necesidades de Pareja. Manuscrito no publicado.
- Dimidjian, S., Martell, C.R., & Christensesn, A. (2008). Integrative Behavioral Couple Therapy. Clinical Handbook of couple Therapy, Gurman A.S. 4th Edition. New York: The Guilford Press.
- Fisher B.C. & Beckley R. A. (1998). Attention Deficit Disorder practical opping methods. CRC Keown LJ, Woodward LJ. Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundación Sant Joan de Déu. (2010).

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.

- Herrero, M.J., Castellar, R., Casas, A., Hierro, R., y Jiménez, 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(3), 137-143.
- Jenkins, J., Simpson, A., Dunn, J., Rasbash, J., & O'Connor, T. G. (2005). Mutual Influence of Marital Conflict and Children's Behavior Problems: Shared and Nonshared Family Risks. *Child Development*, 76, 24-39.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Ley 1090 2006. Ministerio de la Protección Social. Recuperado el 06 de noviembre de 2013 en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201090%20DE%202006.pdf#se arch=%252Cley%25201090%2520de%25202006
- Malekkhosravi, G., Khooshabi, K., Mousavi, A., & Dolatshahi, B. (2007). Family functioning in Iranian children with ADHD. Department of psychology, University of welfare & rehabilitation. Tehran. Iran. <http://www.iranpa.org/pdf/070.pdf>
- Murphy, K.R., & Barkley, R.A. (1996). Parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: psychological and attentional impairment. *Am J Orthopsychiatry*, 66(1), 93-102.
- Parra, C. (2005). La evaluación de las necesidades en la relación de pareja: Validación de un instrumento. Inventario de Necesidades de Pareja de Leonidas Castro Camacho y Nelly Rojas. Tesis para aspirar al grado de Magister. FUKL. Bogotá-Colombia. 1-46.
- Pelham, W., Wymbs, B., Molina, B., Gnagy, E., Wilson, T., & Greenhouse, J. (2008). Rate and Predictors of Divorce Among Youths With ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 735-744
- Presentación, M.J., Pinto, V., Melia, A., y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, 2(3), 18-26
- Roselló, B., García, R., Tárraga, M., y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 79-84.
- Servera, M., Bornas, X., & Moreno, I., (2001). *Hiperactividad Infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento*, En V.E. Caballo y M.A. Simón (Eds.), Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales (Pp. 401-433). Madrid: Pirámide.
- Schermerhorn, A. C., Cummings, E. M., DeCarlo, C. A., & Davies, P. T. (2007). Children's influence in the marital relationship. *Journal of Family Psychology*, 21, 259 – 269

- Shelton, T.L., Barkley, R.A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barret, S., Jenkins, L., & Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *J Abnorm Child Psychol.* 26(6), Pp. 475-94.
- Wymbs, B., (2008b). Does disruptive child behavior cause interparental discord? An experimental manipulation. A dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School of the State University of New York at Buffalo in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.
- Wymbs, B. T., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Wilson, T, & Greenhouse, J. B. (in press 2008a). Rate and predictors of divorce among parents of youth with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*

Apéndice A

Encuesta de Tamizaje

“AFECTACIÓN DE LA VIDA DE PAREJA CUANDO UN HIJO(A) TIENE COMPORTAMIENTOS PROPIOS DEL TDAH”

Esta encuesta tiene como propósito recolectar información que sirva como punto de partida para la implementación de una investigación relacionada con “la vida de pareja de los padres cuando tienen un hijo diagnosticado con TDAH”.

Por favor responda a las siguientes preguntas con base en su realidad actual, y asegúrese de responder todos los ítems.

¿Considera usted que debido a los comportamientos caracterizados por hiperactividad, desatención e impulsividad, que ha presentado su hijo (a) hasta el momento, se han visto afectados de manera negativa los siguientes aspectos en su “Relación de Pareja”?, responda Si o No, según corresponda:

No.	PREGUNTA	SI	NO
1	Las expresiones o manifestaciones de afecto (ej. tener detalles, brindar caricias y abrazos, que me diga que me quiere, etc.)		
2	El tiempo y espacios compartidos en pareja		
3	La sensación de soporte, apoyo y respeto		
4	El número de conversaciones profundas sobre la relación de pareja (aspectos positivos y por mejorar)		
5	La disposición para solucionar los desacuerdos y problemas por medio del diálogo (poder expresar lo que se piensa y siente y a la vez escuchar al otro)		
6	La capacidad de ser empático (escuchar sin juzgar y ponerse en los zapatos del otro)		
7	La frecuencia en la que se sostienen relaciones sexuales		
8	La satisfacción que se experimenta con las relaciones sexuales		
9	El poder hablar abiertamente sobre su vida sexual (lo que nos gusta o no, el preámbulo antes de tener una relación, etc.)		
10	La independencia y capacidad de hacer cosas que le gustan (cada miembro de la pareja)		
11	El apoyo hacia el otro -pareja- en la toma de decisiones		
12	El nivel de actividad social compartido por la pareja (ver amigos -red social-, salir a cenar o tomar un café con ellos, etc.)		
13	La consistencia en cuanto a normas, límites y disciplina, respecto al manejo de los hijos		
14	La cantidad y calidad de tiempo dedicado a los hijos por cada miembro de la pareja		
15	La distribución de los roles (labores del hogar, actividades de los hijos, toma de decisiones, etc.)		
16	El equilibrio en las finanzas del hogar		
17	El nivel de tolerancia frente a comportamientos o actitudes de la pareja en las que hay desacuerdo (constante irritabilidad o irascibilidad)		
18	La capacidad para controlar/regular y expresar adecuadamente emociones negativas como la ira -enojo- (se reacciona de manera inmediata, explosiva y/o agresiva -verbal y/o física-)		
19	La distribución equitativa de obligaciones relacionadas con la atención del hijo(a) con comportamientos TDAH (actividades en casa, el colegio, a nivel terapéutico y		

Resumen Analítico De Investigación

	ocupacional, etc.)		
20	El trabajo en equipo para hacer frente a los retos que ha representado tener un hijo(a) con comportamientos TDAH		

Se han presentado los siguientes comportamientos, sentimientos y/o pensamientos, en relación con su pareja y su hijo(a)?, responda Si o No, según corresponda:

		SI	NO
21*	Culpar a su pareja por lo que sucede, por la condición de su hijo(a) con TDAH		
22*	Culpar a su familia política -suegros, cuñados, etc.- por lo que sucede, por la condición de su hijo(a) con TDAH (genética, permisividad con el niño-a, etc.)		
23*	Sentimientos de frustración e impotencia frente a lo desbordante de los comportamientos hiperactivos, desatentos e impulsivos de su hijo(a)		
24*	Sentimientos de rabia por tener que afrontar retos que otras familias no afrontan, al no tener hijos con TDAH		
25*	Sentimientos de culpa y obligación (Lo que le sucede a nuestro hijo-a es mi culpa; solo si nos mantenemos casados nuestro hijo-a estará bien, si nos separamos él/ella se verá afectado, etc.)		
26*	Pensamientos negativos acerca de su hijo-a (él/ella es una carga y siempre va a ser una carga; por su culpa estamos teniendo tantos problemas, etc.)		
27*	Pensamientos negativos acerca de la situación como tal (Porqué nos está pasando esto a nosotros? Porqué nuestro hijo-a tenía que ser diferente? Porqué no pudo ser un niño-a normal?, Las cosas nunca van a cambiar, etc.)		
28*	Pensamientos negativos acerca de las actitudes o comportamientos de su pareja, hacia a su hijo-a (a él/ella no le importa lo que le sucede a nuestro hijo-a; él/ella me ha dejado toda la carga de nuestro hijo-a a mí; él/ella no se quiere comprometer con las necesidades de nuestro hijo-a, etc.)		

Gracias por su colaboración!

Apéndice C
Autoregistro Conductual ABC

**AUTOREGISTRO CONDUCTUAL
CONDUCTAS NEGATIVAS DE COMUNICACIÓN
(DISCUSIONES)**

FECHA	ANTECEDENTE (¿Qué disparó la discusión?)	CONDUCTA			CONSECUENCIA En mi entorno (mi pareja)
		PENSAMIENTO (¿Qué pensé?)	EMOCIÓN-SENTIMIENTOS (¿Qué sentí? Tristeza, enojo, se aceleró el corazón, etc.)	ACCIÓN (¿Qué hice?)	

**Apéndice D
Autoregistro Conductual I**

**AUTOREGISTRO CONDUCTUAL I
"CONDUCTAS NEGATIVAS DE COMUNICACIÓN"**

La presente tabla de registro tiene como propósito que usted consigne en ella, el número total de veces que al día, se presentan discusiones con su pareja en relación con los comportamientos DA/HI de su hijo(a) y cómo estos impactan su cotidianidad. Por favor identifique "el tema" que dió inicio a la discusión (directamente relacionado o no con la condición TDAH), y luego describa en la fila y columna correspondientes, cuál fue la consecuencia inmediata.

Por favor realice el registro tratando de ser lo más fiel a la realidad; dado que toda la información proporcionada por usted es de carácter confidencial, puede sentirse libre de registrar de la manera más sincera posible.

NOMBRE DE QUIEN LO DILIGENCIA: _____

FRECUENCIA DE CONDUCTAS NEGATIVAS DE COMUNICACIÓN (BLOQUES DE 5 DÍAS) DEL ____ AL ____ DE ____ DE 2013					
TEMA	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5
Distribuir equitativamente obligaciones relacionadas con la atención del hijo(a) con TDAH (actividades en casa, el colegio, a nivel terapéutico y ocupacional, etc.)					
Falta de disposición para colaborar con la atención de las demandas propias de la condición de su hijo(a)					
Desconocimiento sobre cómo o qué consecuencias imponer para los comportamientos disruptivos de su hijo(a)					
Desacuerdo respecto a que consecuencias imponer para los comportamientos disruptivos de su hijo(a)					
Dedicar igual cantidad y calidad de tiempo a todos los hijos, no solo al que pequeño diagnosticado con TDAH					
Dificultad para aceptar que su hijo(a) tiene el diagnóstico de TDAH					
Desconocimiento de que está molestando a su pareja					
Inconformidad frente a las decisiones de su pareja					

Culpar a su pareja por lo que sucede, por la condición de su hijo(a) con TDAH						
Intolerancia frente a comportamientos o actitudes de la pareja, con las que no se está de acuerdo (constante irritabilidad o irascibilidad)						
Distribuir equitativamente los roles (labores del hogar, actividades de los hijos, toma de decisiones, etc.)						
Controlar/regular y expresar adecuadamente emociones negativas como la ira -enojo- (se reacciona de manera inmediata, explosiva y/o agresiva -verbal y/o física-)						
FRECUENCIA TOTAL						

Apéndice E

Manejo de las finanzas	Cambios						
<ul style="list-style-type: none"> Realizar acuerdos en cuanto a los comportamientos o hábitos financieros (manejo del \$, distribución del \$, forma en que se solucionan los problemas económicos) Realizar acuerdos respecto a la distribución económica relacionada con el hogar (gastos, compromisos crediticios, etc.) Dirigir los comportamientos y hábitos financieros a cubrir las necesidades tanto de la pareja como las individuales 							
Relaciones Sociales	Cambios						
<ul style="list-style-type: none"> Invitar a los amigos a casa y compartir tiempo con ellos en pareja Invitar a los amigos de la pareja a reuniones sociales (cumpleaños, grados, etc.) Salir con los amigos a cenar, tomar un café, etc. Asistir a reuniones sociales organizadas por los amigos 							
Afectividad e Intimidad (Comunicación, Sexualidad)	Cambios						
<ul style="list-style-type: none"> Realizar comentarios agradables y halagos a la pareja - validación- Brindar abrazos, caricias, besos Realizar actividades en pareja fuera de casa (salir a cenar, tomar café, a cine) Sostener conversaciones profundas sobre la relación de pareja (aspectos positivos y por mejorar) Experimentar satisfacción con las relaciones sexuales Hablar abiertamente sobre la vida sexual (lo que nos gusta o no, el preámbulo antes de tener una relación, etc.) Escuchar al otro sin juzgarlo Ponerse en los zapatos del otro Dialogar para solucionar los desacuerdos y problemas Expresar lo que se piensa y siente Escuchar al otro 							
FRECUENCIA TOTAL							

Apéndice F

Inventario de Necesidades de Pareja

FECHA:	_____	GÉNERO:	Masculino _____ Femenino _____	TIEMPO DE CONVIVENCIA:	Años _____ Meses _____											
ESTRATO:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	EDAD:	Menos de 25 años <input type="checkbox"/> De 25 a 34 años <input type="checkbox"/> De 35 a 44 años <input type="checkbox"/> De 45 a 54 años <input type="checkbox"/> De 55 a 65 años <input type="checkbox"/> Más de 65 años <input type="checkbox"/>	NIVEL EDUCATIVO:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Completo</th> <th>Incompleto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Primaria</td> <td rowspan="6" style="width: 50px; height: 50px;"></td> <td rowspan="6" style="width: 50px; height: 50px;"></td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> </tr> <tr> <td>Técnico</td> </tr> <tr> <td>Profesional</td> </tr> <tr> <td>Pos-grado</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Completo	Incompleto	Primaria			Secundaria	Técnico	Profesional	Pos-grado	
	Completo	Incompleto														
Primaria																
Secundaria																
Técnico																
Profesional																
Pos-grado																

INVENTARIO DE NECESIDADES DE PAREJA¹

INSTRUCCIONES GENERALES

Antes de comenzar a responder, asegúrese de haber leído y comprendido completamente las siguientes instrucciones:

A continuación encontrará una lista de necesidades que las personas usualmente consideran fundamentales en su relación de pareja. Por favor, léalas cuidadosamente y responda, para cada enunciado, de acuerdo con lo que usted piensa o siente actualmente. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, adecuadas o inadecuadas.

En la primera columna deberá calificar la **importancia** que tiene esa característica particular, para Usted, en una escala de 1 a 5 así: (1 = Nada importante; 2 = Poco importante; 3 = Relativamente importante; 4 = Muy importante; 5 = De vital importancia).

De la misma manera, en la segunda columna deberá calificar su grado actual de **satisfacción** respecto a esa característica en la relación, de la siguiente forma: (1 = Totalmente insatisfecho/a; 2 = Moderadamente insatisfecho/a; 3 = Poco satisfecho/a; 4 = Moderadamente satisfecho/a; 5 = Totalmente satisfecho/a).

En la parte superior de cada hoja encontrará una tabla que contiene las escalas anteriormente mencionadas, para importancia y satisfacción.

Para cada ítem responda en el mismo momento **Importancia y Satisfacción** y asegúrese de calificar todos y cada uno, excepto los que evalúan hijos, los cuáles no debe contestar, si usted no tiene con su pareja .

¡GRACIAS!

¹ Elaborado por Leonidas Castro Camacho y Nelly Rojas de González; adaptado por Claudia Isabel Parra

Resumen Analítico De Investigación

PARA IMPORTANCIA

- 1 = Nada importante
 2 = Poco importante
 3 = Relativamente importante
 4 = Muy importante
 5 = De vital importancia

PARA SATISFACCIÓN

- 1 = Totalmente insatisfecho/a
 2 = Moderadamente insatisfecho/a
 3 = Poco satisfecho/a
 4 = Moderadamente satisfecho/a
 5 = Totalmente satisfecho/a

Necesidades	IMPORTANCIA	SATISFACCIÓN
	<i>¿Qué tan importante</i>	<i>¿Qué tan satisfecho/a me siento?</i>
1. Que a los compromisos sociales asistamos los dos		
2. Que ayude a los niños en las labores escolares		
3. Que durante la relación sexual haga cosas para excitarme y hacerme sentir		
4. Que colabore en las labores de la casa		
5. Que comparta las responsabilidades escolares		
6. Que cualquiera de los dos haga el aseo del apartamento		
7. Que cuando estemos teniendo una relación sexual me diga que me quiere		
8. Que ayude en el cuidado de los hijos		
9. Que hagamos actividades que nos guste a ambos		
10. Que ante una dificultad los dos la solucionemos		
11. Que en vacaciones colabore con el cuidado de los hijos		
12. Que en la relación sexual tenga en cuenta lo que a mí me gusta		
13. Que me ayude a tomar decisiones		
14. Que las labores del hogar sean distribuidas equitativamente		
15. Que la responsabilidad de los hijos sea compartida		
16. Que maneje bien las finanzas del hogar		
17. Que manifieste cuando llega al orgasmo en la relación sexual		
18. Que me dé apoyo		
19. Que me escuche cuando le hablo		
20. Que me haga sentir que soy la persona más importante en su vida		
21. Que manifieste excitación y placer durante la relación sexual		
22. Que me tome en serio cuando le hable		
23. Que mostremos entusiasmo en las relaciones sexuales		
24. Que respete las cosas que son importantes para mí		
25. Que no gaste el dinero en cosas que no son necesarias		
26. Que pase más tiempo con los hijos		
27. Que pueda expresar abiertamente mis sentimientos de tristeza		
28. Que tenga en cuenta las soluciones que doy		
29. Que sea más considerado/a con los gastos		
30. Que cuando le cuente algo, no lo use en mi contra		
31. Que las decisiones de pareja las tomemos en conjunto		
32. Que tenga en cuenta mis necesidades afectivas		
33. Que tenga la costumbre de ahorrar		
34. Que tenga la iniciativa para tener relaciones sexuales		
35. Que tome la iniciativa para organizar actividades o planes sociales		

<i>Necesidades</i>	IMPORTANCIA	SATISFACCIÓN
	<i>¿Qué tan importante</i>	<i>¿Qué tan satisfecho/a me siento?</i>
36. Que las decisiones financieras las tomemos entre ambos		
37. Que valore y dé importancia a lo que yo hago		
38. Que variemos los planes de diversión		

Apéndice G

Consentimiento Informado

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ
FACULTA DE PSICOLOGÍA - DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INVESTIGACIÓN COMO PROYECTO DE GRADO

“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PAREJAS (TCCP), EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS NEGATIVAS DE COMUNICACIÓN Y DE INTERACCIONES POSITIVAS, DE LAS PAREJAS QUE TIENEN HIJOS CON LA CONDICIÓN DE TRASTORNO POR DEFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD (TDAH)”

Agradecemos su interés y participación en la investigación que será realizada por las Psicólogas y Especialistas en Evaluación Clínica y Tratamiento de Trastornos Emocionales y Afectivos, Erika Joanna Martínez y Leidy Jazmín Sepúlveda, como proyecto de grado de la Maestría en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, bajo la dirección de la Dra. Claudia Parra. Se espera que los resultados de esta investigación, representen cambios que favorezcan la calidad de vida en pareja, de las personas participantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificada con cédula de ciudadanía número _____ de _____ y Yo _____, identificado con cedula de ciudadanía número _____ de _____, manifestamos que hemos sido informados y aceptamos las condiciones generales de participación en la investigación que adelantarán las psicólogas ERIKA JOANNA MARTÍNEZ y LEIDY JAZMIN SEPULVEDA; condiciones que se hacen explícitas a continuación y refieren que:

1. Esta investigación se realizará bajo los parámetros establecidos en la Ley 1090 de 2006 que reglamenta el ejercicio de la profesión de PSICOLOGIA, y en la cuál se especifican las condiciones éticas para el desarrollo de investigaciones con seres humanos.
2. Las dos personas encargadas de desarrollar todos y cada uno de los pasos de esta investigación, son profesionales tituladas en Psicología y Especialistas en Evaluación Clínica y Tratamiento de Trastornos Emocionales y Afectivos.
3. Estas profesionales se encuentran desarrollando esta investigación como proyecto de grado para acceder al título de Magister en Psicología Clínica, en la Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
4. Toda la información suministrada por nosotros, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin nuestro consentimiento

expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. Esto es garantía de que se hará un manejo ético y respetuoso de los datos, para salvaguardar así nuestra integridad como personas y como parte activa en la relación de pareja.

5. La información recolectada solo será usada para fines académicos, específicamente para la elaboración de la tesis y la realización de una publicación científica, en donde principalmente se hará referencia a los datos generales obtenidos por los participantes, protegiendo su identidad.
6. La información que brindamos en la encuesta de tamizaje y entrevista semiestructurada, debe ser veraz y corresponder a nuestra realidad, ya que sobre dicha información se basará todo el tratamiento propuesto.
7. Las profesionales a cargo podrían consultar particularidades de nuestro caso con la directora de tesis, por supuesto, siendo completamente cuidadosas con la preservación de nuestro anonimato. También podrían, de ser necesario, remitirnos a interconsulta con especialista en caso de encontrar alguna conducta problema que requiera una intervención puntual, que no sea objeto de esta investigación. El resultado de dicha consulta nos será comunicado verbalmente.
8. El objetivo general de la investigación es “Identificar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual para Parejas TCCP, en la modificación de la frecuencia de Conductas Negativas de Comunicación y de Interacciones Positivas, de parejas que, son padres de niños(as) que han sido diagnosticados con TDAH y reciben asistencia integral para los niños”.
9. En cuanto a la metodología: Se realizará la aplicación inicial de una encuesta de tamizaje y la Parte I de una entrevista semiestructurada de evaluación, que permitirán determinar si cumplimos o no con los criterios necesarios para ser incluidos en la investigación. En caso de reunir los criterios de inclusión, podremos participar en la investigación, la cuál implicaría la realización de la Parte II de la entrevista semiestructurada de evaluación, una primera medición -pretest- con ayuda del instrumento psicométrico (Inventario de Necesidades de Pareja), el diligenciamiento individual y permanente durante todo el proceso de los Auto-registros Conductuales I y II), la posterior implementación de 8 sesiones de tratamiento (TCCP), y una segunda medición -postest- con ayuda de los mismos instrumentos empleados previamente.
10. En cuanto al diseño: Se empleará un ***Diseño de Línea de Base Múltiple Parcialmente no-Concurrente***. En este diseño, se trabaja en la condición “entre sujetos”, se especifican de manera clara las conductas blanco a estudiar y se toman medidas repetidamente durante las diferentes fases de la estrategia experimental. En un primer momento, al menos dos de las múltiples líneas de base a establecer, se corren de manera concurrente, es decir, que para estas dos

líneas de base la fecha de inicio de las mediciones es la misma, y posteriormente se aplica el tratamiento de manera secuencial -demorada- a cada sujeto, debido al aumento de la longitud de la segunda línea de base.

En un segundo momento, la(s) línea(s) de base no concurrente(s) se corre(n) de manera tal que la fecha de inicio de las mediciones, no coincida con la de las líneas de base que se están corriendo concurrentemente, posteriormente se aplica el tratamiento de manera convencional; esto implica que las fechas de inicio entre las LB concurrentes y la LB no-concurrente difieran en al menos una semana, y que se defina previamente la longitud de esta(s) línea(s) de base no concurrente(s); esto hace flexible al diseño y atiende a la posibilidad de que los participantes en la investigación no se encuentren disponibles simultáneamente.

Para todos los casos o líneas de base (concurrentes y no concurrentes), al introducirse el tratamiento (VI), se continúan realizando mediciones que permitan identificar los posibles cambios que se presenten en la(s) variable(s) dependiente(s).

11. Dadas las características del diseño de la investigación, es posible que seamos asignados a la condición no-concurrente o concurrente, lo cuál implica que la longitud temporal de las mediciones en fase de evaluación, puede fluctuar.
12. El tratamiento (TCCP) se realizará en orden de una o dos sesiones por semana, con una duración aproximada de 2 horas por sesión. En un formato individual (sesión conjunta por pareja).
13. Se llevarán registros escritos de las sesiones de intervención que servirán como soporte para el alcance de los objetivos de la investigación y reposarán hasta por 2 años bajo alta custodia de las profesionales a cargo. Luego serán destruidos.
14. El tratamiento que nos brindarán estará basado en el modelo psicológico empírico analítico. Se llevará a cabo atendiendo al mejor esfuerzo de las profesionales a cargo, sin embargo, en unos casos se obtienen mejores resultados que en otros, dadas las características individuales de cada participante.
15. Se espera que la implementación del tratamiento (TCCP) represente beneficios significativos para los participantes, en términos de fortalecer o adquirir habilidades que les permitan mejorar su relación de pareja en cuanto a la comunicación, solución de problemas y toma de decisiones, afectividad, distribución de roles, etc., áreas que pueden estarse viendo afectadas por la condición TDAH de un hijo(a), ya que esta puede ser considerada como un estresor permanente.
16. La investigación requiere de nuestro compromiso en cuanto a asistencia, puntualidad y participación, y además de nuestra colaboración en diligenciar una serie de documentos, pruebas psicométricas y/o auto-registros, con información personal que será utilizada por las profesionales para el alcance de los objetivos planteados.

Resumen Analítico De Investigación

17. Nuestra participación en esta investigación es voluntaria y está bajo nuestra responsabilidad.

En forma expresa manifestamos a ustedes que hemos leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia aceptamos su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

 NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE NOMBRE Y FIRMA DEL
 PARTICIPANTE PARTICIPANTE
 CC No. CC No.

 NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL NOMBRE Y FIRMA DEL
 PROFESIONAL PROFESIONAL
 A CARGO A CARGO
 TP No. TP No.

Este documento se firma a los ____ días, del mes de _____, del _____.

Apéndice H

Formato de Evaluación para Protocolo de Intervención

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FORMATO DE EVALUACIÓN PARA PROTOCOLO DE PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

INSTRUCCIONES GENERALES

Apreciado(a) Evaluador(a):

La dirección de tesis y tesistas, agradecemos su colaboración como evaluador del protocolo de intervención a utilizar en este proyecto de tesis, su trabajo ayudará a cualificar nuestro proceso investigativo.

A continuación encontrará algunos aspectos a evaluar del protocolo en mención, por favor, califique cada uno de ellos en una escala de 1 a 5 (de acuerdo con la definición de valor descrita en la tabla de abajo) según la calidad con la cual ha sido elaborado el documento. En la parte final emita su concepto evaluativo y formule las sugerencias y recomendaciones que considere pertinentes.

Muchas gracias!

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título del Proyecto	EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PAREJAS (TCCP), EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS NEGATIVAS DE COMUNICACIÓN Y DE INTERACCIONES POSITIVAS, DE LAS PAREJAS QUE TIENEN HIJOS CON LA CONDICIÓN DE TRASTORNO POR DEFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD (TDAH)”
Fecha de Evaluación	

2. ESCALA DE VALORACIÓN PARA LOS INDICADORES

VALOR	CATEGORÍA	DEFINICIÓN
5	EXCELENTE	El aspecto ha sido abordado satisfactoriamente y no requiere ajustes.
4	BUENO	El aspecto ha sido abordado satisfactoriamente pero requiere ajustes mínimos.
3	ACEPTABLE	El aspecto ha sido abordado con falencias y requiere ajustes moderados.
2	MALO	El aspecto ha sido abordado inadecuadamente y requiere ajustes de fondo
1	INSUFICIENTE	El aspecto no fue abordado y/o debe ser reformulado en su totalidad

Marque con una **X**

ASPECTO		E	B	A	M	I
1	Justificación	5	4	3	2	1
	Aporte del proyecto al fortalecimiento de los grupos y líneas de investigación en la Facultad, y descripción general de su impacto social, científico y tecnológico. Pertinencia del protocolo propuesto con base en lo planteado para el proyecto de tesis.					
2	Marco empírico	5	4	3	2	1
	Revisión preliminar de estudios asociados a la pregunta de investigación, y al enfoque teórico-conceptual en el que se basa el protocolo de intervención.					
3	Secuencia de sesiones	5	4	3	2	1
	Coherencia existente entre sesiones. Presencia de un hilo conductor que facilite el alcance de los objetivos básicos de la TCCP a) el aumento del "intercambio de conductas positivas"; b) la comunicación y resolución de problemas; c) cambios cognitivos para manejar atribuciones, expectativas y esquemas.					
4	Estructura de sesión	5	4	3	2	1
	Exposición completa y clara de cuáles serán las actividades a realizar y el orden a seguir en el desarrollo de cada sesión, de modo que se facilite que todas las parejas participantes en la investigación reciban la 'misma' intervención.					
5	Tareas	5	4	3	2	1
	Inclusión de tareas para hacer en casa cuando sea pertinente, evitando saturar con actividades a los participantes, y especificándoles de manera clara cuándo, cómo y qué hacer.					
6	Registros	5	4	3	2	1
	Inclusión de los auto-registros necesarios para el seguimiento de los cambios comportamentales que se presentan a lo largo de la intervención. Pertinencia, claridad y facilidad de diligenciamiento.					
7	Soportes	5	4	3	2	1
	Inclusión de material de soporte suficiente, pertinente y claro para el desarrollo de cada sesión, y que facilite la práctica y generalización a otros contextos, de los aprendizajes logrados en sesión.					

Puntaje Total (Suma de todos los puntajes)		Promedio (Puntaje Total/7)	
--	--	----------------------------	--

1. CONCEPTO GENERAL SOBRE EL PROTOCOLO

2. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Firma del evaluador _____

Cedula de Ciudadanía _____