

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Planeación de Intervención Psicoeducativa Para Parejas en
Riesgo de Divorcio como Resultado de Tener Hijos con
Déficit de Atención e Hiperactividad
Proyecto de Investigación**

**Alejandro Mantilla Barragán
Psicología Clínica**

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicólogo Clínico

Quito, 2 de diciembre de 2018

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Planeación de Intervención Psicoeducativa Para Parejas en
Riesgo de Divorcio como Resultado de Tener Hijos con
Déficit de Atención e Hiperactividad**

Alejandro Mantilla Barragán

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Rodrigo Carrillo Primerano Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 2 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Alejandro Mantilla Barragán

Código: 00120961

Cédula de Identidad: 1755096623

Lugar y fecha: Quito, 2 de diciembre de 2018

RESUMEN

Lo que le ocurre al individuo repercute inevitablemente en lo que ocurre dentro de su familia nuclear. El déficit de atención se ha identificado claramente cómo un factor de riesgo para el divorcio en parejas. En este estudio se presenta aplicar un taller psicoeducativo para prevenir el divorcio desde un enfoque sistémico y psicodinámico. Para esto se utilizará una metodología cuasiexperimental y un diseño pretest- posttest, en el cual se evaluará a los participantes con la KMSS y una entrevista antes y después de aplicarse un taller basado en un modelo psicoeducativo para la esquizofrenia. Este taller se realizará en 10 parejas durante 5 semanas. Se esperan resultados favorables que permitan comprobar de manera positiva la hipótesis de esta investigación. Se identificaron algunas limitaciones como el tamaño de la muestra, no tomar en cuenta rangos de edades, se necesitan más estudios de investigación y por último el Kansas Marital State no está validado en población ecuatoriana. Se podría recomendar en este orden validar la escala para futuros estudios y realizar una intervención terapéutica en vez de psicoeducativa

Palabras clave: Divorcio, TDAH, Psicoeducación, Terapia de Pareja, Kansas Marital Satisfaction Scale, Discordia Marital, Terapia Familiar.

ABSTRACT

What happens to the individual inevitably affects what happens within his nuclear family. The attention deficit disorder has been clearly identified as a risk factor for divorce in couples. This study presents a psychoeducational workshop to prevent divorce from a systemic and psychodynamic approach. For this, a quasi-experimental methodology and a pretest-posttest experiment design will be used, in which the participants will be evaluated with the KMSS and an interview before and after applying a workshop based on a psychoeducational model for schizophrenia. This workshop will be held in 10 couples for 5 weeks. Favorable results are expected that allow the hypothesis of this investigation to be positively verified. Some limitations were identified such as the size of the sample, not considering age ranges, more research studies are needed and finally the Kansas Marital Scale is not validated in the Ecuadorian population. It could be recommended according to this to validate the scale for future studies and perform a therapeutic intervention instead of psychoeducational.

Key words: Divorce, ADHD, Psychoeducation, Couple Therapy, Kansas Marital Satisfaction Scale, Marital Discord, Family Therapy.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Revisión de la literatura.....	12
Metodología.....	24
Resultados esperados.....	30
Discusión.....	32
Referencias.....	36
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	43
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado	44
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información	47

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La historia de la terapia de pareja y el Trastorno de Déficit de Atención: Una breve reseña.

Desde el inicio de la psicología, los autores han relacionado profundamente el comportamiento de los individuos con el núcleo familiar. Desde la teoría psicoanalítica de Freud hasta la teoría del apego de Bowlby, siempre se ha visto una relación entre lo que le ocurre al individuo y como fueron sus primeras relaciones con la familia. En los últimos años, se ha intentado mirar al sistema familiar desde un punto distinto, la investigación se ha enfocado en las relaciones entre individuos y como se van entretejiendo los distintos patrones de comportamiento y de él mismo modo se ha establecido la psicología sistémica como el principal modelo para analizar a la familia (Minuchin, 1986). Los sistemas familiares representan un tema de investigación bastante recurrente puesto que son una fuente de conocimiento psicológico importante. Es correcto afirmar que, además, el divorcio es uno de los temas de más interés tanto para los investigadores como para la población en general. Desde 1990, los investigadores han centrado su atención en diversas teorías y conceptualizaciones para explicar como el divorcio afecta tanto a la pareja como a los niños. (Amato, 2000).

Con los nuevos estudios del aprendizaje y el interés en la psicología educativa, ha aparecido un diagnóstico conocido como el déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Es probablemente uno de los diagnósticos más polémicos dentro del mundo de la psicología actual, hay debates inmensos sobre la existencia de este trastorno y se ha mostrado que efectivamente hay un sobrediagnóstico de el mismo. (Bruchmüller, Margraf, & Schneider,

2012). El TDAH es un trastorno que se caracteriza por la desorganización excesiva de las personas que lo padecen, así como la falta de control en el comportamiento y una energía excesiva. Se ha visto que alrededor del 5% de la población general padece este trastorno y no hay diferencias geográficas significativas (González, Rodríguez, & Sánchez, 2015) Esto se puede deber al hecho de ser un trastorno neurobiológico.

Realmente el TDAH es uno de los diagnósticos más estudiados y de hecho hay muchos estudios que lo relacionan en diferentes medidas con el divorcio y estrés marital (Breen & Barkley, 1988). Sin embargo, se puede decir que no existe tanta información sobre cómo afecta tener un hijo con TDAH a la relación de pareja en un matrimonio desde un punto de vista sistémico. Los estudios realizados hasta la fecha dan clara evidencia de que el TDAH es un factor de riesgo bastante alto para el divorcio de los padres (Wymbs, Pelham, Molina, & Gnagy, 2008). Siguiendo esta línea, vale la pena averiguar si es posible realizar una intervención previa a que comiencen los problemas en una pareja cuyo hijo ha sido diagnosticado. Hoy en día hay diferentes intervenciones en terapia de pareja. Sin embargo, no hay una intervención específica en la cual se informe a la pareja sobre los cambios que conllevan el tener un hijo con TDAH y los riesgos familiares en los cuales se cae en esta situación. Teniendo en cuenta que es común encontrar parejas de padres de niños con TDAH que presenten problemas maritales, también hay que aclarar que el divorcio es un evento que empeora los síntomas del trastorno y es posible que pueda ser la causa de otros trastornos que van orientados a las edades de la adolescencia (Oposicional desafiante, trastorno de conducta). (Wall-Wieler, Roos, Chateau, & Rosella, 2016). La finalidad de encontrar una intervención adecuada para estos padres sería el de mejorar el entorno psicosocial de los niños con TDAH en general y prevenir distintos problemas a nivel psicológico de todo un sistema tan nuclear como la familia.

Problema

Es claro que la ciencia moderna ha puesto un gran énfasis en la investigación del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Es sin lugar a duda uno de los trastornos psicológicos de la infancia más estudiados en los últimos años. Esto se debe, principalmente, a el transcurso negativo que puede traer el trastorno en sí. Pero, también, puede deberse a el continuo debate que ha existido con respecto a la existencia verdadera de este trastorno. Los diversos estudios neurológicos que se han realizado en esta población demuestran que efectivamente este trastorno se debe a un problema en las vías dopaminérgicas y la corteza prefrontal. (Spencer, Biederman, & Mick, 2007). Lo que ha llevado a varias réplicas de estudios neurológicos alrededor del mundo. Por otro lado, el funcionamiento de la familia cuando un TDAH está presente, también se ha estudiado en diversos trabajos investigativos. Por ejemplo, Se ha encontrado una correlación entre niños diagnosticados con TDAH y el divorcio de los padres. (Wymbs, Pelham, Molina, & Gnagy, 2008). Aparte de este estudio se han investigado en distintos países la relación que existe entre este trastorno y problemas entre la pareja matrimonial. Principalmente la atribución realizada por los estudios es lo imprevisible que se vuelve la vida cuando en la familia hay un miembro con trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

A pesar de toda la investigación que se lleva a cabo todos los años hacia temas como la familia, el TDAH, el funcionamiento familiar cuando hay psicopatologías de por medio, intervenciones familiares y sistémicas, comprobaciones de teorías antiguas con estándares modernos, etc. Hasta ahora, no hay información suficiente de un tipo de intervención específica y bien definida hacia las parejas que están en riesgo de divorcio a causa de tener un hijo con déficit de atención e hiperactividad. Por lo general, lo que se hace clínicamente con parejas en riesgo de divorcio es aplicar técnicas tradicionales de terapia cognitiva conductual

o terapia familiar sistémica. Hoy en día no existe un protocolo, una técnica, un procedimiento completamente especializado en casos de divorcio en el cual la principal razón sea tener un hijo con TDAH, a pesar de que la correlación entre estas dos variables es notablemente alta.

Pregunta(s) de Investigación

¿Como y hasta qué punto es posible realizar una intervención psicoeducativa para intervenir en el riesgo de divorcio en parejas que tienen un hijo con TDAH, tomando para esta un enfoque psicodinámico y sistémico?

Propósito del Estudio (Nivel 2)

El principal objetivo que se busca con este trabajo de investigación es el desarrollo de una intervención psicoeducativa adecuada, con bases científicas y basada en teorías psicodinámicas y sistémicas para trabajar con la población anteriormente descrita. El producto final esperado es un conjunto de pasos a seguir o técnicas que pueda utilizar en un taller con la población. El trabajo en general tendría un alcance medio puesto que no hay una intervención en la actualidad enfocada para esta población. Se buscaría unos resultados iniciales de cómo podría funcionar una intervención así y se esperaría que pudiera ser de utilidad para muchos profesionales en psicología en el Ecuador lo cual beneficiaría tremendamente a las familias en las que se encuentre el TDAH presente.

El significado del estudio

Este estudio es importante ya que pretende proponer una herramienta psicoeducativa inexistente para una población en alto riesgo. A pesar de que hay mucha investigación en el

área de TDAH y en intervención en familias, este estudio pretende ayudar con el ambiente psicosocial de los niños a la vez que ayudar a las parejas de padres, cosa que no se ha hecho anteriormente, por lo que representa una ayuda importante para los profesionales de la salud mental. Para hablar de estos temas, hay que tener claros distintos conceptos fundamentales que guiaran al lector en el entendimiento de este documento.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

Toda la información que se utilice en este trabajo de investigación provendrá de fuentes científicas aprobadas. Entre estas habrá libros, artículos de revistas científicas, conferencias de autores que sean autoridades en el tema, etc. Para encontrar información relevante en bases de datos físicas y online principalmente: Google Scholar, EBSCO, Taylor & Francis, Science Direct, etc. Se utilizarán las siguientes palabras clave: Divorcio, TDAH, terapia psicodinámica, terapia sistémica, intervención para el divorcio, Colusión, protocolo psicoeducativo, crianza con TDAH, DSM IV-TR.

Formato de Revisión de Literatura

El formato que utilizará este trabajo de investigación es el formato de explicación por temas, con el fin de que el lector pueda entender de una mejor manera la investigación que se ha realizado para llegar a plantear este trabajo de investigación y pueda conectar de forma más sencilla lo que se tuvo en cuenta.

Divorcio

Se define como la disolución de manera legal de dos conyugues, cuando se dan las causas previstas por la ley. El divorcio es necesario en ocasiones, un terapeuta de familia no es el responsable de unir a una pareja que no están dispuestos a estar juntos; existen ocasiones en las cuales se debe trabajar en un divorcio pacífico que afecte en menor medida a los miembros pequeños de una familia. El divorcio es cada vez más común en Ecuador; las cifras han aumentado 83% entre 2006 y 2016. (INEC)

Distintos autores han dado diferentes perspectivas a cerca de este fenómeno familiar, por ejemplo, para Murray Bowen antes de darse un divorcio legal, se presenta lo que él define como un “divorcio emocional”, un mecanismo que evita la tensión, haciendo que las personas no hablen de sus sentimientos y eviten todo tipo de contacto emocional por años, con el fin de que la relación se haga más cómoda y menos emocional. (Fleck & Bowen, 1961). Por otro lado, Paul Amato de la Pennsylvania State University argumenta que el divorcio es un sistema de ajuste en el cual hay distintas consecuencias, bastantes de ellas negativas para los individuos involucrados en él. (Amato, 2000). Ahrons por su lado argumenta que el divorcio es un evento como cualquier otro en la familia, a pesar de que se ha patologizado por distintos autores, este no tiene por qué representar un daño a la estructura familiar, además los mecanismos legales de custodia han mejorado de tal forma que los hijos no tienen por qué afectar su crianza por causa de este evento, siempre y cuando se lleve de una manera saludable. (Ahrons, 1980).

Investigaciones sugieren que tanto el divorcio como el temperamento de los padres son determinantes importantes en problemas de ajuste en los niños; existen niños que pueden tener problemas más graves a la hora de divorcio, es por eso por lo que se debe ubicar a estos niños para intervenir en ellos de manera más inmediata (Lengua, Wolchik, Sandler, & West, 2000). Esto nos dice que la prevención de divorcio en ciertas familias puede ayudar a frenar algunos problemas importantes en los miembros más jóvenes de éstas.

La literatura con respecto al divorcio es bastante variada como se puede observar, pero la mayoría de los autores se centran en las consecuencias, en los factores de riesgo, en cómo afecta al sistema familiar y como se maneja dentro de terapia una familia que ha tomado esta decisión. La literatura con respecto a la prevención de divorcio es mínima, esto es entendible puesto que, en un acercamiento clínico, la agenda del terapeuta no es importante. Sin embargo, la nueva investigación ha mostrado que tener hijos con déficit de

atención e hiperactividad es un factor de riesgo crucial, con lo que una intervención psicoeducativa sobre cómo funcionan este tipo de familias puede ser el factor de protección que necesitan estas familias que están pasando por un momento difícil.

Factores de Riesgo de Divorcio

Se han hablado de diversos factores de riesgo para el divorcio durante años de literatura. Sin embargo, es complicado analizar factores que afecten al funcionamiento de la pareja, ya que tanto las parejas divorciadas como los investigadores no están en posición adecuada para ver estas interacciones familiares de manera objetiva (Levinger, 1976). Partiendo de esto, se puede pasar a revisar algunos factores de riesgos planteados por diferentes autores. Levinger, en primer lugar, habla de fuerzas inconscientes que hacen que el individuo se sienta más atraído a otras formas de vida que a la relación marital. Entre los factores que más afectan en esta evaluación inconsciente es la comunicación y la coordinación de los miembros de la pareja. (Levinger, 1976). Estos factores son los más simples y son los que más reportan las parejas que han tenido una disrupción, son los que se notan.

Por otro lado, existen factores de riesgo menos conscientes. Bumpass, estudió algunos factores como el hecho de que la mujer de una pareja heterosexual sea muy joven cuando se casa, parejas con un nivel de educación más bajo, parejas que cohabitan antes de casarse y parejas heterosexuales donde la esposa se había casado anteriormente. (Bumpass, Martin, & Sweet, 1991). Al mismo tiempo hay incluso factores intergeneracionales explicados por algunos autores. Amato plantea un modelo de como hijos de padres divorciados tienden a tener una mayor incidencia de divorcio; en este modelo explica que hijos de parejas divorciadas tienen a realizar acciones para repetir la historia de sus padres inconscientemente.

(Amato, 1996). También hay factores de riesgo que tienen que ver con sucesos que ocurren a la familia como algún tipo de enfermedad grave o cambios drásticos difíciles de manejar. Dentro de estos factores de riesgo podemos clasificar al TDAH ya que es un suceso del cual la familia no tiene control. Breen y Barkley describen como el TDAH funciona como factor de riesgo; los niños que tienen este trastorno tienen una conducta bastante particular, que tiende a la impulsividad, la sobre reactividad y a los problemas interpersonales, esto genera una reacción de los padres que tienden a ser más supervisores, estrictos y punitivos. Los padres de estos niños tienden a tener además más psicopatologías por la dificultad en la crianza y esto afecta a los matrimonios severamente. (Breen & Barkley, 1988).

Terapia de Pareja

Desde los primeros autores que trataron la terapia familiar y la terapia de pareja, el enfoque principal que ha liderado la práctica es el enfoque psicodinámico. Esto se debe probablemente a que la terapia de pareja debe responder a un enfoque bastante más profundo que la terapia individual. Goldenberg describe que las familias tienen patrones, narrativas, interacciones, reglas, sumisiones, etc. Normalmente las personas no son conscientes de estas formas de funcionamiento. (Goldenberg & Goldenberg, 2012). Por lo que un enfoque que aborda ampliamente el inconsciente puede ser más acertado en estos casos.

La terapia de pareja ha sido definida históricamente como aquella terapia que involucra a la diada relacional de una pareja con una relación amorosa, ha sido conocida como terapia marital y tiene elementos tanto familiares como individuales, dependiendo del caso (Gurman & Fraenkel, 2002). Esta terapia es muy cercana a la terapia familiar, por lo que a través de esta investigación se utilizarán elementos pertenecientes a teorías familiares. Los autores Broderik y Scharder son probablemente quienes han hecho la mejor recopilación de

la historia de la terapia de pareja, ellos remontan los orígenes de esta práctica a Paul Popenoe, un biólogo especializado en la herencia humana. Popenoe es el creador de *The American Institute of Family Relations* en 1930 y es quien acuña por primera vez el término *Marriage Counseling* para la práctica clínica, sin embargo, Popenoe es fuertemente influenciado por Hirschfield, quien había trabajado con terapia familiar anteriormente en Alemania. (Broderick & Schrader, 1991). A partir de aquí la terapia de pareja se ha extendido e investigado mucho a través de los años, generando distintos enfoques que abordan preocupaciones diversas y maneras de ver el sistema familiar. Estos enfoques han ido introduciendo conceptos importantes para los terapeutas que han ido mejorando su caja de herramientas a través del tiempo.

David Scharff y Jill Scharff, describen en el séptimo capítulo de *Oxford Textbook of Psychotherapy* la función tanto del terapeuta como de la pareja en la intervención. Ellos dicen que, durante la terapia de pareja, exclusivamente psicodinámica, el terapeuta hace un esfuerzo para entender e interpretar momentos en los cuales la pareja tiene una mejor disposición para trabajar. El terapeuta sostiene al paciente y promueve sanar la relación a través del entendimiento, la interpretación del conflicto, las defensas, entendiendo las ansiedades. Finalmente, la pareja podrá identificar problemas, mostrar sentimientos y comunicarse de una manera mejor. Van a estar mucho mejor equipados para manejar los cambios externos. (Gabbard, Beck, & Holmes, 2008).

La terapia de pareja o terapia marital es supremamente útil para reducir el conflicto marital y ayudar a los clientes a conseguir una mejor relación a corto plazo. La literatura ha demostrado que también hay una efectividad a largo plazo cuando se aplican las *boost sessions*. La efectividad depende bastante en los objetivos que tenga la pareja, pero también de factores individuales como trastornos mentales de algún miembro. (Bray & Jouriles, 1995). Los objetivos de el terapeuta deben ir de la mano con los objetivos de la pareja dentro de la

sesión, sin embargo, siempre debe tener en cuenta el bienestar de todos los miembros de la pareja para que el tratamiento sea beneficioso de manera individual.

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El déficit de atención es un desorden neuropsiquiátrico que afecta entre un 3% y un 10% de la población infantil. (Schatz & Rostain, 2006). Este desorden afecta principalmente a la atención sostenida, las funciones ejecutivas, fluidez fonológica y semántica; el desorden evidencia una clara alteración conductual. (Puentes-Rozo, Barceló-Martínez & Pineda, 2008). Algunos autores han investigado la diferencia comportamental y sintomática entre niños de sexo masculino y femenino. Lo que ha encontrado la investigación es que los padres no notan una diferencia sintomática, mientras que los profesores reportan mayores síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. (Hartung, et al., 2002). Esto nos da evidencia para entender que no hay una diferencia sustancial entre niños y niñas cuando se trata de divorcio, ya que lo que plantean las investigaciones es que entre más externalizados sean los síntomas del TDAH, habrá una mayor discordia marital; pero no en todos los casos, depende mucho de las dinámicas familiares y a pesar de encontrar una correlación, esta probablemente no es unilineal (Breen & Barkley, 1988). Esto nos da una brecha de intervención ya que, si la relación entre TDAH y divorcio depende de las dinámicas familiares, al intervenir dentro de estas podemos lograr resultados en el divorcio.

A pesar de que no hay una correlación lineal entre TDAH y problemas a largo plazo, si se ve una correlación importante entre el trastorno, el IQ, el nivel socioeconómico y la salud mental parental y resultados a largo plazo. Todas estas variables interactúan para predecir algunos problemas a largo plazo. Algunos de los problemas más comunes a largo plazo son: diagnóstico de personalidad antisocial, alcoholismo, abuso de sustancias diferentes

al alcohol, problemas comportamentales relacionados con criminalidad, etc. (Klein & Mannuzza, 1991). Esto evidencia que hay una gran necesidad de tratar este trastorno a tiempo y no permitir que resultados negativos aparezcan en la adultez de niños con TDAH.

El TDAH es un desorden que afecta tanto al individuo como a la familia de este. Padres de niños con este trastorno reportan dificultades para enfrentarse a ellos y sienten vergüenza por el comportamiento aceptado socialmente de sus hijos. (Scholte & Ploeg, 2007). Además, cuando un niño tiene TDAH, es bastante probable que alguno de sus padres tenga el mismo trastorno, ya que hay un componente genético. Cuando un cuidador tiene TDAH, es más probable que lleve a cabo una crianza descuidada y se frustren más fácilmente con sus hijos, esto genera una dinámica psicopatológica en la cual tanto cuidador como hijo tienen un desgaste emocional continuo. (Weiss, Weiss & Jellinek, 2000). Además, el TDAH es un desorden que puede ser considerado un factor de riesgo para el divorcio porque como especifica Wymbs y su equipo, en su artículo *Rates and predictors of divorce among parents of youths with ADHD*. Los padres que tienen un hijo con este TDAH generalmente presentan más insatisfacción marital, peleas continuas y más conversaciones negativas con su pareja que los padres que no tienen hijos con este desorden. (Wymbs, Pelham, Molina, & Gnagy, 2008).

Aunque distintos autores argumentan que el TDAH es un déficit cuyo tratamiento debe ser únicamente medicado, ya que un tratamiento familiar, escolar y psicofarmacológico, no tiene resultados significativos en síntomas (Horn, et al., 1991). La mayoría de literatura concuerda en que entre más diverso sea el tratamiento, en cuanto a las áreas que afecta como escuela, familia, comportamiento, etc. Entonces será mucho más efectivo en distintos niveles. (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham, 2004).

Factores Influyentes en el TDAH

Existen diversos factores que pueden influir en el desarrollo del TDAH, tanto positivamente como negativamente en distintas etapas de la vida. La literatura es muy extensa en que tipos de factores se toman más en cuenta al analizar este desorden.

A pesar de que mucho se ha dicho sobre las causas del TDAH y tanto literatura científica como fuentes no tan confiables han atribuido causas diferentes del trastorno, se ha estimado que este déficit es bastante genético, llegando a un 77% de heredabilidad, lo cual es comparable con la bipolaridad y la esquizofrenia. Sin embargo, hay estudios que muestran que otros factores pueden influenciar en la aparición de este desorden, entre ellos exposición a toxinas, exposición fetal al alcohol, consumo de cigarrillo en el embarazo y en menor medida (casi insignificante) complicaciones en el parto y adversidad psicosocial. (Das Banerjee, Middleton, & Faraone, 2007).

Hay distintos estudios que han abordado los enfoques psicosociales con niños que tienen TDAH. En su mayoría han encontrado que un enfoque de este tipo es efectivo para el tratamiento del trastorno. Dentro de estas terapias se encuentra el entrenamiento a padres, ya que uno de los factores que tiende a afectar mayormente el déficit de atención es la discordia familiar, con lo que un programa que aborde cómo se comportan los padres con respecto a sus hijos es significativamente efectivo a ojos de la investigación. (Wagner & McNeil, 2008). Esto quiere decir que la familia juega un papel muy importante dentro de este trastorno. Curiosamente se ha visto que los padres con hijos que padecen de TDAH tienden a una educación más rígida, lo cual puede llegar a empeorar la situación de crianza. Además, los padres presentan más insatisfacción matrimonial y mayor nivel de discordia interparental. (Wymbs, Pelham, Molina, & Gnagy, 2008).

Comorbilidad del TDAH

El TDAH es un desorden caracterizado por ser comórbido con distintos trastornos; la literatura ha encontrado que cuando el desorden en cuestión es acompañado por otro trastorno comórbido, estos tienen unas características distintivas que pueden ser descritas clínicamente. Por ejemplo, cuando hay TDAH y además un Desorden de Conducta (DC), esto no solo incluye los síntomas que caracterizan a cada desorden por separado, sino que además estas personas presentan factores como que el desorden aparece antes en edad y más dificultad de una remisión eventual. (Jensen, Martin & Cantwell, 1997). Esto es una base supremamente importante cuando hablamos de comorbilidad, puesto que debemos entender la naturaleza de un déficit combinado, el cual no solo se va a presentar como la unión de 2 déficit en el caso del TDAH, sino como una interacción psicopatológica que debemos abordar de la mejor forma posible.

Para analizar algunos de los desórdenes comórbidos con el TDAH, se tomó en cuenta el trabajo de Jensen y Steinhausen, *Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study* en el cual los autores describen que un 50% de su muestra presentaba al menos un desorden comórbido, con lo que podemos concluir que la población de TDAH que presenta al menos otro desorden es bastante elevada. En este artículo encontraron que los desórdenes más asociados a tomar en cuenta con el TDAH son el abuso de sustancias, desorden afectivo, desórdenes de ansiedad, desorden de conducta, depresión, desórdenes del lenguaje, desórdenes alimenticios y desórdenes de personalidad. Esto es supremamente importante, sin embargo, lo que más hay que tomar en cuenta del estudio es que cada desorden se relacionaba en gran medida con los factores de riesgo y protección que tenían los niños. Así pues, encontraron marcadas diferencias entre comorbilidad en diferentes sexos y factores de riesgo. (Jensen & Steinhausen, 2014). Por esta razón vale la pena intervenir en la familia, ya que si se abordan

algunos factores de riesgo se pueden prevenir trastornos comórbidos originados en la relación con la figura de apego.

Diagnóstico de TDAH en el DSM IV-TR

En el manual diagnóstico el déficit de atención e hiperactividad es caracterizado principalmente por inatención, hiperactividad e impulsividad, es por esta razón que lo divide en tres subtipos. El tipo predominantemente inatento, el tipo predominantemente hiperactivo y el tipo combinado. Para diagnosticar cualquiera de estos tipos se necesita que cumplan 5 criterios (A, B, C, D, E). Donde el criterio A está dividido en 2 para diferenciar los tipos.

El criterio A1 se cumple con 6 síntomas de los 9 siguientes: fallar en prestar atención a detalles o hacer errores descuidados, frecuentemente tener dificultad en mantener la atención en tareas o actividades de juego, frecuentemente no parecer escuchar a lo que se le dice directamente, frecuentemente no seguir instrucciones y fallar en terminar trabajos escolares o en el trabajo, frecuentemente presenta dificultad en organizar tareas y actividades, frecuentemente evita realizar tareas que necesiten un esfuerzo mental, frecuentemente pierde cosas necesarias para actividades, frecuentemente se distrae con estímulos externos, frecuentemente se olvida de actividades diarias. (Manual Diagnóstico, 2011)

El criterio A2 se cumple con 6 de los 9 síntomas siguientes: Frecuentemente juega con las manos o los pies o se retuerce en la silla, frecuentemente deja la silla en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga sentado, frecuentemente corre o trepa excesivamente en situaciones inapropiadas, frecuentemente tiene dificultades jugando o haciendo actividades de manera silenciosa, frecuentemente se describe como conducido por un motor, frecuentemente habla de manera excesiva, frecuentemente responde a preguntas sin

que se terminen de formular, frecuentemente tiene dificultad para esperar su turno, frecuentemente interrumpe a otros en conversaciones o juegos. (Manual Diagnóstico, 2011)

El criterio B dice que los síntomas del criterio A se presentaron antes de a la edad de 7 años. El criterio C dice que estos síntomas del criterio A se presentan al menos en dos lugares diferentes, por ejemplo, en la escuela y en casa. El criterio D dice que debe haber evidencia que esto causa una dificultad clínica y el criterio E dice que estos síntomas no ocurren por esquizofrenia, desordenes psicóticos u otros desórdenes mentales. (Manual Diagnóstico, 2011)

Por último, el manual diagnostico enfatiza que el tipo de TDAH que tiene la persona se basa en si cumple los criterios para A1 solamente (tipo inatentivo), cumple los criterios para A2 solamente (tipo hiperactivo-impulsivo), o cumple criterios para A1 y A2 (tipo combinado). (Manual Diagnóstico, 2011).

Terapias Utilizadas en el Tratamiento del TDAH

En el TDAH, así como en distintas psicopatologías, han sido utilizadas a través de los años distintos tipos de terapia. Lo que diferencia principalmente a este trastorno es que, al ser neurobiológico, el tratamiento estándar incluye la utilización de estimulantes para mejorar los síntomas, lo cual tiene un impacto tanto en la salud del individuo, como en la percepción de la familia del trastorno. En el tratamiento únicamente farmacológico de esta enfermedad, la investigación ha demostrado un grado de efectividad a corto plazo, siempre y cuando no se exceda de 3 años, los efectos son relativamente seguros para los infantes. (Rajeh & Et al, 2017).

Por otro lado, también se han investigado terapias conductuales, en las cuales hay una efectividad menor que con los estimulantes, pero con menos efectos secundarios, lo cual representa una opción para algunos padres que puedan ver la utilización de fármacos como

algo completamente nocivo. (Rajeh & Et al, 2017). Hay que agregar que en algunos estudios se ha pedido la opinión de padres en cuanto al tratamiento que prefieren para sus hijos y estos han demostrado que lo más importante es la disminución de síntomas comportamentales, con lo que el tratamiento farmacológico sería el escogido en la mayoría de los casos. (Nafees & Et al, 2014).

También cabe resaltar que no todos los tratamientos realizados para el TDAH son de tipo conductual o farmacológico. Autores como Robin (2014) han investigado en terapia familiar para el tratamiento de este trastorno en adolescentes. En este caso hay dos artículos que sustentan empíricamente este tratamiento a corto plazo. Hay que tener en cuenta que este tratamiento tiene una gran base psicoeducativa, seguido de una fase donde se resuelven problemas familiares y se aplica la manera de romper círculos negativos en la relación de familia. Aunque este tipo de tratamientos sigue en investigación no deben ser olvidados puesto que representan un cambio en síntomas que es representativo. (Robin, 2014). Esto significa que hay una puerta dónde terapias que no son farmacológicas o conductuales pueden ayudar a estas personas a mejorar sus síntomas, siempre teniendo en cuenta que este es un desorden neurológico y que las terapias que no apuntan a farmacología deben tenerla en cuenta si quieren resultados a largo plazo.

Intervenciones Psicoeducativas

La psicoeducación ha sido utilizada por distintos profesionales de la salud mental para la mejoría de algunas poblaciones que pueden ignorar la teoría sobre algún evento en especial. Hay que decir que la psicoeducación suele hacer parte de la mayoría de los tratamientos psicológicos por lo que juega un rol enorme en varias terapias.

La psicoeducación ha sido utilizada en diversos estudios para tratar algunos problemas, por ejemplo, el impacto de divorcio de padres en adolescentes. En este estudio

llamado *Psychoeducational Group for Ghanaian Adolescents Experiencing Parental Divorce*. Los investigadores demuestran que la utilidad de la psicoeducación en estos jóvenes es bastante positiva, reduciendo algunos efectos perjudiciales que podría traer el divorcio e incrementando sus habilidades para afrontar problemas. (Nkyi, 2015).

Otros estudios han demostrado la efectividad de la psicoeducación para disminuir síntomas de ansiedad. Rajiah y Saravanan (2014) realizaron un estudio en el cual trataban a una población con psicoeducación y terapia. En este estudio se vio el gran impacto que puede tener la psicoeducación en pacientes con ansiedad y en la reducción de síntomas (Rajiah & Saravanan, 2014). Esto puede ser evidencia que la psicoeducación es supremamente útil en distintos casos y en la terapia que se pretende plantear para este trabajo puede representar una gran mejoría en los participantes.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

Para este trabajo de investigación se tomaron en cuenta distintos tipos de metodologías, pero teniendo en cuenta que la pregunta es ¿Cómo y hasta qué punto es posible realizar una investigación psicoeducativa para intervenir en el riesgo de divorcio en parejas que tienen un hijo con TDAH, tomando para esta un enfoque psicodinámico y sistémico?, el tipo de metodología más aplicable es el método cuantitativo cuasi experimental ya que con este método se su finalidad es conocer la realidad para controlarla y hacer predicciones sobre ella. (Rodríguez & Valdeoriola, 2012).

La metodología cuasi experimental tiene la ventaja de no ser una situación completamente controlada, que en líneas generales nos ayuda a manipular la variable dependiente para afectar a la independiente y generalizar los resultados a una población, con

una validez externa relativamente alta. (Rodríguez & Valldeoriola, 2012). Esta metodología se utiliza ya que no podemos tener una muestra completamente aleatoria cuando reclutamos a padres con hijos de TDAH. Con este método podremos obtener resultados más acertados en la investigación con respecto a la pregunta de investigación. Además, el diseño ideal para este trabajo en concreto sería el de Pretest-Posttest con grupo de control, en el cual asignaremos un grupo al cual se aplique una prueba antes de la intervención y después de esta y a un grupo de control que se le tomé una prueba sin aplicar la intervención. Esto posibilitará una mayor validez de la intervención y nos ayudará a conocer si el procedimiento es útil para este tipo de casos. (Rodríguez & Valldeoriola, 2012).

Las variables que deben ser medidas para este trabajo deben ser la satisfacción marital (independiente) y el hecho de recibir una intervención psicoeducativa o no (dependiente). Hay que tener en cuenta que para medir la variable independiente es necesario la aplicación de una escala que mida la satisfacción marital, en el caso de este trabajo se utilizará la Kansas Marital Satisfaction Scale (KMSS), ya que en Ecuador no existe una escala de esta índole validada para la población; este estudio tiene la ventaja de que va a probar por primera vez esta escala en Ecuador, lo que sugiere un inicio en la validación de esta escala para el país. Por otro lado, para hacer una evaluación más completa y adquirir toda la información posible sobre los participantes se realizará una entrevista clínica semiestructurada, que evalúe el estado actual de la pareja. Además, hay que declarar que la intervención psicoeducativa o variable dependiente, será una traducción de la intervención que utilizó Hogarty (1986) en su artículo *Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia*, el cual explica paso a paso la aplicación de una terapia familiar psicoeducativa, en dónde aplicará a la familia de los pacientes con TDAH, incluyendo la persona afectada (Hogarty, 1986).

Participantes

Para decidir tanto el número de participantes como las características de estos hay que tomar en cuenta la prevalencia en Ecuador de las parejas que tienen hijos con TDAH y estén en riesgo de divorcio. No habiendo un censo estatal de este déficit en el país hay que tomar en cuenta algunos trabajos de investigación (Vélez, X. & Et al., 2015) y la prevalencia mundial para llegar a una cifra a aproximada, hay que tener en cuenta que esto es un estudio piloto en dónde se debe probar que tan fácil es encontrar este tipo de participantes en la ciudad de Quito. Una cantidad realista para este trabajo serían 20 parejas que cumplan con 2 requisitos. En primer lugar, debe haber un nivel de discordia marital reportado por los participantes, en segundo lugar, como cabe esperarse, la pareja debe tener uno o más hijos con diagnóstico de TDAH realizado por un psicólogo clínico o neurólogo.

Por otro lado, los criterios de exclusión a tomar en cuenta serán en primer lugar la edad, los participantes no deben llevarse más de 5 años de diferencia entre ellos, en segundo lugar, que no hayan cohabitado antes de casarse, en tercer lugar que los pacientes hayan decidido tener hijos conscientemente; de esta forma se controla que la discordia marital se deba principalmente al diagnóstico del hijo, en cuarto lugar, los participantes no deben haber asistido a terapia familiar en los últimos meses, de esta forma podemos controlar que el éxito de la intervención se debe exclusivamente a ésta. Las 20 parejas deben tener una disponibilidad para asistir a los talleres psicoeducativos durante 5 semanas sin falta.

Los participantes serán reclutados principalmente por medio de anuncios en redes sociales, anuncios en colegios y anuncios en consultorios psicológicos y psiquiátricos en la ciudad de Quito. Es fundamental que los participantes vivan dentro de la ciudad o tengan la posibilidad de asistir cada semana a las sesiones psicoeducativas. Después de seleccionar aleatoriamente los dos grupos para la investigación dividiremos el grupo experimental en 5 grupos de 2 parejas cada uno (4 personas), se procederá a aplicar la escala KMSS y entrevista clínica semiestructurada en todos los participantes. Posteriormente empezar con las 5

semanas de psicoeducación basándonos en el modelo de Hogarty (1986) en sesiones de 2 hora con cada subgrupo y poner en lista de espera para terapia al otro grupo.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Para este trabajo de investigación se utilizará como principal herramienta la *Kansas Marital Satisfaction Scale* (KMSS). Esta escala simple consta únicamente de 3 reactivos que preguntan “que tan satisfecho se siente como ... con su esposo (o esposa) como esposos, con su matrimonio y en su relación. Los entrevistados responden para cada pregunta una de las siete categorías disponibles que oscilan entre extremadamente insatisfecho hasta extremadamente satisfecho. (Schumm, Scanlon, Crow, Green & Buckler, 1986). A pesar de que parezca que esta escala mide lo mismo en las 3 preguntas que se utilizan, la investigación sugiere que las respuestas de las personas son diferentes, lo que sugiere que miden cosas diferentes.

Esta prueba, a pesar de ser simple y rápida, sirve para medir un variado rango de insatisfacción marital y tiene la ventaja de tener una consistencia interna bastante alta debido a la pequeña cantidad de reactivos, esto quiere decir que mide lo que tiene que medir. Esta prueba presenta un Alpha de Cronbach de 0.89 y 0.93 en esposos y esposas respectivamente, en los estudios que se ha probado la fiabilidad de esta prueba, se ha demostrado que es útil para cualquier nivel socioeconómico. (Schumm, Scanlon, Crow, Green & Buckler, 1986).

La fiabilidad de esta escala se ha comprobado en distintos estudios y ha demostrado ser útil en muchas poblaciones, sin embargo, esta escala no ha sido estandarizada en el Ecuador, por lo que los resultados podrían tener una cierta variabilidad. La ventaja de utilizar

esta escala con respecto a otras es el hecho de que, a comparación de escalas similares, mide exactamente lo mismo de manera igualmente confiable con muchos menos ítems y esto es una ayuda muy grande para ahorrar tiempo en la aplicación de la investigación (Schumm, Scanlon, Crow, Green & Buckler, 1986).

La KMSS además de ser bastante rápida y sencilla de aplicar e interpretar, ha sido bastante estudiada por distintos autores, probando su fiabilidad, hay autores que han incluso ahondado en su validez con poblaciones diferentes a las normadas, como por ejemplo población infértil. Esta escala esta validada en varios países, lo que la convierte en un instrumento altamente fiable y útil para la medida de la satisfacción marital. (Omani-Samani, Maroufizadeh, Ghaheri, Amini, & Navid, 2017).

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

Para el reclutamiento de participantes se contará con la ayuda de educadores, psicólogos y psiquiatras que puedan ayudarnos a encontrar pacientes que cumplan con los criterios principales, en los consultorios y oficinas de estos profesionales se pondrán *flyiers* que contengan los requisitos y números para contactar a los investigadores de este trabajo. En estos papeles publicitarios se incluirá el hecho de que este estudio puede contribuir a la recuperación de la pareja en cuestión y que es completamente gratuito. A cada pareja se le ofrecerá la suma de 25\$ dólares al final de la investigación por su ayuda prestada a ésta. Además, copias de estos *flyiers* se distribuirán por medio de páginas de Facebook, cuentas de Twitter e Instagram. Cada participante que llame se le agendará una cita inicial para comprobar la veracidad de los datos.

En la entrevista inicial, a cada pareja se le pedirá documentos que comprueben la veracidad de los datos, se filtrará a participantes que no cumplan con los requisitos

mencionados anteriormente. A cuyas parejas que los hijos no tengan un diagnóstico realizado, se les puede dar un contacto donde puedan ser evaluados y se pueda comprobar la veracidad del diagnóstico.

Una vez seleccionadas las 20 parejas que van a hacer parte de la investigación se deben separar en dos grupos completamente aleatorios dónde firmen un consentimiento informado sobre la investigación y se asigne a tratamiento o a lista de espera (Grupo experimental y de control). Los participantes del grupo experimental agendarán una cita con uno de los investigadores para comenzar con la intervención psicoeducativa. Teniendo en cuenta la disponibilidad de los participantes, se asignarán a uno de los cinco subgrupos estipulados. A todos los participantes se les aplicara la KMSS por separado y en condiciones adecuadas. Luego de esto, uno de los investigadores realizará una entrevista clínica semiestructurada, donde se evalúe clínicamente a la pareja en temas relacionales. Posteriormente empezará la intervención psicoeducativa en cada grupo en 5 fases que incluyen: conexión, taller de habilidades de afrontamiento, reentrar y aplicación, ajuste de trabajo y social y por último mantenimiento. Después de estas 5 semanas se volverá a contactar a las familias para aplicarles de nuevo el KMSS y entregarles su remuneración por haber ayudado en la investigación.

Consideraciones Éticas

Esta investigación, aferrándose al código de ética de la APA, tendrá en cuenta todas las consideraciones éticas necesarias para el bienestar de los participantes que harán parte de él. En primer lugar, para participar de este experimento se debe firmar un consentimiento informado en dónde se explique de manera adecuada en que consiste la investigación propuesta. En el consentimiento se incluirá el hecho de que la participación no es obligatoria en ningún momento y que se puede retirar el consentimiento cuando el participante quiera. A

pesar de que el enfoque principal es psicoeducativo, pueden surgir malestares emocionales durante la terapia, que van a ser atendidos de manera terapéutica y segura. Hay que indicar además que el estudio es completamente anónimo, por lo que los nombres de los participantes no serán expuestos ante ningún público. Cualquier tipo de documento exigido al momento de ingresar en la investigación será devuelto y no va a ser expuesto en ningún momento. A cada participante se le asignará un código para que no haya que violar el anonimato en ningún momento de la investigación. Por último, decir que la investigación será completamente transparente con los participantes, por lo que son libres de preguntar cualquier cosa sobre ésta en cualquier momento y los investigadores están en obligación de contestar con la verdad.

RESULTADOS ESPERADOS

Teniendo en cuenta el marco teórico y el éxito que ha tenido la psicoeducación en distintas poblaciones que presentan problemas familiares, se anticipa que este trabajo de investigación tendrá un resultado favorable, expresado en que la intervención psicoeducativa, basada en el programa de intervención de Hogarty (1986) de 5 etapas, tenga un efecto clínicamente significativo en las parejas del grupo experimental. Mientras que, las parejas pertenecientes al grupo de control se mantengan en un rango de discordia marital similar al inicio de la investigación. Sin embargo, para discutir los resultados esperados, se dividirá esta sección en los instrumentos utilizados. Se explicará, que se espera como principales resultados del pretest y luego del postest.

En primer lugar, el KMSS, esta herramienta mide discordia marital y su confiabilidad y validez están explicadas en la sección de metodología. Se espera que en esta prueba las parejas reporten, en su mayoría, respuestas que indiquen insatisfacción en las 3 áreas que mide esta prueba, como respuestas más recurrentes se esperan “extremadamente insatisfecho” y “bastante insatisfecho”. En el postest, se espera que estos resultados hayan cambiado de manera significativa, generando más respuestas del espectro “satisfecho” que al principio. A pesar de que es complicado predecir estos resultados, se toma en cuenta los estudios observados en el marco teórico y se hace una predicción positiva sobre la hipótesis que plantea esta investigación; en el caso puntual del KMSS, se espera que la mayoría de parejas mejore su satisfacción marital, por lo que el riesgo de divorcio disminuya notablemente, pero no se esperan resultados perfectos, se tiene en cuenta un margen de error en donde algunas parejas no recibirán ningún beneficio de la psicoeducación, ya que los estudios vistos anteriormente no muestran una efectividad del 100% en ninguna población.

En segundo lugar, se puede esperar que en la entrevista clínica semiestructurada encontremos en la fase de pretest una alta insatisfacción marital en las parejas, esto se verá caracterizado por una conversación difícil entre la pareja, un nivel de ira escalado en la conversación, una dificultad en salir de estos temas, la pareja expresará que lo que ocurre durante la conversación, sucede continuamente en su vida diaria, alguno de los dos señalará al otro o a la comunicación como el problema principal. (Heyman, 2001). Es totalmente imposible predecir los resultados de cada una de las entrevistas, pero se espera lo mencionado anteriormente, puesto que la literatura indica que estos patrones se ven continuamente en parejas que tienen una insatisfacción marital alta por lo tanto un riesgo de divorcio alto. Se estima además que los hijos jugarán un rol fundamental en la familia, volcando toda la atención de la pareja y teniendo en cuenta la información del marco teórico, se espera que sean familias donde la organización y la estructura estén relegadas a un segundo lugar. Es

posible que se vean patrones intergeneracionales, donde el padre o la madre reporten tener un Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

En el posttest, sin embargo, se espera una mejoría en los patrones nocivos de la familia. Es probable que, cómo no es una intervención clínica, muchos de los problemas de comunicación no mejoren notablemente, pero se espera que al conocer más como interactuar con su hijo y reducir el estrés parental, la satisfacción en la entrevista sea mucho más evidente, se puede ver expresada en una mayor esperanza de la pareja para la crianza y una mayor fortaleza en la relación de los padres, sensaciones de apoyo y entendimiento de la situación. Como está explicado antes, no se espera que los resultados sean significativos para todas las familias, sin embargo, se espera una mejoría significativa en la mayoría de la muestra.

Se espera un cambio en las familias, debido a la intervención basada en modelo de Hogarty. (1986) Por esta razón los principales cambios que se deberían observar son: Reducción en estrés, cooperación familiar, más emocionalidad, expresión de sentimientos negativos hacia el trastorno del niño, más entendimiento del trastorno, conexión con redes de apoyo, funcionamiento del niño con el trastorno en los diferentes entornos sociales, fortalecimiento de la coalición parental, mayor tolerancia a comportamientos de bajo funcionamiento, integración total en la comunidad escolar del paciente, efectividad de procesos familiares generales, poca necesidad de una ayuda terapéutica posterior referente a pareja. Por el buen planteamiento de este proceso psicoeducativo, se espera que las familias mejoren notablemente su funcionamiento a comparación del grupo de control.

DISCUSIÓN

Conclusiones

Dando por terminada la investigación, se debe volver a plantear la pregunta ¿Como y hasta qué punto es posible realizar una intervención psicoeducativa para intervenir en el riesgo de divorcio en parejas que tienen un hijo con TDAH, tomando para esta un enfoque psicodinámico y sistémico? Los autores no llegan a una respuesta concreta, no hay estudios que analicen el impacto que puede tener la psicoeducación en las parejas con hijos que tienen TDAH. Sin embargo, este trabajo puede funcionar cómo piloto para entender esta idea de una manera más adecuada. Está muy claro que el TDAH es un factor de riesgo para el divorcio. Tanto Breen & Barkley (1988), como Wymbs & Et al. (2008) declararon en sus respectivos estudios que el hecho de tener un hijo con este trastorno genera condiciones en una familia que se vayan transformando para generar discordia marital. Además, es perfectamente claro, como las intervenciones psicoeducativas han funcionado a través de los años para propiciar un mayor entendimiento e incluso funcionan de manera terapéutica para diferentes poblaciones. Autores como Nkyi (2015), Rajiah y Saravanan (2014) han encontrado pruebas empíricas de esto. Incluso Hogarty (1986) ha utilizado talleres de psicoeducación establecidos para abordar a familias de pacientes con esquizofrenia, trastorno donde también se ve gravemente afectada la parte familiar.

Estos datos demostrarían que la pregunta de investigación se puede resolver positivamente. Si es posible aplicar un método psicoeducativo para prevenir el divorcio en parejas que tienen hijos con TDAH. El problema con esta pregunta es más “¿Hasta qué punto?”. Probablemente, la única forma de sacar datos concretos para responder la segunda parte de esta pregunta es aplicar este trabajo de investigación y replicarlo algunas veces, de esta manera se podrían sacar datos reales y concretos que nos puedan ayudar a contestar a la pregunta de una mejor manera. En teoría la hipótesis del trabajo se cumple completamente, sin embargo, hay muchos temas metodológicos e investigativos a los cuales solo podemos acceder realizando un trabajo completo en este campo. Este tema promete mucho, ya que no

existe ningún estudio al respecto, por lo que tiene un potencial alto, pero con esto también vienen algunas consecuencias de tratar con investigaciones nunca realizadas y no poder aprender de errores de otros trabajos, como trabajo piloto esta investigación podría establecer un punto de partida a las ciencias de la salud en Ecuador.

Limitaciones del Estudio

Para la realización de este estudio se consideran algunas limitaciones. La primera es la muestra, es complicado hallar una muestra que sea clínicamente significativa en este caso, ya que es una muestra bastante específica, a pesar de que el número de personas no es tan pequeño, hay que pensar en un método de reclutamiento mejor para encontrar la muestra exacta necesaria para el trabajo. Este trabajo no toma en cuenta los rangos de edad, por la misma razón que es complicado encontrar este tipo de parejas, limitar más la muestra resultaría más complicado, sin embargo, es algo digno para tener en cuenta. Cuando se investiga en terapia de pareja, hay conceptos que no se pueden dejar de lado y estos son bastante antiguos, hay que tener en cuenta que la mayor parte de la investigación en terapia familiar se realiza en el siglo pasado, por lo que muchos de los estudios son antiguos, pero se considera que es completamente necesario para la realización de esta investigación. Por otro lado, hay que tener claro que ninguno de los instrumentos utilizados en este trabajo de investigación fue validado previamente para el Ecuador. El Kansas Marital Satisfaction Scale ha sido probado para población mexicana, con resultados válidos y confiables (Arias, 2003). Mientras que el taller psicoeducativo realizado por Hogarty, no ha sido utilizado sino en dicho trabajo de investigación. Esto podría traer algunos problemas ya que puede que estas herramientas no sirvan para la población ecuatoriana, este trabajo sirve para introducirlos en

el ámbito investigativo del país, pero vale la pena realizar estudios sobre validez en la población antes de aplicarlos.

Recomendaciones para Futuros Estudios

El trabajo de investigación se considera exitoso ya que pudo responder adecuadamente a la pregunta de investigación planteada, pero quedan varios aspectos sin resolver que probablemente puedan interesar a quienes buscan investigar este tema a fondo. El primero de ellos es el hecho de que no existe una escala apropiada para medir el riesgo de divorcio, una investigación en este ámbito podría ser muy fructífera ya que estamos entendiendo la insatisfacción marital y el riesgo de divorcio cómo lo mismo, sin embargo, puede existir algún tipo de diferencia que sería digno de investigación. En esta misma línea de escalas, podría ahondarse el tema de la validación de la Kansas Marital Satisfaction Scale, ya que en nuestro país no ha sido validada aun, de hecho, no hay ninguna escala que mida satisfacción marital validada en Ecuador, por lo que cualquier estudio relacionado a este ámbito podría ser pionero para la investigación en terapia de pareja y de familia. Una sugerencia importante es la realización de un estudio en donde en vez de aplicarse una teoría psicoeducativa, se haga una intervención terapéutica más larga basada en distintos enfoques.

Es bastante lo que se puede ahondar en el tema del divorcio relacionado con trastornos en un miembro de la familia, por lo cual sería interesante el análisis de intervenciones en esta población o profundizar en la parte transgeneracional de los trastornos y plantear una intervención basada en esto.

REFERENCIAS

- Ahrons, C. R. (1980). Redefining the divorced family: A conceptual framework. *Social Work*. doi:10.1093/sw/25.6.437
- Amato, P. R. (1996). Explaining the Intergenerational Transmission of Divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 58(3), 628. doi:10.2307/353723
- Amato, P. R. (2000). The Consequences of Divorce for Adults and Children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269-1287. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x
- Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L., & Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 167-170. doi:10.1007/s12618-009-0023-2
- Arias, F. L. (2003). La Escala de Satisfacción Marital: Análisis de su confiabilidad y validez en una muestra de supervisores mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 37(1), 67-92. doi:10.30849/rip/ijp.v37i1.809
- Baker, D. B. (1994). Parenting Stress and ADHD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2(1), 46-50. doi:10.1177/106342669400200106
- Bray, J. H., & Jouriles, E. N. (1995). Treatment Of Marital Conflict And Prevention Of Divorce. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 461-473. doi:10.1111/j.1752-0606.1995.tb00175.x
- Breen, M. J., & Barkley, R. A. (1988). Child Psychopathology and Parenting Stress in Girls and Boys Having Attention Deficit Disorder With Hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(2), 265-280. doi:10.1093/jpepsy/13.2.265
- Broderick, C. B., & Schrader, S. S. (1991). The history of professional marriage and family therapy. *Handbook of family therapy*, 2, 3-40.

- Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(1), 128-138. doi:10.1037/a0026582
- Fleck, S., & Bowen, M. (1961). The family as the unit of study and treatment: Workshop, 1959: 1. Family psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *31*(1), 40-60. doi:10.1111/j.1939-0025.1961.tb02106.x
- Bumpass, L. L., Martin, T. C., & Sweet, J. A. (1991). The Impact of Family Background and Early Marital Factors on Marital Disruption. *Journal of Family Issues*, *12*(1), 22-42. doi:10.1177/019251391012001003
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, J. W. (2004). Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children with ADHD: Review and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *7*(1), 1-27. doi:10.1023/b:ccfp.0000020190.60808.a4
- Das Banerjee, T., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Foundation Acta Paediatrica*, *96*, 1269-1274. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00430.x
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (2011). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fleck, S., & Bowen, M. (1961). The family as the unit of study and treatment: Workshop, 1959: 1. Family psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *31*(1), 40-60. doi:10.1111/j.1939-0025.1961.tb02106.x
- Gabbard, G. O., Beck, J. S., & Holmes, J. (2008). *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy: An overview*. Cengage Learning.

- González Collantes, R., Rodríguez Sacristán, A., & Sánchez García, J. (2015).
Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, *71*(2), 58-61.
- Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The History of Couple Therapy: A Millennial
Review. *Family Process*, *41*(2), 199-260. doi:10.1111/j.1545-5300.2002.41204.x
- Hartung, C. M., Willcutt, E. G., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Stein, M. A., &
Keenan, K. (2002). Sex Differences in Young Children Who Meet Criteria for Attention
Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, *31*(4), 453-464.
doi:10.1207/153744202320802133
- Heyman, R. E. (2001). Observation of couple conflicts: Clinical assessment applications,
stubborn truths, and shaky foundations. *Psychological Assessment*, *13*(1), 5-35.
doi:10.1037//1040-3590.13.1.5
- Hogarty, G. E. (1986). Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance
Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. *Archives of General
Psychiatry*, *43*(7), 633. doi:10.1001/archpsyc.1986.01800070019003
- Horn, W. F., Ialongo, N. S., Pascoe, J. M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M., . . .
Puttler, L. (1991). Additive Effects of Psychostimulants, Parent Training, and Self-
Control Therapy with ADHD Children. *Journal of the American Academy of Child &
Adolescent Psychiatry*, *30*(2), 233-240. doi:10.1097/00004583-199103000-00011
- Jensen, C. M., & Steinhausen, H. (2014). Comorbid mental disorders in children and
adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide
study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *7*(1), 27-38.
doi:10.1007/s12402-014-0142-1
- Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for
Research, Practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child &
Adolescent Psychiatry*, *36*(8), 1065-1079. doi:10.1097/00004583-199708000-00014

- Klein, R. G., & Mannuzza, S. (1991). Long-Term Outcome of Hyperactive Children: A Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*,30(3), 383-387. doi:10.1097/00004583-199105000-00005
- Lengua, L. J., Wolchik, S. A., Sandler, I. N., & West, S. G. (2000). The Additive and Interactive Effects of Parenting and Temperament in Predicting Adjustment Problems of Children of Divorce. *Journal of Clinical Child Psychology*,29(2), 232-244. doi:10.1207/s15374424jccp2902_9
- Levinger, G. (1976). A Social Psychological Perspective on Marital Dissolution. *Journal of Social Issues*,32(1), 21-47. doi:10.1111/j.1540-4560.1976.tb02478.x
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Moen, Ø L. (2014). Everyday life in families with a child with ADHD and public health nurses conceptions of their role (Doctoral dissertation, Karlstad: Karlstads universitet) [Abstract].
- Nafees, B., Setyawan, J., Lloyd, A., Ali, S., Hearn, S., Sasane, R., . . . Hodgkins, P. (2014). Parent preferences regarding stimulant therapies for ADHD: A comparison across six European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*,23(12), 1189-1200. doi:10.1007/s00787-013-0515-6
- Nichols, C. W., Schumm, W. R., Schectman, K. L., & Grigsby, C. C. (1983). Characteristics of Responses to the Kansas Marital Satisfaction Scale by a Sample of 84 Married Mothers. *Psychological Reports*,53(2), 567-572. doi:10.2466/pr0.1983.53.2.567
- Nkyi, A. K. (2015). Development and Implementation of a Psychoeducational Group for Ghanaian Adolescents Experiencing Parental Divorce. *The Journal for Specialists in Group Work*,40(2), 243-264. doi:10.1080/01933922.2015.1017069
- Omani-Samani, R., Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., Amini, P., & Navid, B. (2018). Reliability and validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale (KMSS) in infertile

- people. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(2), 154-157.
doi:10.1016/j.mefs.2017.10.005
- Puentes-Rozo, P. J., Barceló-Martínez, E., & Pineda, D. A. (2008). Características conductuales y neuropsicológicas de niños de ambos sexos, de 6 a 11 años, con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 175-184.
- Rajeh, A., Amanullah, S., Shivakumar, K., & Cole, J. (2017). Interventions in ADHD: A comparative review of stimulant medications and behavioral therapies. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 131-135. doi:10.1016/j.ajp.2016.09.005
- Rajiah, K., & Saravanan, C. (2014). The Effectiveness of Psychoeducation and Systematic Desensitization to Reduce Test Anxiety Among First-year Pharmacy Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 78(9), 163. doi:10.5688/ajpe789163
- Riehl-Emde, A., Thomas, V., & Willi, J. (2003). Love: An Important Dimension in Marital Research and Therapy. *Family Process*, 42(2), 253-267. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.42205.x
- Robin, A. L. (2014). Family Therapy for Adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 747-756. doi:10.1016/j.chc.2014.06.001
- Rodriguez, D., & Valdeoriola, J. (2009). *Metodología de la Investigación*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD With Comorbid Anxiety. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 141-149. doi:10.1177/1087054706286698
- Scholte, E. M., Berckelaer- Onnes, I. A., & Ploeg, J. D. (2007). The development of children with ADHD in day treatment centres after school hours. *European Journal of Special Needs Education*, 22(1), 93-105. doi:10.1080/08856250601082406

- Schumm, W. R., Scanlon, E. D., Crow, C. L., Green, D. M., & Buckler, D. L. (1983). Characteristics of the Kansas Marital Satisfaction Scale in a Sample of 79 Married Couples. *Psychological Reports*, 53(2), 583-588. doi:10.2466/pr0.1983.53.2.583
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1), 73-81. doi:10.1016/j.ambp.2006.07.006
- Wagner, S. M., & Mcneil, C. B. (2008). Parent-Child Interaction Therapy for ADHD: A Conceptual Overview and Critical Literature Review. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(3), 231-256. doi:10.1080/07317100802275546
- Wall-Wieler, E., Roos, L. L., Chateau, D. G., & Rosella, L. C. (2016). What predictors matter: Risk factors for late adolescent outcomes. *Can J Public Health*, 107(1), 16. doi:10.17269/cjph.107.5156
- Weiss, M., Hechtman, L., Weiss, G., & Jellinek, M. S. (2000). ADHD in Parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1059-1061. doi:10.1097/00004583-200008000-00023
- Willi, J. (1984). The Concept of Collusion: A Combined Systemic-Psychodynamic Approach to Marital Therapy. *Family Process*, 23(2), 177-185. doi:10.1111/j.1545-5300.1984.00177.x
- Willi, J., Frei, R., & Limacher, B. (1993). Couples Therapy Using the Technique of Construct Differentiation. *Family Process*, 32(3), 311-321. doi:10.1111/j.1545-5300.1993.00311.x
- Wymbs, B. T., Pelham, W. E., Molina, B. S., & Gnagy, E. M. (2008). Mother and Adolescent Reports of Interparental Discord Among Parents of Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(1), 29-41. doi:10.1177/1063426607310849

Wymbs, B. T., Pelham, W. E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., Wilson, T. K., & Greenhouse, J.

B. (2008). Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 735-744. doi:10.1037/a0012719

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Estimadas Familias:

Se solicitan participantes para un estudio psicológico relacionado con la discordia marital y el Déficit de Atención e Hiperactividad, los participantes deberán reportar problemas maritales y tener, al menos un hijo/a con Déficit de Atención e Hiperactividad. A cambio de la ayuda, se les hará la entrega a los participantes de 25\$ por familia.

REQUISITOS:

- *Las parejas no deben llevarse más de 5 años de diferencia entre ellos
- *Que la pareja no haya cohabitado antes de casarse,
- *Que las parejas hayan decidido tener hijos conscientemente;
- *Los participantes no deben haber asistido a terapia familiar en los últimos meses,
- *Las parejas deben tener una disponibilidad para asistir a talleres durante 5 semanas sin falta.

Para más información llamar a: 0967730309
o escribir a: alejandro.mantilla@estud.usfq.edu.ec

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Planeación de Intervención Psicoeducativa Para Parejas en Riesgo de Divorcio como Resultado de Tener Hijos con Déficit de Atención e Hiperactividad

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Alejandro Mantilla Barragán

Datos de localización del investigador principal: 0967730309, alejomab@gmail.com

Co-investigadores: No aplica

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<p>Introducción <i>(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)</i></p> <p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre los efectos de la psicoeducación en la discordia marital de parejas con hijos que presentan trastorno de déficit de atención e hiperactividad porque reporta conscientemente tener problemas de pareja y tener un hijo con déficit de atención e hiperactividad</p>
<p>Propósito del estudio</p> <p>Este estudio propone investigar los efectos que tiene la psicoeducación en parejas que tienen discordia marital a causa de tener un hijo con Déficit de atención e hiperactividad, tomando en cuenta un enfoque sistémico y psicodinámico. Para el estudio se contará con 20 parejas.</p>
<p>Descripción de los procedimientos</p> <p>A las parejas se les hará un proceso de filtración para poder verificar los requisitos de inclusión y exclusión. Se dividirá a las parejas en dos grupos de 10. Posteriormente cuando las parejas sean seleccionadas, se les aplicará una evaluación para estimar el grado de discordia marital (KMSS). También se aplicará a los participantes una entrevista semiestructurada donde se pueda observar la interacción entre los miembros. A un grupo de participantes se les aplicará 5 semanas de talleres psicoeducativos, mientras que el otro grupo estará en lista de espera para terapia. Posteriormente se aplicará de nuevo un proceso evaluativo y se hará entrega de la remuneración.</p>
<p>Riesgos y beneficios</p> <p>A pesar de que la psicoeducación no entra dentro de los parámetros de una terapia psicológica, hablar de temas emocionales puede afectar a los participantes a nivel sentimental. El principal beneficio es que estos talleres ayudan a que las personas aprendan herramientas para la mejoría de su relación y convivencia. Estos talleres disminuirán el riesgo de sus hijos a desarrollar otros tipos de trastornos posteriores relacionados con</p>

el TDAH.

Consentimiento informado

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y los ayudantes de la investigación tendrán acceso.

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted recibirá 25\$ en efectivo, cuando acabe la investigación y no tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0967730309 que pertenece a Alejandro Mantilla, o envíe un correo electrónico a alejomab@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado ALEJANDRO MANTILLA BARRAGÁN	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN**Kansas Marital Satisfaction Scale (ESPAÑOL)**

1. ¿Qué tan satisfecho se siente como esposos o compañeros con su esposo (o esposa)?
 - a. Extremadamente Insatisfecho
 - b. Muy Insatisfecho
 - c. Un poco Insatisfecho
 - d. Mixto o Incierto
 - e. Un poco Satisfecho
 - f. Muy Satisfecho
 - g. Extremadamente Satisfecho

2. ¿Qué tan satisfecho se siente con su matrimonio con su esposo (o esposa)?
 - a. Extremadamente Insatisfecho
 - b. Muy Insatisfecho
 - c. Un poco Insatisfecho
 - d. Mixto o Incierto
 - e. Un poco Satisfecho
 - f. Muy Satisfecho
 - g. Extremadamente Satisfecho

3. ¿Qué tan satisfecho se siente en su relación con su esposo (o esposa)?
 - a. Extremadamente Insatisfecho
 - b. Muy Insatisfecho
 - c. Un poco Insatisfecho
 - d. Mixto o Incierto
 - e. Un poco Satisfecho
 - f. Muy Satisfecho
 - g. Extremadamente Satisfecho