



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**EVALUACIÓN DEL PAPEL DE LA FAMILIA Y DEL
EQUILIBRIO ENERGÉTICO EN PACIENTES CON
TDA DE 12 - 15 AÑOS.**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Blanca Leticia Valencia López**

Director: Dr. **Jaime Montalvo Reyna**
Dictaminadores: Mtra. **Carmen Susana Gonzalez Montoya**
Mtro. **Ernesto Arenas Govea**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Oración de San Judas Tadeo del Estudiante

Señor, yo creo en el estudio. Haz que sea una aventura bella y constructiva que me lleve a amar más. Quiero ser libre, has que crea más en la disciplina interior que en la exterior. Quiero ser sincero, has que solo exprese palabras de caridad, que procedan de mi convencimiento y que mi voz impida que otros hagan legítimas sus agresiones y pretensiones absurdas.

Permite que cultive en mí el sentido del humor, que quite las amarguras del alma, tener paciencia para comenzar de nuevo, muchas veces, sin caer en la desesperación. Dame el gozo de tener amigos
Señor, yo creo en el estudio. Has que por esta formación académica se hagan realidad en mí los grandes ideales.

De mis experiencias positivas que mi familia reciba los beneficios del estudio, pues ellos esperan que llegue a feliz término mi formación académica. AMEN



AGRADECIMIENTOS

A TODOS MIS PROFESORES:

Les dedico este escrito agradeciéndoles de antemano su invaluable apoyo y comprensión para la realización de este. Reconociendo que son parte fundamental de un estudiante para que este lleve a cabo una formación académica, que es el hecho de ustedes compartan experiencias propias tanto personales como profesionales. **GRACIAS**

AL EQUIPO DE TERAPEUTAS DE INFASI ACT:

Agradezco su apoyo, su supervisión, su ayuda en el tratamiento de los casos y la facilidad de utilizar los espacios para poder realizar esta investigación.

Así como también agradezco la disposición y conocimientos brindados en este camino de formación profesional en el campo de la Psicología clínica en el Enfoque Sistémico. Dado que a partir de iniciar una nueva vida a su lado me he permitido conocer y cambiar la perspectiva de la vida y de los problemas que se presentan en ella.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE LA F. E. S. IZTACALA, MONI... LOLA...

ARTURO...Y LOS QUE ESTUVIERON...

Agradezco su ayuda, su comprensión, su apoyo en todos los momentos difíciles por los que pase en el transcurso de la carrera, por compartir conmigo trabajos, dudas, debates, diálogos, etc. Los quiero mucho y en verdad si no hubieran estado en periodo de mi vida, mi formación académica dentro de la carrera, no hubiera sido lo mismo. **GRACIAS**

A MIS AMIGAS EVELYN Y MARISOL... FUENTE PRINCIPAL DE MI ENERGÍA.

Les agradezco que sean las mejores amigas que he tenido en la vida y que gracias a esa sinceridad que hay en sus vidas me brinden apoyo incondicional. Además de ser las personas más importantes en mi vida... de las cuales obtengo momentos inolvidables y la fuerza necesaria para seguir adelante. Las quiero mucho y me da mucho gusto saber que puedo contar con ustedes en cualquier momento que yo necesite, **LAS QUIERO MUCHO MIS DUVALINES.**

A MIS PADRES, HERMANOS Y FAM. VALLADARES.

Les agradezco con todo mi corazón me hayan brindado su apoyo, en los momentos difíciles por los que atravesé, para poder alcanzar mi meta que es el término de mi carrera y mi titulación, recordándoles que son parte fundamental de mi vida. Y también aquellos motivos para que siga adelante. Les doy mi más sincero **AGRADECIMIENTO.**

AL DR. JAIME MONTALVO REYNA

Por ser estar en el camino, en el cual nos encontraríamos, y que gracias a ello puedo finalizar mi carrera con éxito. No tengo palabras para expresar todo lo agradecida que me siento hoy, ni de lo honrada que me siento al poder haber colaborado con un profesor como usted. Lo admiro, lo respeto y procuraré poner en práctica todos los conocimientos que usted ha compartido conmigo. **MIL GRACIAS.**

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1. ENFOQUE SISTÉMICO

- 1.1 Origen del Enfoque Sistémico 3
 - 1.1.1 Características de los sistemas 4
- 1.2 Teoría de comunicación humana 5
 - 1.2.1 Axiomas de la comunicación 6

CAPÍTULO 2. ENFOQUE SISTÉMICO Y PSICOLOGÍA

- 2.1 Pioneros de la terapia familiar sistémica 8
- 2.2 Modelos en terapia familiar 11
 - 2.2.1 Modelo Interaccional de Palo alto 11
 - 2.2.2 Modelo Estructural 12
 - 2.2.3 Modelo de Milán 13
 - 2.2.4 Modelo centrado en soluciones 13

CAPÍTULO 3. MODELO ESTRUCTURAL.

- 3.1 Concepción de familia 15
- 3.2 Características de la estructura familiar 16
- 3.3 Simbología de la estructura familiar 19

CAPÍTULO 4. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TDAH.

4.1 Definiciones de TDAH	22
4.2 Características del TDAH	24
4.3 Criterios de diagnóstico	25
4.3.1 Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV edición (DSM IV)	26
4.3.2 Attention deficit/hiperactivity disorder test (ADHDT)	27
4.3.3 Pruebas neurofisiológicas	28
4.4 Técnicas de intervención desde la perspectiva sistémica	29

CAPÍTULO 5. L. I. F. E. SYSTEM (LIVING INFORMATION FORMS ENERGY)

5.1 ¿Qué es un quantum?	32
5.2 L. I. F. E. SYSTEM y su funcionamiento	32
5.3 Programas del L. I. F. E. SYSTEM	33

CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN DEL PAPEL DE LA FAMILIA Y DEL EQUILIBRIO ENERGÉTICO EN PACIENTES CON TDAH DE 12 – 15 AÑOS

6.1 Equilibrio Energético y Estructura Familiar	38
6.2 Método	39
6.2.1 Procedimiento	41
6.3 Resultados	43

6.4 Discusión	83
6.5 Conclusiones	88
BIBLIOGRAFÍA	90
Anexos	

RESUMEN.

En la presente investigación se realizó la evaluación del papel de la familia y el equilibrio energético en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) de 12-15 años; participaron 15 familias, 13 con un hijo diagnosticado con TDA por un maestro y 2 diagnosticados por un neurólogo. Teniendo como objetivo evaluar la estructura familiar y los efectos del equilibrio energético en el comportamiento del paciente y las interacciones familiares.

El procedimiento consto de 4 sesiones; en la primera sesión se realizó la aplicación del LIFE System y la evaluación de los índices de bienestar personal (IBP), familiar (IBF) y escolar (IBE) al paciente. Mientras que simultáneamente en otro cubículo se realizó la entrevista para la identificación de la estructura familiar a las madres de familia, la aplicación de la prueba ADHDT por primera vez y la evaluación de los índices de bienestar personal (IBP), familiar (IBF) y de pareja (IBP). En la segunda sesión (a los ocho días) se le aplicó el LIFE System al paciente y se evaluaron los índices de bienestar. Mientras que en otro cubículo se le preguntaban a la madre los cambios percibidos, y la evaluación de los índices de bienestar IBP, IBF e IBP. En la tercera sesión (a los quince días) se realizó lo mismo que en la primera y en la cuarta sesión (al mes) lo mismo que en la segunda.

Los resultados obtenidos fueron cambios en los índices de bienestar tanto en los pacientes identificados como en las madres de familia, un decremento en los puntajes de la prueba ADHDT la cual fue respondida por los padres, cambios en el nivel de disfuncionalidad familiar, algunos cambios a nivel físico: como la desaparición de algunos dolores que se tenían o la mejora de la vitalidad.

Palabras clave: retroalimentación energética, estructura familiar, TDAH, índices de bienestar.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación se presenta, es la derivación de una investigación llamada “Diseño y construcción de estrategias de supervisión para nuevos terapeutas familiares: Evaluación del papel de la familia y del equilibrio energético en pacientes con TDA”. El cual fue aprobado por el Programa de apoyo a Proyectos Institucionales, PAPIME de la DGAPA de la UNAM.

La aportación que hace el presente trabajo es el abarcar un rango de las edades que fueron seleccionadas para la investigación, en este caso es de entre los 12 y los 15 años, que fueron adolescentes y sus familias.

Este trabajo se presenta en seis diferentes capítulos. El primer capítulo trata acerca de los orígenes del enfoque sistémico, el cual es resultado de la unión de diversas teorías, como son la teoría general de los sistemas (TGS) propuesta por Bertalanffy en donde nos habla de los diferentes tipos de sistemas y sus características. Así como la Teoría de la Comunicación Humana y los Axiomas de la Comunicación propuesta por Bateson, Watzlawick, Jackson, Haley, Weakland. Se consideran estas dos teorías debido a que se toman fundamentos teórico-epistemológicos que son trasladados posteriormente al campo de la psicología clínica, enfocándolos al trabajo con familias.

El segundo capítulo nos presenta los pioneros del enfoque sistémico así como sus trabajos e investigaciones realizadas con familias, para después unirse y crear el enfoque sistémico, a partir de diferentes modelos creados y propuestos por ellos, entre los que encontramos a Nathan Ackerman, Milthon Erickson, Murray Bowen, Carl Whitaker, Ivan Böszörményi-Nagy, Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, Don Jackson, Paul Watzlawick, Virginia Satir y Salvador Minuchin. Los cuales permitieron la creación de modelos como el Modelo Estructural, Modelo Interaccional de Palo Alto, Modelo de Milán y Modelo Centrado en soluciones.

El tercer capítulo está dedicado al Modelo Estructural de Salvador Minuchin, ya que a partir de la estructura familiar se van a poder analizar los resultados del presente trabajo. En este capítulo podemos encontrar las diferentes definiciones u concepciones de familia, y como se han modificado. Las características de la estructura familiar, es decir el tipo de límites, la jerarquía, la centralidad positiva y negativa, la periferia, los conflictos, las alianzas, el hijo parental, padre en funciones de hijo, triangulaciones. Así como también la simbología para su representación grafica, es decir, el familiograma. Además de hablar sobre la técnica de intervención Retroalimentación Estructural Familiar (REF) de Montalvo (2009).

En el cuarto capítulo podemos encontrar las diferentes definiciones acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, las características conductuales que permiten su diagnóstico, los diferentes criterios de diagnóstico utilizados como son manuales, test o pruebas y pruebas neurofisiológicas y por último las diferentes técnicas de intervención para el trastorno desde el enfoque sistémico, como la pregunta del milagro, la resignificación, la reestructuración o reencuadre, la externalización del síntoma y el ritual de dibujar el síntoma y romper el dibujo.

El quinto capítulo trata de los fundamentos básicos con el que trabaja el sistema de equilibrio energético, iniciando con la definición de un quantum, la descripción del funcionamiento del L. I. F. E. SYSTEM creado por Chris Kesser, los programas básicos que se aplicaron en el presente trabajo como son reactividad, NEP- perfil neuroemocional, Columna o Espinal programs, Color/chacras, Cell-com, Rife y Meridianos.

Por último en el sexto capítulo se presenta la aplicación del sistema L. I. F. E. a los 15 participantes, los resultados obtenidos en la estructura familiar, los cambios en los puntajes de la prueba ADHDT, los cambios cualitativos reportados por los participantes y sus familias, el análisis estadístico de Wilcoxon, la discusión y las conclusiones de los hallazgos.

CAPITULO 1.

ENFOQUE SISTÉMICO

El enfoque sistémico se originó debido a la unión de diversas teorías, como son la teoría general de los sistemas (TGS) y la teoría de la comunicación humana, principalmente, ya que de estas dos teorías se toman fundamentos teórico- epistemológicos. Para trasladarlo posteriormente al campo de la psicología clínica, enfocándose al trabajo con familias.

1.1 Origen del Enfoque Sistémico

La Teoría General de los Sistemas fue creada por Bertalanffy (1987), esta teoría surgió con la finalidad de dar explicación a los principios sobre la organización de muchos fenómenos naturales. En ella se parte de que todo organismo es un sistema, es decir, es un orden de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones y además existen intercambios continuos entre el exterior, los cuales permiten que el sistema permanezca en funcionamiento.

Entendiendo como sistema una configuración que consta de elementos entrelazados, es decir, un conjunto de elementos que interactúan entre sí. Enfatizando que otros autores como Hall, Fagen, O'connor y McDermott, proporcionan otras definiciones de sistemas enfocadas a la interacción (Montalvo, 2009).

Bertalanffy, señala que los sistemas se pueden clasificar en dos categorías de acuerdo a sus relaciones con el medio ambiente, los sistemas abiertos y cerrados. Los primeros hacen referencia a todos los organismos vivos, los cuales considera mantienen un continuo intercambio de energía, materia e información con sus entornos; a través de procesos de autorregulación, proceso mediante el cual el sistema se modifica en el tiempo a fin de asegurar continuidad y crecimiento de sus elementos.

Los segundos se refieren a organismos que no admiten ningún elemento procedente del exterior, no permiten que ningún material entre o salga de ellos mismos, es decir no mantiene ningún contacto con algún sistema; estos sistemas no poseen capacidad de organización obteniendo como consecuencia el aislamiento y/o la muerte.

Es importante mencionar que la principal materia de trabajo son los sistemas abiertos, ya que estos poseen características que permiten su estudio, debido al dinamismo que ellos poseen en sus modos de interacción.

1.1.1 Características de los sistemas

Montalvo (2009) nos habla acerca de las principales características de los sistemas abiertos:

- a) Totalidad, se refiere a que si un elemento del sistema es alterado este afectara a los demás componentes del sistema, es decir que el sistema es un todo.
- b) Circularidad, se refiere a la repetición de patrones de interacción; este término denota una secuencia de causa efecto, en donde un elemento influye sobre los demás y viceversa.
- c) Retroalimentación, esta característica tiene que ver con el intercambio de información que se da tanto intrasistémicamente como intersistémicamente. Esta a su vez se divide en negativa y positiva, la retroalimentación positiva hace referencia al intercambio de información que provoca transformaciones del sistema; la retroalimentación negativa tiene que ver con el no cambio, aquí solo se presentan ajustes necesarios para que el sistema permanezca sin transformaciones.
- d) Homeostasis, tiene que ver con la tendencia que tiene todo sistema hacia la búsqueda del equilibrio interno; es decir, para que el sistema puede sobrevivir, tiene que estar adaptado a las demandas del medio ambiente,

por lo que es necesaria cierta información del medio que regule sus variables esenciales.

- e) Morfogénesis, es la tendencia del sistema hacia la transformación o cambio, al desarrollo, al crecimiento, etc. Creando ajustes en el sistema.
- f) Autorregulación, es la característica que tiene todo sistema de establecer sus propias reglas de funcionamiento, comunicación y ritmo de desarrollo.
- g) Equifinalidad, este principio de los sistemas refiere que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos ya que los resultados son independientes del tiempo y de las situaciones iniciales, y están determinados solo por los parámetros del sistema.

Entonces tenemos que la Teoría General de los Sistemas se presenta como una forma de aproximación u orientación para diferentes formas de trabajo interdisciplinarias. Ya que como se mencionó anteriormente, las concepciones de sistemas y sus características son aplicables a diferentes áreas con diferentes fines, como son la ecología, la sociología, la pedagogía, la psicología o la tecnología.

1.2 Teoría de la comunicación humana

Esta teoría fue elaborada mediante los trabajos realizados por Bateson, Watzlawick, Jackson, Haley, Weakland; en donde ellos consideraron que toda conducta puede ser interpretada y relacionada con la comunicación. Su desarrollo proviene del Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California.

Basándose en esta consideración ellos proponen cinco axiomas de la comunicación; concibiendo como axioma, un postulado que se entiende sin necesidad de ser explicado. Las dos características que poseen los axiomas son indemostrabilidad y evidencia, los axiomas no son verdaderos ni falsos en sí mismos, son utilizados como principios de derivación de los demás enunciados de una teoría (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997)

1.2.1 Axiomas de la comunicación

I) La imposibilidad de no comunicar

Este axioma implica el estar al pendiente de todo tipo de comportamiento ya que cualquier conducta lleva implícito un mensaje, no hay nada que sea lo contrario de conducta, es decir, no existen no conductas. Entendiendo que por más que se haga es imposible no comportarse, deduciendo que la conducta tiene un mensaje implícito de no querer comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje, que influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende también comunican.

II) Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación

Una comunicación no sólo transmite información, sino que también metacomunica, es decir que el nivel de contenido se refiere a los datos o mensajes que se transmiten, mientras que las relaciones de comunicación tienen que ver con el cómo debe de entenderse dichos datos o mensajes. Los problemas de comunicación se presentan cuando alguno de estos dos aspectos es incongruente.

III) Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente

El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación; mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones. El lenguaje digital se refiere a las palabras, mientras que el lenguaje analógico se refiere al comportamiento no verbal (movimientos corporales, gestos, entonación de voz, expresión facial, etc.)

IV) Todos los intercambios son simétricos y complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

Puede describirse como relaciones basadas en la igualdad o la diferencia. En el primer caso, los participantes tienden a igualar su conducta recíproca y así su interacción puede considerarse simétrica; sea debilidad o fuerza, bondad o maldad; la igualdad puede mantenerse en cualquiera de esas áreas. En el segundo caso la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de sentido y recibe el nombre de complementaria.

V) Toda comunicación implica una puntuación

Este axioma tiene que ver justamente con la concepción de la realidad que tiene cada persona que interactúa, ya que dependiendo de la concepción, cada comunicante establecerá cierto orden, en términos de inicio y fin de secuencias de comunicación.

Es importante que se comprendan con claridad estos axiomas, dado que son fundamentos teóricos, que forman parte del enfoque sistémico. Dando pauta a un nuevo marco conceptual y brindando una herramienta de trabajo en lo que se conoce como teoría sistémica.

CAPITULO 2

ENFOQUE SISTÉMICO Y PSICOLOGÍA

2.1 Pioneros de la Terapia Familiar Sistémica

La terapia familiar comenzó con el auge en la década de los años 50's al dejar de considerar a un individuo como la fuente de los problemas, lo cual se logró al observar diferentes relaciones que se tenían dentro del grupo familiar.

Hoffman (2001) señala a los principales investigadores y pioneros de trabajos con familias entre los que se encuentran:

* Nathan Ackerman en Nueva York, que en los años 30's reconoce a la familia como una unidad de salud y enfermedad, señaló que el psicoanálisis al considerar solamente al individuo sin considerar su entorno resulta una propuesta limitada. La táctica que utilizó fue bloquear los comportamientos y secuencia de la familia, mediante una broma, un movimiento rápido con la mano, interpretación de claves no verbales para que después de esta evaluación dictara la terapia de todo el grupo familiar.

* Milton Erickson en Phoenix Arizona, en los años 30's, se refirió a la utilización con diferentes significados; uno de estos aspectos lo describió como prescripción del síntoma en donde fomentaba otros síntomas mientras introducía sutiles cambios, consideraba que los individuos poseen una sabiduría aprendida y olvidada, pero disponible respetando así las capacidades del cliente; sugería que las situaciones no necesariamente estaban relacionadas con el problema, de esta manera podía resolver problemas que no le hubieran sido planteados.

* Murray Bowen en Topeka, Kansas; inició sus exploraciones familiares a fines de los años 40's a partir de su formación psicoanalítica, fue el primero en hospitalizar a familias enteras para su observación y tratamiento; creó la hipótesis de la esquizofrenia en tres generaciones. Una de sus principales aportaciones a la

terapia familiar, es su pensamiento sobre la parte desempeñada por los triángulos en la interacción familiar.

En las observaciones que realizo encontró que había cierta relación entre los conflictos de los cónyuges y el trastorno que manifestaba el hijo; que mostraba el dominio de la madre y la pasividad del padre y que los cónyuges negaban la existencia de algún conflicto.

* Carl Whitaker en Atlanta en los años 40's; es considerado el terapeuta de lo absurdo debido a que utilizaba técnicas que nadie había puesto en práctica tales como el aburrimiento, la farsa o caos inducido, la ironía, el ridículo y poner en claro las consecuencias que podían suceder si la familia continuaba con sus problemas.

* Ivan Böszörményi-Nagy en el instituto psiquiátrico de Philadelphia, sustentó que el individuo no está regido tan solo por factores internos, sino que recibe una gran cantidad de impacto de la familia y que como sistema multigeneracional, algún miembro pagará con el tiempo. Este tipo de enfoque considera el funcionamiento y la patología familiar como patrones de conducta que se dan entre los integrantes de la familia y que son transmitidos a través de las generaciones.

* Gregory Bateson zoólogo, antropólogo y epistemólogo, realizó en 1927 investigaciones acerca de cómo se comunicaban las personas de una tribu en Nueva Guinea. A su regreso a Estados Unidos intentó comprobar si los patrones de comunicación se repetían, planteó la hipótesis de que si una persona esquizofrénica se le entiende su vocabulario y se le adapta a un contexto indeterminado, podría comprender también los misterios del habla y el comportamiento esquizofrénico. Razono que al ser la familia el contexto básico del aprendizaje para los seres humanos, es esta la que moldea esa forma tan peculiar de transmitir la información del paciente hacia el terapeuta o hacia su propia familia.

* Jay Haley analista de comunicaciones, tenía la idea de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal por que cuando las personas son tratadas así, tienden a actuar de modo más natural. Aporta la idea de que una madre esquizofrenógena y un padre inadecuado llevan a identificar cual es la responsabilidad del llamado paciente.

* John Weakland trabajó con Haley en el estudio de la hipnosis e insistió en la importancia de las interacciones en el conjunto familiar. Desarrolló un tema de relaciones entre triadas y triángulos de relación en el que los padres dan mensajes paradójicos a sus hijos y así uno de los padres puede negar a un nivel más abstracto las ordenes del otro.

* Don Jackson psiquiatra y psicoanalista funda una teoría analítica de la personalidad en la que sugiere que la esquizofrenia es resultado de una relación falsa entre la madre y el hijo; así se interesó en secuencias de comportamiento recurrente y cambiantes pero que de alguna manera se relacionaban con el síntoma de la familia como un comportamiento sintomático que mantiene el equilibrio.

* Paul Watzlawick se unió al equipo del MRI y ayudó a Don Jackson en los conceptos teóricos y prácticos de lo que sería la terapia familiar sistémica. Exploró la influencia de hemisferios cerebrales en las funciones específicas de la comunicación digital y analógica. El menciona que dentro de la familia los atributos y objetos que la conforman interactúan entre si de alguna manera.

* Virginia Satir en 1963, dirigía un proyecto de demostración de terapia familiar en el MRI, poseía una especial capacidad para quitar la etiqueta a un paciente identificado, trataba de ver algo positivo a partir de la queja del paciente dándole el nombre de connotación positiva. Ella menciona que la familia se enferma cuando hay daño en los canales de comunicación, por lo que propone que en la terapia se haga un cambio de esta.

* Salvador Minuchin en 1986 trabajó con grupos de psiquiatras y trabajadores sociales, en una escuela al norte de Nueva York enclavada en un

barrio bajo al que acudían estudiantes negros y puertorriqueños, inició la investigación sobre las características de estas familias y aunque primeramente se trabajó con un enfoque psicoanalista se citaban a familias completas con el objetivo de encontrar pautas comunes.

Minuchin fue director de una clínica en Philadelphia y junto con Haley realizó trabajo familiar atendiendo casos de anorexia nerviosa, obesidad, dermatitis y bulimia, su trabajo les permitió reconocer la influencia familiar en el mantenimiento y exacerbación de dichos problemas psicosomáticos.

2.2 Modelos en Terapia Familiar.

2.2.1 Modelo interaccional de Palo Alto.

Los autores más representativos de la escuela de Palo Alto y de este modelo son Gregory Bateson, Paul Watzlawick y Don Jackson. Las propuestas de estos tres autores entre otros, concluyeron en una visión interdisciplinaria de la comunicación la cual queda plasmada en su Teoría General de la Comunicación Humana que puede ser aplicada en contextos infinitamente distintos.

La escuela de Palo Alto, también conocida como “colegio invisible” comienza su historia en 1942 con Gregory Bateson que se asocia con Ray Bird Whistell, Edward T. Hall, Ervin Goffman y Paul Watzlawick entre otros. Ellos proponen una alternativa al modelo lineal de la comunicación y trabajan a partir de un modelo circular.

Para estos autores la comunicación es la matriz en la que encajan todas las actividades humanas; indicando un intercambio continuo, que incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se relaciona.

Una de las principales investigaciones es la realizada para el estudio de la comunicación en la familia y el tratamiento de la esquizofrenia, realizaron investigaciones sobre el origen de esta misma y sobre dificultades de la comunicación familiar, lo que los llevo a descubrir la Teoría del Doble Vinculo.

Tomando en cuenta los axiomas de la comunicación los cuales ya fueron mencionados en el capítulo anterior (pág.10).

La Teoría del Doble Vínculo, expone una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel, puede ser anulada o contra dicha a otro nivel. Además, describe un contexto de habituales callejones sin salida dentro de la comunicación y que han sido impuestos por una persona que se encuentran en un sistema de relación.

Para que se lleve a cabo un doble vínculo tiene que haber una relación intensa entre dos o más personas y de mucha importancia para la sobrevivencia de uno de ellos por ejemplo Madre-Hijo, tiene que haber también un mensaje por parte de la madre hacia su hijo a nivel digital y también un segundo de la madre a un nivel analógico que contradiga o descalifique al primero.

Con las investigaciones realizadas en el MRI, se abre una nueva posibilidad de trabajo terapéutico, dado que a partir de las observaciones realizadas en la familia de sus pautas comunicativas, se pudieron crear herramientas de intervención para cambiar o modificar la comunicación en familias disfuncionales.

Podemos entender que la comunicación debe de ser estudiada por las ciencias humanas a partir de un modelo que le sea propio y hay que comprender a la investigación en comunicación en términos de complejidad, contextos múltiples y sistemas circulares.

2.2.2 Modelo Estructural.

Este modelo fue elaborado principalmente por Salvador Minuchin, quien fue el primero en ver de manera estructural a la familia, aplicando en ella conceptos generales de la Teoría general de los sistemas, ya que este modelo es parte del fundamento teórico de este trabajo, se describirá en detalle en el Capítulo 3.

2.2.3 Modelo de Milán.

Este modelo fue encabezado por Mara Selvini, Luigi Boscolo, G. Cechin y G. Prata a principios de los años 70's, este grupo después de un periodo de terapia familiar psicoanalítica adoptó el modelo interaccional del MRI de Palo Alto un modelo sistémico influido por Bateson, en este periodo el grupo ofrecía terapia a toda la familia en la que se había presentado un problema aunque solo un miembro de ella fuera el paciente identificado.

En la sala de terapia un espejo separaba el área de observación y el lugar terapéutico, el equipo se reunía antes de cada sesión para formular una hipótesis de trabajo y posteriormente una pareja de terapeutas (hombre – mujer) daba inicio a la sesión mientras que el resto del equipo observaba detrás del espejo, ambas partes del equipo podían interrumpir la sesión y reunirse brevemente en la sala de observación para un intercambio de ideas.

Al término de la sesión terapéutica el equipo se reunía para la formación de una nueva hipótesis sistémica que daba sentido a los comportamientos observados, a partir de esa hipótesis se preparaba la intervención final, que podía consistir en una reformulación, una prescripción o un ritual.

2.2.4 Modelo centrado en Soluciones.

Este modelo conlleva aportes de Milton Erickson y autores de escuelas de terapia breve como O'Hanllon, Weiner-Davis, Shazer, Watzlawick, Jackson. De Erickson se retoman dos de sus intervenciones, la utilización de recursos y la pseudoorientación temporal, él sostenía que los terapeutas tenían que utilizar todo lo que los pacientes llevaban a terapia: lenguaje, creencias, sentido del humor y conductas no verbales, y utilizarlos en la construcción de tareas. Para conseguir la distorsión del sentido del tiempo inducía un trance consciente durante el cual trasladaba al paciente al futuro en el que se había resuelto su problema con éxito. (Amarante, M; Sandler, E. y Del Valle, G., 2003)

La otra fuente de la teoría centrada en soluciones es el modelo de terapia breve desarrollada en el MRI, alguno de los fundamentos con los cuales opera la terapia breve son:

- El cambio es inevitable
- Solo se necesita un pequeño cambio
- Todas las personas cuentan con los recursos necesarios para resolverlo
- Los problemas son intentos fallidos de resolver las dificultades
- No se necesita saber mucho sobre el problema para resolverlo
- Hay muchas maneras de considerar una situación, ninguna es menos correcta que la otra

Otra técnica utilizada por Erickson, Shazer y sus colegas fue la orientación hacia el futuro, y así lograron construir su herramienta terapéutica más famosa “La pregunta del milagro” la cual se aplica de la siguiente manera: supongamos que una noche mientras duermes se produce un milagro y su problema se resuelve, ¿Cómo se daría cuenta?, ¿Qué sería diferente? (Amarante, M. y Cols, 2003)

Estos modelos (en conjunto) son los más importantes de lo que en la actualidad se conoce como Terapia Familiar Breve Sistémica, dado que en los momentos de la sesión terapéutica se pueden utilizar las técnicas necesarias o las adecuadas para la solución de los problemas de las familias. La mayoría de las intervenciones en esta terapia se basa en las interacciones, las pautas comunicativas y los cambios que en ella se pueden generar o manejar.

CAPITULO 3

MODELO ESTRUCTURAL

Salvador Minuchin es el principal autor, pionero, creador del modelo estructural basado en las interacciones familiares después de haber realizado diversas investigaciones en Nueva York. También es uno de los primeros autores que cambio su definición y tratamiento de los pacientes, dado que "se considera un terapeuta estructural-estratégico-narrativo dado que incluye al contexto y a la familia con la permanencia del síntoma" (Minuchin 2002, en Eguiluz , 2004).

3.1 Concepción de la familia

Como ya se mencionó en el párrafo anterior Minuchin representa un cambio en cuanto a la definición y representación de la familia, es decir, de verla y tratarla. Dado que para él la familia es un sistema en el que sus miembros se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen una estructura familiar (Montalvo, 2009).

Desatnik (2004) nos menciona que Minuchin señala que la familia es una unidad de desarrollo social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, y durante este proceso la familia experimenta cambios y acomodaciones a lo largo de distintas etapas del proceso de desarrollo familiar. Además es necesario que entendamos que esta manera de ver a la familia está relacionada con las concepciones de sistemas que se mencionaron en el capítulo 1.

Minuchin nos propone ciertas características que pueden ser representadas para el análisis de las interacciones familiares y su funcionalidad en cuanto a la sobrevivencia de la familia. Y para ello se deberá tener en cuenta que la familia deberá de ser vista como una estructura la cual es definida por él mismo como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Pág. 86, en Montalvo 2009).

Un punto importante dentro de esta concepción de familia, es la conformación básica de esta, la cual se delimita por la identificación de los diferentes holones que la componen. Entendiendo como holón un término que significa que se es un todo y una parte al mismo tiempo, con lo que se considera entonces que la familia es un todo (sistema familiar) y a la vez un sistema que es parte de otro(s) mayor (es) como la comunidad (Montalvo, 2009). Es decir, que dentro de la estructura familiar podemos identificar los siguientes holones o subsistemas:

-Holón individual: se considera como cada uno de los individuos que conforman a la familia, incluyendo el concepto de sí mismo, así como los determinantes personales e históricos.

-Holón conyugal: se considera a las dos personas que se conforman como pareja, y a partir de los cuales se establecen los límites dentro de la estructura familiar.

-Holón parental: se considera a los padres de familia, esposa y esposo; quienes son los representantes principales de la autoridad dentro de la familia. Y este holón puede estar conformado por otro miembro de la familia, la abuela, un tío, incluso un hijo.

-Holón fraterno: se considera a los hermanos; quienes son considerados el primer subsistema individual con el que cada uno de los integrantes de la familia se relaciona por primera vez.

3.2 Características de la estructura familiar

Después de la identificación de estos holones o subsistemas, se pueden identificar los roles que cada uno de los individuos juega dentro de la estructura familiar y para ellos se necesitara conocer qué tipo de límites existen dentro de la familia en cada holón, de esta manera se podrá determinar si las relaciones son o no funcionales.

Dentro de la estructura familiar entendemos a los límites como la constitución de reglas que permiten la definición e identificación de la partición y la manera en la que lo hacen cada uno de los integrantes de la familia, lo cual permite la diferenciación de cada uno de los holones antes mencionados.

Podemos identificar dos clases de límites en cuanto a las interacciones, los límites internos y los límites externos. Los primeros hacen referencia a las interacciones que se dan dentro de la familia, y que pueden ser de tres tipos: claros, difusos o rígidos. Los segundos hacen referencia a las reglas de interacción de la familia con otros subsistemas familiares, como por ejemplo: parientes o grupos sociales.

Mientras que en la familia los límites internos delimitan sus interacciones, podemos identificar tres tipos de límites, antes mencionados:

- a) Claros: que definen las reglas de interacción con precisión.
- b) Difusos: no definen reglas de interacción con precisión y caracterizan a las familias con miembros dependientes entre sí.
- c) Rígidos: definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados.

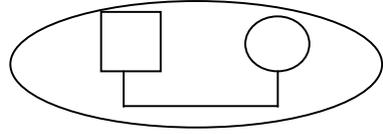
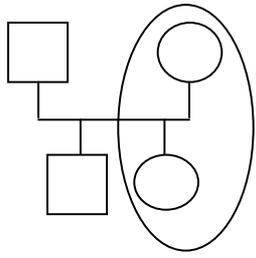
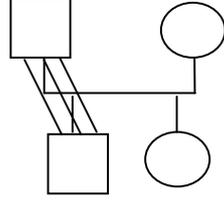
Montalvo (*op. cit*) nos da otras características que se pueden identificar dentro de la estructura familiar, dado que al momento de graficarlas nos permitirán realizar el análisis de las interacciones familiares. Que son las siguientes:

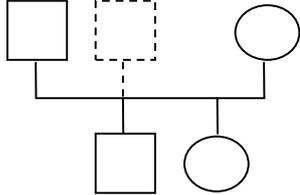
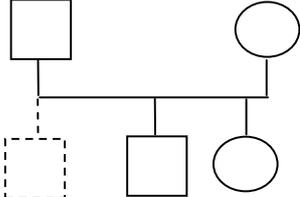
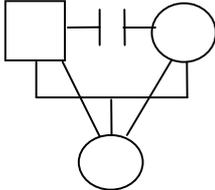
- Jerarquía se refiere al ejercicio de poder, es decir al establecimiento de reglas bajo las cuales se organiza la interacción familiar, a su cumplimiento y al establecimiento de consecuencias por su cumplimiento o no.
- Centralidad. Consiste en acaparar o aglutinar la mayor parte de las interacciones familiares, es decir, va a ser central aquella persona alrededor de la cual giran las interacciones familiares, esto puede ser por aspectos positivos o negativos.

- Periferia. Normalmente cuando hay alguien central también existe alguien periférico, y éste es el miembro que menos participación tiene en la organización e interacción familiar.
- Conflicto: interacciones perjudiciales entre dos o más individuos a nivel físico o emocional.
- Alianza. Es la unión de dos o más miembros de la familia para obtener algo de otro.
- Coaliciones. Consisten en la unión de dos o más para perjudicar a otro. Mientras que las alianzas son relativamente no dañinas, las coaliciones son fuente de problemas sobre todo si son permanentes e intergeneracionales.
- Sobreinvolucramiento. Referido a un tipo de interacción entre dos o más (generalmente un padre y un hijo) miembros de la familia que se caracteriza por una mutua dependencia emocional y excesiva intromisión en los asuntos individuales, esta interacción puede implicar una sobreprotección de uno o de ambos padres hacia un hijo.
- Hijo (a) parental. Se caracteriza porque uno de los hijos asume funciones parecidas a las de un padre, es decir, se comporta como si fuera padre de sus hermanos, tiene jerarquía y a veces responsabilidades parentales.
- Padre en funciones de hijo es cuando un padre se comporta como hermano de sus hijos, no tiene jerarquía y está bajo el mando del otro cónyuge o incluso de un hijo.
- Triangulación es un estilo de coalición más específico que se puede identificar por medio de un mensaje negativo, el cual puede ser dado por alguno de los padres expresando un conflicto de pareja.

3.3 Simbología de la estructura familiar

A continuación se presentan los símbolos que se utilizan para graficar cada una de las características interaccionales dentro de la estructura familiar.

Hombre	
Mujer	
Límites claros	
Límites difusos	
Límites rígidos	
Jerarquía	
Centralidad	Cuadro o círculo mas grande que los demás.
Conflicto	
Alianza	
Coalición	
Sobreinvolucramiento	

Hijo parental	
Padre en funciones de hijo	
Triangulación	

Si bien estos conceptos pueden ser identificados dentro de la estructura familiar, es importante mencionar que la gran mayoría de estas características son consideradas disfuncionalidades familiares, al realizar la representación gráfica y el análisis de cada una de estas interacciones podremos identificar si la forma en la que la familia se relaciona es funcional o problemática.

Dentro de una estructura funcional existen pautas o características que se pueden repetir en muchas familias, como son: los límites claros, jerarquía compartida entre los padres, centralidad positiva temporal o circular y alianzas entre algunos miembros de la familia (Montalvo, 2009).

La identificación de la estructura familiar y su análisis, nos permitirá realizar una intervención terapéutica usando alguna de las técnicas creadas dentro del modelo estructural, como son: reencuadramiento, escenificación, enfoque, intensidad, fronteras, desequilibramiento, complementariedad, realidades, paradojas, construcciones.

Sin embargo Montalvo (2009) nos proporciona una técnica de intervención desde el modelo estructural, la cual se llama Retroalimentación Estructural Familiar (REF), que consta en mostrar a las familias la representación gráfica de la estructura familiar en el aquí y el ahora con el fin de explicar las metas terapéuticas. Lo cual muestra en ciertos integrantes de la familia cambios conductuales después de haberlo mostrado.

Esta técnica es considerada como intervención terapéutica en el presente estudio, dado que se espera que se generen cambios en la estructura familiar, aunado con el equilibrio energético.

CAPITULO 4

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TDAH

En el presente capítulo se abordaran las diferentes concepciones del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, desde diferentes enfoques, así como los criterios de diagnóstico utilizados por los diferentes profesionales que pueden abordar este tema.

Tomando en cuenta que es un trastorno que en la actualidad podría considerarse como una enfermedad de moda, dado que el diagnóstico y su tratamiento ha crecido, es decir, tiene características tan sencillas de identificar que la propia maestra de la escuela puede dar este diagnóstico. Por ello es importante mencionar algunas definiciones.

4.1 Definiciones de TDAH.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el término que se utiliza en la actualidad para describir un trastorno del comportamiento que se presenta tanto en niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida (García, 2000 en Domínguez, 2008).

También el TDAH es considerado un trastorno que se inicia en la infancia y se caracteriza por dificultades para mantener la atención, hiperactividad e impulsividad o dificultades en el control de los impulsos.

Otra definición es considerarlo como un trastorno que padecen los niños en el desarrollo, con una frecuencia entre el 15 y el 7 por ciento. Y que tiene una base fisiológica donde hay una disminución del mantenimiento de la atención, y puede o no estar acompañado de un aumento en la actividad, también suele estar acompañado de dificultad en el aprendizaje o de trastornos conductuales como la agresividad (Moreno, Álvarez y Lobato, 2010).

Desde el punto de vista sistémico-interaccional, Domínguez (2008) considera al TDAH como un ciclo sintomático y patrones interaccionales patológicos; en los cual los patrones de conducta son circulares, y estos perpetúan el problema y los síntomas; para entenderlo mejor nos muestra el siguiente esquema (ver figura 1).

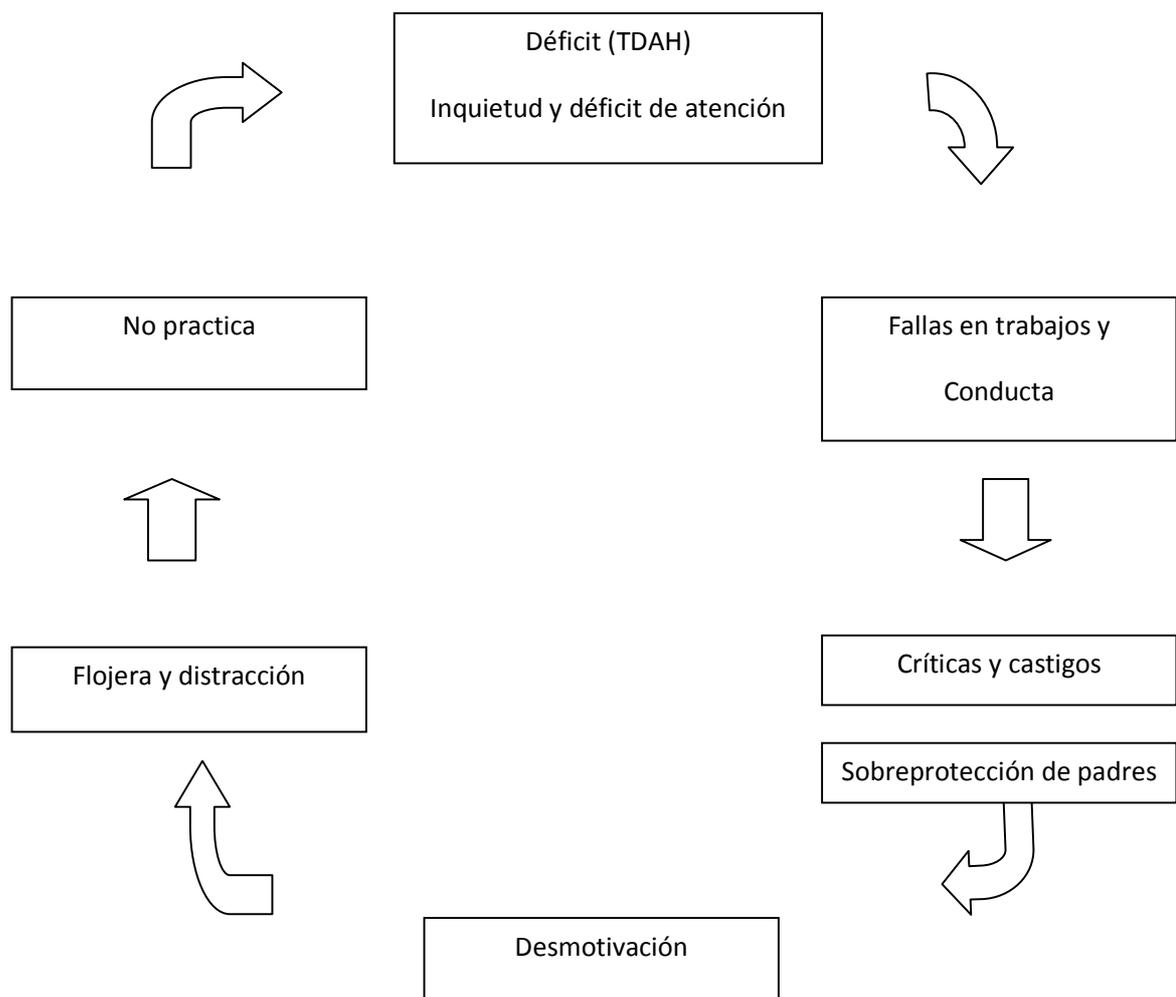


FIGURA 1. Ciclo sintomático de TDAH

En el esquema el déficit de atención es una variable que tiene una influencia la cual provoca fracaso académico, lo cual lleva a críticas y castigos o sobreprotección de los padres, cualquier cosa que haga el niño puede ser tomada como algo negativo llagando así la desmotivación que se manifiesta a través de pensamientos como no puedo, no voy a poder, etc.; esta desmotivación lleva a que el niño desarrolle la flojera manifestada por el no quiero, no tengo ganas, no me acuerdo. Esta flojera lo lleva hacia la no práctica que se traduce como falta de hábitos de trabajo, y al no practicar habilidades no se generan nuevos hábitos de comportamiento y por consiguiente el déficit permanece.

Si bien dentro de estas definiciones podemos identificar factores parecidos o diferentes, es importante recordar que están basadas en las conductas emitidas por los individuos, y cada postura puede identificar o interpretar las conductas emitidas de distinta manera para hacer encajar el comportamiento dentro de su definición.

4.2 Características del TDAH.

Dentro de este apartado es importante mencionar que las características de diagnóstico pueden no ser muy específicas, dado que las investigaciones que ha realizado Huesca (2006) muestran las siguientes variables de identificación del trastorno:

- Si el niño no manifiesta problemas de conducta nadie se da cuenta que no está aprendiendo, simplemente lo califican como flojo.
- En el diagnóstico ha resultado que de cada 50 pacientes con TDA, 15 tienen epilepsia del lóbulo temporal, es decir, una descarga del cerebro que puede simular síntomas parecidos a trastorno de conducta con agresividad e impulsividad sin ser estrictamente TDA.
- Dos terceras partes de los afectados por el TDA son adultos que no fueron atendidos a tiempo y están siendo afectados en todos los aspectos de su vida, pues esta condición viene acompañada de violencia, inestabilidad familiar, problemas económicos y adicciones.

- Durante muchos años fue considerado un castigo del cielo, por lo que los niños eran vistos como endemoniados o perturbados. Hoy son niños difíciles de aguantar, llenos de problemas, caprichosos o enojones.

Sin embargo se han identificado ciertos síntomas que pueden ser considerados como características de diagnóstico como son:

- Falta de atención y facilidad excesiva de distracción
- Inquietud física o hiperactividad
- Impulsividad excesiva; decir o hacer cosas sin pensar
- Postergar cosas de manera excesiva y crónica
- Dificultad para comenzar a hacer tareas
- Dificultad para completar tareas
- Perder cosas con frecuencia
- Falta de habilidades de organización, planificación y gestión del tiempo
- Olvido excesivo

De acuerdo a los síntomas y su predominación, antes mencionados se pueden establecer 3 tipos de TDAH (Moreno, Álvarez y Lobato, 2010):

- a) tipo con predominio de déficit de atención
- b) tipo con predominio de la impulsividad-hiperactividad
- c) tipo combinado, con predominio tanto síntomas de desatención como de impulsividad e hiperactividad.

4.3 Criterios de Diagnóstico

Como se ha venido mencionando los criterios de diagnóstico pueden ser diferentes así como las herramientas para la detección de este trastorno, en su mayoría, los criterios usados en esas herramientas son las conductas que pueden ser evaluadas y tomadas en cuenta como síntomas del TDAH. Por ello en este apartado se abordarán algunas herramientas para identificar los diferentes criterios de diagnóstico.

4.3.1 Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales cuarta edición (DSM IV)

Dentro del campo de la medicina podemos identificar un manual que es conocido, dentro de este ámbito y de otros, como el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales cuarta edición (DSM IV, 2004), en la cual se incluyen los siguientes criterios de diagnóstico para el TDAH.

Tales criterios son la desatención, la impulsividad e hiperactividad, que son considerados los síntomas que se presentan con diferentes frecuencias, dependiendo de los contextos, dado que se pueden manifestar por ejemplo en la escuela, el trabajo y situaciones sociales. Dentro de los criterios se identifican diferentes situaciones por ejemplo:

- Desatención:
 - a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
 - b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
 - c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
 - d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
 - e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
 - f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
 - g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
 - h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
 - i) A menudo es descuidado en las actividades diarias

- Hiperactividad:
 - a) A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento
 - b) A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
 - c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo
 - d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
 - e) A menudo está en marcha que parece que tenga un motor
 - f) a menudo habla excesivamente

- Impulsividad:
 - a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las respuestas
 - b) A menudo tiene dificultades para aguardar su turno
 - c) A menudo interrumpe o estorba a otros

4.3.2 Attention Deficit/hyperactivity Disorder Test (ADHDT)

Otra herramienta de evaluación fue creada por James E. Guillian conocido como Attention Deficit/hyperactivity Disorder Test (ADHDT), el cual es un instrumento para identificar y evaluar los trastornos de déficit de atención en personas entre los tres y veintitrés años, basada en los criterios del DSM IV. Esta prueba se compone de 36 reactivos y tres subpruebas, ejemplo:

Hiperactividad:

- 1.- Corre, trepa y brinca en exceso
- 2.- Se retuerce y contonea al estar sentado
- 3.- Inhabilidad para jugar en silencio...

Impulsividad

- 1.- Actúa antes de pensar
- 2.- Cambia súbitamente de una actividad a la siguiente
- 3.- Es intrusivo con los demás...

Inatención

- 1.- Tiene pobre concentración
- 2.- Pierde cosas con frecuencia
- 3.- Tiene dificultad para seguir instrucciones

4.3.3 Pruebas neurofisiológicas

Otros estudios como el electroencefalograma (EEG), EEG cuantificado y cartografía cerebral (MAPPING), registros poligráficos de sueño, evalúan la actividad bio-eléctrica cerebral a partir de electrodos colocados en el cuero cabelludo; estos electrodos evalúan los siguientes parámetros:

- Ritmo o cantidad de ondas de una determinada actividad en un periodo de un segundo, hablándose de tantos ciclos/ segundo o Hertzios (Hz).

Hay cuatro tipos de ritmos:

- Ritmo beta: ritmos a partir de 13 ciclos/ segundo.
- Ritmo alfa: ritmos entre 8 y 12 ciclos / segundo.
- Ritmo theta: ritmos entre 4 y 7 ciclos / segundo.
- Ritmo delta: ritmos iguales o inferiores a 3 ciclos / Segundo

- Amplitud o expresión del voltaje de las ondas; siendo en reposo, vigilia y con los ojos cerrados.
- Simetría. En condiciones normales, las regiones homólogas de ambos hemisferios presentan ritmos de la misma frecuencia y amplitud.
- Morfología. En términos generales, las actividades normales presentan ondas iguales y finas en contraposición a las ondas que aparecen como irregulares y de forma paroxística, de inicio brusco y no fusiforme propio de actividades patológicas.
- Organización temporal y espacial. En vigilia vemos que el ritmo alfa se localiza en áreas posteriores y el beta, más rápido y de menor amplitud, en áreas anteriores. En sueño se ven ondas agudas en vértex, salvo hipnagógicas de distribución generalizada, etc.
- Reactividad a estímulos: como el bloqueo alfa ante la apertura de los ojos, etc.

4.4 Técnicas de intervención desde la perspectiva sistémica.

El tratamiento para abordar el TDAH, debe plantearse desde una perspectiva multimodal incluyendo desde aspectos familiares hasta los aspectos psicoterapéuticos individuales. Se debe de mantener una continua comunicación entre profesionales, psicólogos y profesores, así como proporcionar psicoeducación a los familiares del paciente TDAH y personas del entorno cercano, además del propio paciente.

Algunos aspectos a considerar previamente antes de hacer una planificación del tratamiento son:

- Considerar al paciente con TDAH, como una persona con recursos a explorar
- Plantear los tratamientos más eficaces y su evidencia
- Abordaje multimodal en la intervención a nivel individual, familiar y social/cultural

- Considerar las preferencias de los pacientes y sus familiares
- Continua revisión y modificación del plan de intervención si fuese necesario

Domínguez (2008) hace una recopilación de algunas intervenciones desde la perspectiva sistémica que pueden ser aplicadas a las familias con pacientes TDAH, las cuales iremos describiendo.

La primera es llamada “la pregunta del milagro” la cual es una intervención que ayuda a especificar las evidencias de éxito en la terapia, desde el punto de vista familiar. Dado que se clarifican las metas puesto que la gran mayoría de las veces las familias de pacientes con TDAH, saben lo que no quieren y se les hace difícil decir lo que si quieren.

Cabe señalar que es función del terapeuta ayudar a detallar al máximo las respuestas de la pregunta del milagro, con preguntas como ¿Qué mas va a estar sucediendo después del milagro?, ¿cómo se estará comportando Juanito?, ¿que será diferente en la escuela, en la casa, con los amigos?, etc.

La segunda es la resignificación, se puede entender como la definió “el doctor Carlos Sluzki en el primer congreso de terapia familia 1984, uno de los tipos de intervención sistémica más frecuentes es atribuir valores diferentes o connotaciones diferentes a las pautas interactivas que contienen o incluyen los comportamientos sintomáticos de los miembros (rotulando como positivo o útil comportamientos negativos o inútiles” (Charles A. 2006, Pág. 114 en Domínguez *op. cit*)

La tercera es la reestructuración o reencuadre que “significa cambiar el propio marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura que aborde los hechos correspondientes a la misma situación correcta igualmente bien, o incluso mejor cambiando por completo el sentido de los mismos” (Watzlawick, 1974 en Domínguez, *op.cit*)

La cuarta es la externalización del síntoma que es considerada como una terapia de reconstrucción narrativa, dado que conceptualiza al problema como un ente que invade la vida de los pacientes y los aleja de lo que ellos quieren llegar a hacer. De esta forma se comienzan a utilizar conversaciones externalizadoras diseñadas para separar los problemas de la persona y ayudarlo a utilizar sus propios recursos en contra de esos problemas.

La última técnica es la del ritual de dibujar y romper el síntoma externalizado, este trabajo se realiza con niños de tres a siete años. Esta estrategia consiste en el que el terapeuta use la externalización del síntoma y la simboliza a través de un dibujo, para posteriormente realizar el ritual en el que el niño repite una frase como está: "mama...ya no voy a dejar que las distracciones me causen problemas...ahora yo les voy a ganar", para posteriormente invitar al niño a romper la hoja con el dibujo de los síntomas y lo tire a la basura; el terapeuta invita a los padres que aplaudan al niño y lo abracen. Como procedimiento de continuidad se recomienda a los padres y al paciente repetir este procedimiento para reforzar su mente.

Como se ha planteado la Terapia Familiar Breve Sistémica, es una alternativa de terapia psicológica funcional, que puede ser utilizada para el tratamiento de TDAH, dado que la manera de ver al paciente y de tratarlo, cambia completamente con respecto a las terapias tradicionales.

La presente investigación considera que una técnica de intervención para pacientes con TDAH podría ser el equilibrio energético, del cual se hablará en el capítulo 5.

CAPITULO 5

L.I.F.E SYSTEM (LIVING INFORMATION FORMS ENERGY).

5.1 ¿Qué es un quantum?

Un quantum o cuanto es la menor cantidad de energía que puede transmitirse en cualquier longitud de onda, es también la parte más pequeña de una totalidad física que puede existir de manera independiente que es emitido por radiaciones electromagnéticas discretamente, esta cantidad de energía se considera como una unidad, algo que tiene las características del todo (Planck, 1900).

Un ejemplo de su transmisión es la que dio Einstein en 1905, en donde explicó el efecto fotoeléctrico, admitiendo que la luz se traslada por el espacio en forma de quantum.

5.2 L. I. F. E. System y su funcionamiento.

El L. I. F. E. System es un sistema de retroalimentación energética creado por Chris Kesser médico homeópata americano, el cual está basado en los principios de la direccionalidad energética, desde las antiguas direcciones chinas hasta el campo de los mecanismos cuánticos (el mundo cuántico es el mundo de las partes más pequeñas que constituyen la materia). Es un sistema de biofeedback que sirve como herramienta de apoyo para los profesionales del área de la salud, aportando al proceso de valoración y contribuyendo a la generación terapéutica.

Este sistema es controlado por un software instalado en una computadora y conectado al L. I. F. E., este sistema emite frecuencias electromagnéticas a través de cuatro arneses o pequeños cinturones que se colocan alrededor de las muñecas, tobillos y frente. Cuenta con 33 programas de los cuales basta con una exploración general o escaneo para hacer una evaluación e identificar de forma precisa el desequilibrio bioenergético del cuerpo, su principal función es la de

proporcionar al cuerpo un equilibrio energético en tres diferentes áreas: física, emocional y espiritual; para que el cuerpo se repare el mismo.

A continuación se describe el procedimiento para la utilización del sistema:

- a) Primero se toman los datos demográficos como son: nombre completo, dirección actual, fecha, lugar, hora de nacimiento y después se le toma una foto al paciente.
- b) Segundo, se realiza la calibración del Tri-Vector
- c) Tercero, se aplica la prueba de reactividad, la cual es descrita con más detalle en el siguiente apartado.
- d) Cuarto, se realiza la aplicación del programa sugerido y básico. O ítems específicos según la condición del paciente.

5.3 Programas del L. I. F. E. SYSTEM.

Calibración del Tri-Vector.

En este programa se realiza una evaluación en donde se puede identificar el primer desequilibrio energético, el cual es a partir de tres áreas generales, en lo espiritual, lo emocional y lo físico.

Esta evaluación predice las posibles áreas desequilibradas, sin embargo, es una primera evaluación que da pauta a realizar evaluaciones posteriores más específicas dependiendo de lo que se haya observado. Dado que se da el comando de evaluar el Tri-Vector, y posteriormente se completan tres barras que se encuentran dentro del recuadro. La primera es considerada como lo espiritual, la segunda como lo emocional y la tercera como lo físico.

Prueba de reactividad.

En esta segunda prueba se realiza la evaluación de alergias, huesos, dientes, oídos, hongos, hormonas, músculos, pesticidas, senos, virus, aminoácidos, cerebro, sistema digestivo, linfático, nervioso, respiratorio, circulatorio, enzimas glándulas, columna vertebral, vitaminas, medicamentos ayurvédicos, cromosomas,

enfermedades específicas, ojos, procesos mentales, meridianos, nosodes, toxinas, emociones específicas, bacterias, esencias florales, homeopatía, miasmas, parásitos, sarcodes, vacunas, etc.

En esta evaluación el sistema puede determinar cierta susceptibilidad o padecimiento actual, así como también puede identificar síntomas o características de una persona que se relacione directamente con el paciente por lapsos de tiempo prolongados, por ejemplo: padres, hijos, esposo, etc. Al término de esta evaluación por medio de otro comando se procede a la retroalimentación energética.

Para poder determinar que el ítem ya está retroalimentado se considera el setenta y cinco por ciento de rectificación, y se retroalimentan los primeros tres de la lista que son los más desequilibrados energéticamente, al finalizar el proceso de retroalimentación y dependiendo de las áreas más desequilibradas nos hace una recomendación del programa que podemos aplicarle al paciente. Dentro de los que nos puede recomendar y que describiremos más adelante, son:

- NEP- perfil neuro emocional
- Columna o Spinal programs
- Color/chacras
- Cell-com
- Rife
- Meridianos

NEP- perfil neuro emocional.

Esta evaluación se divide en dos, la primera sub-evaluación que se realiza es una insinuación inconsciente del sí mismo, por ejemplo: dolor por ruptura/relación, pérdida de la autoestima, etc.

La segunda sub-evaluación que realiza este programa es la identificación de emociones específicas que puede tener el paciente, las emociones que se evalúan son: confusión, indecisión, obsesión, agresión, enojo ansiedad, indiferencia,

delirio, depresión, miedo, avaricia, impulsividad, celos, regocijo, lujuria, poder, sugestión, impulsividad y preocupación.

Columna

En esta parte se realiza una evaluación energética en cada vértebra que conforman a la columna. Así como también se puede equilibrar zonas específicas del cuerpo donde sienta dolor el paciente.

Color/chacras

En este programa se hacen dos evaluaciones la primera es la evaluación de color que favorece energéticamente al paciente, la segunda es la identificación de los chacras que se encuentran desequilibrados, los cuales pueden ubicarse geográficamente a lo largo del cuerpo en línea recta, y los cuales están relacionados con órganos y situaciones que pueden afectar al paciente emocionalmente, a continuación describiremos a que se refiere cada uno de los chacras así como su ubicación:

-  Primer Chakra, es el denominado Chakra base, relacionado con el soporte físico del cuerpo, seguridad física en la familia, dolor de espalda.
-  Segundo Chakra, es el denominado Chakra Bazo, relacionado con órganos sexuales, zona de la cadera, potencia sexual.
-  Tercer Chakra, es el denominado Chakra estómago, relacionado con miedo, estima y respeto, cuidado del sí mismo, toma de decisiones.
-  Cuarto Chakra, es el denominado Chakra del Corazón, relacionado con el sistema circulatorio, pulmones, amor y odio, esperanza y confianza.
-  Quinto Chakra, es el denominado Chakra garganta, relacionado con fuerza de voluntad, expresión personal y ronquera.
-  Sexto Chakra, es el denominado Chakra frente, relación con el cerebro y el sistema nervioso, capacidades intelectuales, inteligencia emocional, problemas de aprendizaje.

 Séptimo Chakra, es el denominado Chakra Corona, relacionado con capacidad de confiar en la vida, espiritualidad y devoción, trastornos energéticos y sensibilidad ambiental.

Cell-com.

Este programa evalúa ítems relacionados con cuestiones genéticas ya sean físicos o emocionales, por ejemplo: mejoramiento de la capacidad vital, problemas estomacales, diabetes, trastornos hereditarios, disminución de síntomas menopausia etc.

Rife o perfil Similar a Rife.

Este programa evalúa los órganos que se encuentran desequilibrados, así como zonas físicas por ejemplo la zona lumbar, torácica, etc., los órganos que podemos encontrar son el cerebro, la vesícula, los órganos sexuales, el intestino grueso y delgado, etc.

Acu-meridianos o Programa Meridianos

Este programa evalúa los canales energéticos que se encuentran en el cuerpo, los cuales son:

- a) Meridiano de vejiga
- b) Vaso concepción
- c) Meridiano de vesícula
- d) Vaso gobernante
- e) Meridiano de corazón
- f) Meridiano de riñón
- g) Intestino grueso
- h) Meridiano de hígado
- i) Meridiano pulmonar
- j) Meridiano de pericardio
- k) Intestino delgado
- l) Meridiano de bazo

m) Meridiano de estomago

n) Triple calentador

Cerebro o Perfil cerebral.

En este programa se realizan tres evaluaciones. La primera es la evaluación de las ondas cerebrales, por ejemplo ondas beta relacionadas con el estado despierto, ondas alpha relacionadas con el estado relajación, ondas theta relacionadas con el estado soñoliento y las ondas delta relacionadas con el estado de sueño.

La segunda evaluación es la armonización y balance de los hemisferios cerebrales. Y la tercera evaluación se realiza en dos niveles y nos da una puntuación, primero de DA o Déficit de atención y luego de DAH o Déficit de atención e hiperactividad.

Los programas que se acaban de describir deben de ser aplicados a cada uno de los pacientes, independientemente de su condición física, emocional y espiritual. Sin embargo, el programa cerebro es importante dentro de la investigación sobre TDAH, que se presenta; dado que nosotros lo consideramos como una herramienta combinada con la terapia psicológica. Tomando en cuenta los aspectos familiares, sociales y culturales, como lo plantea Domínguez (2008).

CAPITULO 6.

EVALUACIÓN DEL PAPEL DE LA FAMILIA Y DEL EQUILIBRIO ENERGÉTICO EN PACIENTES CON TDAH DE 12 – 15 AÑOS.

6.1 Equilibrio Energético y Estructura Familiar.

La importancia de la concepción de familia y su tratamiento es completamente diferente, por ello es necesario establecer que la concepción de sujeto dentro de cada familia, es considerada un factor importante, dado que las capacidades y potencialidades no son reconocidas en muchos de los casos. Ante este criterio el enfoque sistémico y sus diferentes modelos, proponen y establecen ciertos criterios y/o parámetros para tratar al paciente identificado.

Por ejemplo desde el modelo estructural propuesto por Minuchin, menciona que la centralidad o connotación que cada paciente tiene dentro de su familia depende de las acciones que éste realice y lo problemático que resulte para los otros integrantes de la familia. Y nos da a conocer que existe la centralidad positiva y la centralidad negativa; y que dado a la connotación los pacientes identificados siempre llegan a consulta siendo los centrales negativos, es decir, los más problemáticos dentro de la estructura familiar.

Desde el modelo de Milán o centrado en el problema, se connota al paciente identificado como el generador del equilibrio dentro de la familia, dado que su mal comportamiento o la problemática presentada es debida a la mala comunicación dentro de la estructura familiar. O bien de un conflicto de pareja que no ha sido solucionado.

Sin embargo desde el enfoque sistémico la concepción del TDAH, es visto como el ciclo de interacciones que refuerzan las conductas del paciente; y que es perpetuado por las interacciones disfuncionales dentro de la estructura familiar.

Convirtiéndose en malos hábitos o en conductas estereotipadas (etiquetas o diagnósticos), y por ende problemáticas para el entorno familiar.

La retroalimentación del sistema L. I. F. E. proporciona al cuerpo un equilibrio energético en tres diferentes áreas: física, emocional y espiritual; lo cual puede ser respaldado por la investigación realizada por Arroyo (2009), en donde se evaluaron los índices de bienestar y el nivel de estrés antes y después de la aplicación del sistema. Obteniendo como resultados cambios a nivel fisiológicos, psicológicos e interaccionales.

Y debido a la falta de investigación desde la perspectiva psicológica el objetivo de la presente investigación es evaluar la estructura familiar de pacientes TDAH, así como los efectos del equilibrio energético en el comportamiento del paciente y las interacciones familiares.

6.2 MÉTODO

Muestra. Participaron 15 familias con un integrante entre 12– 15 años, de las cuales 2 fueron con pacientes diagnosticados con TDAH por un neurólogo y 13 diagnosticados por los profesores de la escuela. Los cuales conforman una muestra no probabilística debido a que fueron invitados por sus profesores de diferentes escuelas secundarias.

Escenario. Se trabajó en cubículos del Instituto Familiar Sistémico, Asesoría Capacitación y Tratamiento (INFASI, ACT) ubicado en Satélite Tlalnepantla, Estado de México.

Materiales e instrumentos.

- Guía de entrevista para la identificación de la estructura familiar (Montalvo y Soria, 2000) (Ver anexo I)

- Hojas blancas, plumas, lápices, pizarrón, marcadores, cámara de video y audio grabadora.

- El sistema de equilibrio energético llamado L. I. F. E. System, creado por Chris Kesser.
- Test elaborado por James E. Guillian conocido como Attention Deficit/hyperactivity Disorder Test (ADHDT). Que se encarga de identificar individuos con desorden de déficit de atención e hiperactividad. Evaluando diferentes áreas de comportamiento de los individuo como la escuela, el hogar y el trabajo. Esta prueba es contestada por los padres de familia ya que la manera en la que se califica esta prueba es categorizando las conductas presentadas por su hijo, son: a) no es un problema, b) es un problema moderado y c) es un problema severo (Ver Anexo II).
- Escalas sobre el índice de bienestar personal (IBP), índice de bienestar familiar (IBF), índice de bienestar escolar (IBE) para pacientes TDAH, a los padres índices de bienestar de pareja (IBP) además de IBP y EBF. Los cuales son consideradas como auto reportes (Fernández y Carrobes, 1981).

Variables dependientes. Estructura Familiar (límites, coaliciones, alianzas, jerarquía, centralidad, periferia, hijo parental, padre en funciones de hijo, sobreinvolucramiento, triangulación, conflicto), edad, sexo, número de integrantes de la familia, estado civil de los padres. Déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), disfuncionalidad familiar, índice de bienestar psicológico personal, familiar, de pareja y escolar en caso de los niños

Variables Independientes. Retroalimentación energética (L.I.F.E. System)

Diseño de investigación. A-B-C-D cuasiexperimental correlacional.

PROCEDIMIENTO.

Fase A: En la primera sesión, se llevó a cabo una entrevista con cada una de las familias siguiendo la guía de entrevista para la identificación de la estructura familiar de Montalvo y Soria, con el fin de obtener todos los datos relacionados con las variables. Se aplicaron las pruebas para identificar el TDAH en los pacientes (respondida por los padres de familia) y también se preguntaron las escalas sobre el índice de bienestar personal (IBP), el índice de bienestar familiar (IBF) y el índice de bienestar de pareja (IBP).

Al mismo tiempo que se realizaba la entrevista a los padres, en otro cubículo se le aplicó el sistema L.I.F.E. al niño, para lo que fue necesario preguntar datos demográficos, evaluar el *tri-vector*, hacer la *reactividad*, evaluar el programa de *cerebro*, aplicar el programa sugerido por la evaluación de reactividad y aplicar otros dos programas básicos. Así como ítems específicos como enfocar atención, estimular atención, estimular aprendizaje 1 y 2, enfocado en relajación, etc. Antes de finalizar la sesión al paciente se le preguntaron los índices de bienestar personal, familiar y escolar.

Fase B: En la segunda sesión que se realizó a los ocho días, se aplicó el sistema L.I.F.E., primero el programa *cerebro*, para después continuar con los programas básicos faltantes, después los específicos de atención, aprendizaje y relajación. Antes de finalizar la sesión se les preguntó a los pacientes los índices de bienestar personal, familiar y escolar.

Mientras que a los padres en otro cubículo se les preguntaron los cambios que habían notado en su hijo. Así como también los índices de bienestar personal, familiar y de pareja.

Fase C: En esta tercera que fue a los 15 días, la sesión se realizó lo mismo que en la sesión de la fase A, la entrevista para identificación de cambios en la estructura familiar, los índices de bienestar a padres y pacientes, aplicación de sistema L. I. F. E. la aplicación de la prueba ADHDT.

Como intervención desde el modelo estructural se utilizaron las técnicas de resignificación, la REF y la externalización del síntoma. Las cuales son intervenciones que ya fueron mencionados en los capítulos anteriores.

Fase D: En la cuarta sesión que se llevó a cabo al mes de la última sesión se preguntaron las escalas de bienestar a padres e hijos, también los cambios que presentaban tanto el niño como las familias y por último se le aplicó el programa cerebro del sistema L. I. F. E.; y lo específico sobre atención, aprendizaje y relajación.

6.3 RESULTADOS

Se presentan los resultados de 15 casos de familias que tenían como paciente identificado un hijo con diagnóstico o posible diagnóstico de TDAH. Primero de la conformación de la familia por número de integrantes, después de los cambios identificados en la estructura familiar antes y después de la aplicación del sistema L. I. F. E.; también los cambios en los puntajes de la prueba ADHDT. Por último los cambios cualitativos reportados por las familias.

Número de integrantes familiares.

Las familias estuvieron conformadas de la siguiente forma: 3 familias con 3 integrantes (20.0%); 3 familias con 4 integrantes (20.0%) 4 familias con 5 integrantes (26.7%); 2 familias con 6 integrantes (13.3%); una familia con 7 integrantes (6.7%) y 2 familias con 16 integrantes (13.3%) (Ver Tabla 1).

TABLA 1: NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Número de integrantes	Frecuencia	Porcentaje
3	3	20.0
4	3	20.0
5	4	26.7
6	2	13.3
7	1	6.7
16	2	13.3

RESULTADOS DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR ANTES DE LA INTERVENCIÓN.

LÍMITES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Los resultados de los límites entre la pareja fueron, en 2 de los casos no hay cónyuge (13.3%); en 4 de los casos los límites eran claros y/o flexibles (26.7%) y en 9 de los casos los límites eran difusos (60.0%), esto antes de la intervención (Ver tabla 2).

TABLA 2: LÍMITES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

Tipos de límites	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Difusos	9	60.0
Claros y/o flexibles	4	26.7
No hay cónyuge	2	13.3

LÍMITES EN EL SUBSISTEMA PARENTAL

En el subsistema parental, 10 casos (66.7%) tuvieron límites difusos, en 4 casos (26.7%) se presentaron límites claros y en un caso los límites eran rígidos (6.7%), antes de la intervención (Ver Tabla 3).

TABLA 3: LÍMITES EN EL SUBSISTEMA PARENTAL

Tipos de límites	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Claros y/o flexibles	4	26.7
Difusos	10	66.7
Rígidos	1	6.6

LÍMITES EN EL SUBSISTEMA FRATERO

En el subsistema fraterno en 9 casos (60.0%) hubieron límites difusos, en 5 (35.3%) fueron claros y/o flexibles, y en un caso (6.7%) no había hermanos, esto antes de la intervención (Ver Tabla 4).

TABLA 4: LÍMITES EN EL SUBSISTEMA FRATERO

Tipos de límites	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Difusos	9	60.0
Claros y/o flexibles	5	34.3
No hay hermanos	1	5.7

LÍMITES AL EXTERIOR

Al exterior se encontró antes de la intervención que en 4 casos (26.7%) hubieron límites claros y en 11 casos (73.3%) había límites difusos (Ver Tabla 5).

TABLA 5: LÍMITES AL EXTERIOR

Tipos de límites	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Difusos	11	73.3
Claros y/o flexibles	4	26.7

JERARQUÍA

En cuanto a la jerarquía antes de la intervención fue, en 8 casos (53.3%) la madre tuvo la jerarquía, en 3 casos (13.3%) sólo el padre, y en 1 caso (6.7%) ambos padres, pero también se encontraron 2 casos en donde la madre y la abuela compartían la jerarquía (13.3%) y un caso en donde el abuelo tenía la jerarquía (6.7%) (Ver Tabla 6).

TABLA 6: MIEMBROS DE LA FAMILIA EN QUIENES RECAÍA LA JERARQUÍA

Miembros de la familia	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Padre	3	20.0
Madre	8	53.3
Ambos	1	6.7
Abuela-madre	2	13.3
Abuelo(a)	1	6.7

COALICIONES

Se encontró antes de la intervención, 1 caso que presentó coalición entre el padre y un hijo en contra de la madre (6.7%), y en 14 de los casos no se detectaron coaliciones (93.3%) (Ver Tabla 7).

TABLA 7: TIPOS DE COALICIONES ENCONTRADAS

Miembros de la Familia	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Padre - hijo(s) vs Madre	1	6.7
No hay	14	93.3

HIJO PARENTAL

En 11 casos (73.3%) no hubo hijo parental, mientras que en 4 casos (26.7%) fue el hijo mayor quien era hijo parental antes de la intervención (Ver Tabla 8).

TABLA 8: HIJO PARENTAL

Miembros de la Familia	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Hijo mayor	4	26.7
No hay	11	73.3

CENTRALIDAD POSITIVA

En 10 de los casos (66.7%) no hubo, en 2 casos (13.3%) fue el hijo de en medio, en 3 casos (20.0%) el hijo menor; esto antes de la intervención (Ver Tabla 9).

TABLA 9: CENTRALIDAD POSITIVA

Miembros de la familia	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
No hay	10	66.7
Hijo de en medio	2	13.3
Hijo menor	3	20.0
Hijo mayor	--	--

CENTRALIDAD NEGATIVA

Antes de la intervención se encontró que en 3 casos no había centralidad negativa (20.0%), 6 casos (40%) se encontró que la centralidad negativa correspondía al hijo mayor, en un caso (6.7%) se encontró que la centralidad negativa la tenía el hijo de en medio, en 3 casos (20.0%) se encontró que el hijo menor eran central negativo y en 2 casos (13.3%) que tanto el hijo mayor como el menor eran centrales negativos dentro de la familia (Ver Tabla 10).

TABLA 10: CENTRALIDAD NEGATIVA

Integrantes de la familia	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
No hay	3	20.0
Hijo mayor	6	40.0
Hijo de en medio	1	6.7
Hijo menor	3	20.0
Hijo mayor y menor	2	13.3

PERIFERIA

Se encontró que en 3 casos (20.0%) el padre fue periférico, en 1 (6.7%) el hijo mayor, y en 11 casos (73.3%) no se encontró periferia, esto antes de la intervención (Ver Tabla 11).

TABLA 11: PERIFERIA

Integrantes de la familia	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Padre	3	20.0
Hijo Mayor	1	6.7
No hay	11	73.3

ALIANZAS

Antes de la intervención se encontró un caso (6.7%) en donde la madre y el padre estaban en alianza, 4 casos (26.7%) en donde se encontraban alianzas entre hermanos, un caso (6.7%) en donde la abuela (o) nieta (o) estaban aliados y 9 casos en donde no había alianza (Ver Tabla 12).

TABLA 12: ALIANZAS

Integrantes de la familia	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Padre-madre	1	6.7
Hermanos	4	26.7
Abuela (o)-nieta (o)	1	6.7
No hay	9	60.0

TRIANGULACIONES

Se encontraron 2 casos (13.3%) en donde había triangulación padre-madre-hijo y en los 14 casos restantes (86.7%) no se observó, eso antes de la intervención (Ver Tabla 13).

TABLA 13: TRIANGULACIONES

Integrantes de la familia	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Padre - hijo – madre	2	13.3
No hay	13	86.7

CONFLICTOS

En 4 de los casos (26.7%) se encontró que había conflictos entre la madre/padre, madre/hijo, padre/hijo y hermano/hermano; en 2 casos (13.3%) conflictos entre los hermanos (as), en 2 casos más (13.3%) Madre/hijo, padre/hijo, hermano/hermano, en un caso (6.7%) conflictos entre madre/padre, un caso (6.7%) conflictos entre madre hijo, un caso (6.7%) de conflictos de hijo mayor con

todos, un caso (6.7%) de conflictos entre la madre/padre y madre/hijo, un caso (6.7%) de conflictos entre Abuela/hijo, madre/padre, madre/hijo, hermano/hermano y dos casos en donde no había conflictos; esto antes de la intervención (Ver tabla 14).

TABLA 14: CONFLICTOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Integrantes de la familia	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
Madre-Padre	1	6.7
Madre- hijo (a)	1	6.7
Hermano(a)-hermano (a)	2	13.3
Hijo mayor con todos	1	6.7
Madre/hijo, padre/hijo, hermano/hermano	2	13.3
Madre/padre, madre/hijo, padre/hijo, hermano/hermano.	4	26.7
Madre/padre, madre/hijo	1	6.7
Abuela/hijo, madre/padre, madre/hijo, hermano/hermano	1	6.7
No hay	2	13.2

SOBRE INVOLUCRAMIENTO

En 5 casos (33.3%) no se presentó sobreinvolucramiento, 4 casos (26.7%) presentaron sobreinvolucramiento de la madre con un hijo, 2 casos (13.3%) de los dos padres hacia un hijo, dos casos (13.3%) de sobreinvolucramiento de la abuela- madre-hija, dos casos (13.3%) de sobreinvolucramiento de la abuelo (a) hacia un nieto (a), antes de la intervención (Ver tabla 15).

TABLA 15: SOBRE INVOLUCRAMIENTO

Miembros de la familia	Frecuencia antes de la intervención	Porcentaje
No hay	5	33.3
Madre – hijo(a)	4	26.8
Madre - hijo(a), padre – hijo(a)	2	13.3
Abuela-madre-hija	2	13.3
Abuela (o)- nieta (o)	2	13.3

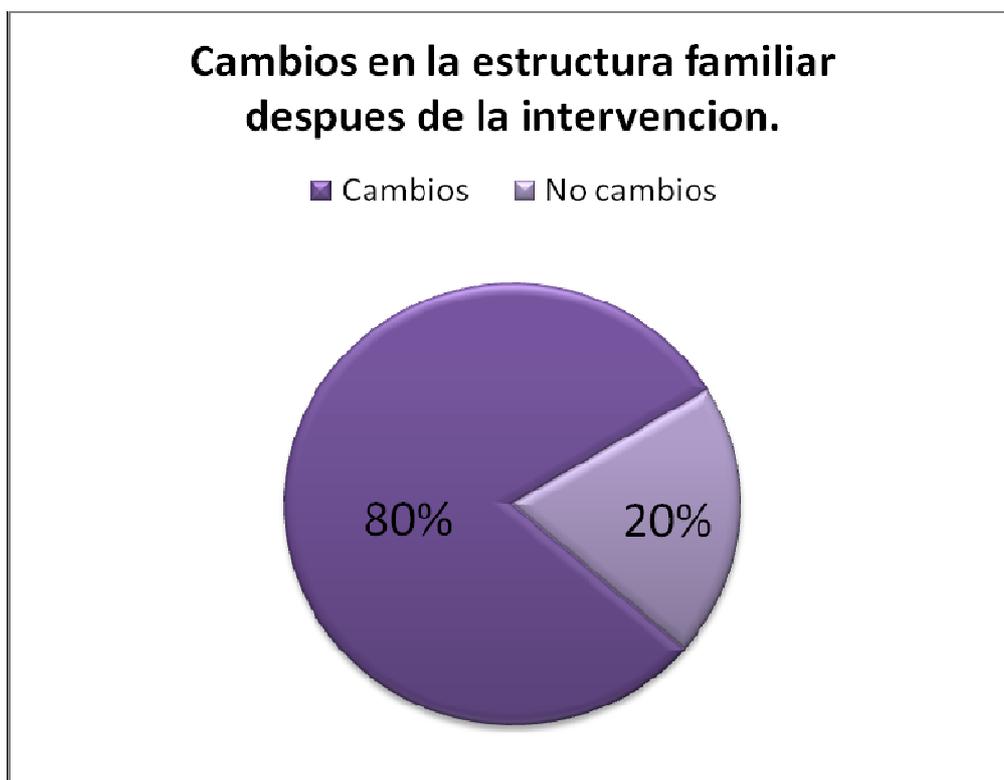
RESULTADOS DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

En 12 de los casos (80.0%) se halló al menos un cambio en la estructura familiar, mientras que en 3 casos restantes (20.0%) no se halló ningún cambio (Ver tabla 16 y figura 1).

TABLA 16 CAMBIOS PRESENTADOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Núm. de casos que cambiaron	12	80.0
Núm. de casos que no cambiaron	3	20.0

FIGURA 1. MUESTRA EL PORCENTAJE DE LOS CAMBIOS Y NO CAMBIOS.



CAMBIOS EN LOS LÍMITES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

De 9 casos (100%) que había con límites difusos, en un caso (11.1%) cambiaron de difusos a claros, mientras que en 8 de los casos (88.8%) no se halló cambio alguno (Ver tabla 17)

TABLA 17: LÍMITES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

Tipos de límites	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Límites disfuncionales	9	100
De difusos a claros	1	11.1
Sin cambios	8	88.9

CAMBIOS EN LOS LÍMITES EN EL SUBSISTEMA PARENTAL

De 11 casos en donde se hallaron límites disfuncionales, cambiaron un caso (9.09%) de límites difusos a claros y flexibles, otro caso (9.09%) cambiaron de límites rígidos a claros y flexibles, mientras que 8 casos (81.81%) no se hallaron cambios (Ver tabla 18).

TABLA 18: LÍMITES EN EL SUBSISTEMA PARENTAL

Tipos de límites	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Límites disfuncionales	11	100
De difusos a Claros y/o flexibles	1	9.5
De rígidos a claros y/o flexibles	1	9.5
Sin cambios	9	81

CAMBIOS EN LOS LÍMITES EN EL SUBSISTEMA FRATERO

En nueve de los casos (100%) se hallaron límites disfuncionales, de los cuales cambiaron tres casos (33.3%) de límites difusos a claros y/o flexibles, mientras que en seis de los casos (66.6%) no se hallaron cambios (Ver tabla 19).

TABLA 19: LÍMITES EN EL SUBSISTEMA FRATERO

Tipos de límites	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Limites disfuncionales	9	100
De Difusos a Claros y/o flexibles	3	33.3
Sin cambios	6	66.7

CAMBIOS EN LOS LÍMITES AL EXTERIOR

En once de los casos (100%) se hallaron límites disfuncionales, de los cuales cambiaron tres casos (27.2%) de límites difusos a claros y/o flexibles, mientras que en ocho de los casos (72.8%) no se hallaron cambios (Ver tabla 20).

TABLA 20: LÍMITES AL EXTERIOR

Tipos de límites	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Límites disfuncionales	11	100
De Difusos a Claros y/o flexibles	3	27.2
Sin cambios	8	72.8

CAMBIOS EN JERARQUÍA

De 14 casos (100%) donde la jerarquía no la tenían ambos padres, en 2 de estos casos (14.28%) la jerarquía pasó de la madre a ambos padres, en un caso (7.14%) pasó del abuelo a la abuela y la hija, en esta caso la madre del paciente, mientras que en once casos no se hallaron cambios (Ver tabla 21).

TABLA 21: CAMBIOS EN JERARQUÍA

Categorías	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Jerarquías disfuncionales	14	100
De madre a ambos	2	14.28
De abuelo a abuela y madre	1	7.14
Sin cambios	11	78.58

COALICIONES

De un caso (100%) en el que se halló una coalición, desapareció después de la intervención (ver tabla 22).

TABLA 22: CAMBIOS EN COALICIONES

Categorías	Frecuencias después de la intervención	Porcentaje
Coaliciones descubiertas (fase A)	1	100
Desapareció	1	100

CAMBIOS EN HIJO PARENTAL

De cuatro casos (100%) en los que se hallaron hijos parentales, en un caso (25%) desapareció, mientras que en tres casos (75%) restantes no se hallaron cambios (ver tabla 23).

TABLA 23: CAMBIOS EN HIJO PARENTAL

Categorías	Frecuencias después de la intervención	Porcentaje
Casos de hijo parental descubiertos (fase A)	4	100
Desaparecieron	1	25
Sin cambios	3	75

CAMBIOS EN CENTRALIDAD NEGATIVA

De 12 casos (100%) en que se halló centralidad negativa en algún miembro de la familia, en siete de los casos (58.3%) desapareció, mientras que en cuatro de los casos (41.7%) no se hallaron cambios (ver tabla 24).

TABLA 24: CAMBIOS EN CENTRALIDAD NEGATIVA

Categorías	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Casos de centralidad negativa	12	100
Desaparecieron	7	58.3
Sin cambios	5	41.7

CAMBIOS EN PERIFERIA

De cuatro casos (100%) en donde algún miembro de la familia era periférico, en un caso (25%) desapareció y tres casos (75%) se mantuvieron sin cambios (ver tabla 25).

TABLA 25: CAMBIOS EN PERIFERIA

Categorías	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Casos de periferia	4	100
Desaparecieron	1	25
Sin cambios	3	75

CAMBIOS EN ALIANZAS

De nueve casos (100%) no se hallaron alianzas entre ningún miembro de la familia, mientras que después de la intervención se siguió sin cambios, ni se formaron nuevas alianzas (ver tabla 26)

TABLA 26: CAMBIOS EN ALIANZAS

Categorías	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Casos sin alianzas	9	100
Nueva alianza parental	0	0
Nuevas alianzas (otras)	0	0
Sin cambios	9	100

CAMBIOS EN TRIANGULACIONES

De dos casos (100%) en que se halló triangulación, después de la intervención ya no fueron encontradas (ver tabla 27).

TABLA 27: CAMBIOS EN TRIANGULACIONES

Categorías	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Triangulaciones encontradas	2	100
Desaparecieron	2	100
No cambiaron	0	0

CAMBIOS EN CONFLICTOS

De trece casos (100%) que presentaban conflictos entre los miembros de la familia, se halló que en cuatro casos (30.76%) desaparecieron todos los conflictos, mientras que nueve casos (69.24%) no se hallaron cambios (Ver tabla 28).

TABLA 28: CAMBIOS EN CONFLICTOS

Categorías	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Casos que presentaban conflictos	13	100
Desaparecieron todos	4	30.76
Sin cambios	9	69.24

CAMBIOS EN SOBRE INVOLUCRAMIENTO

De diez casos (100%) en que se halló sobreinvolucramiento, en cuatro casos (40%) desaparecieron, mientras que en seis casos (60%) se mantuvieron sin cambios (ver tabla 29).

TABLA 29: CAMBIOS EN SOBRE INVOLUCRAMIENTO

Categorías	Frecuencia después de la intervención	Porcentaje
Casos con sobreinvolucramiento	10	100
Desaparecieron	4	40
Sin cambios	6	60

CAMBIOS EN LAS MEDIAS DE LOS INDICES DE BIENESTAR

Se presentan los cambios en las medias de los índices de bienestar personal, familiar y de pareja tanto de la madre, como los índices de bienestar personal, familiar y escolar del paciente. Los cuales fueron observados y medidos antes y después de las tres intervenciones, las cuales pueden ser observadas en las siguientes tablas (ver tabla 30 y 31).

TABLA 30. MEDIAS ARITMETICAS DE LOS INDICES DE BIENESTAR PACIENTE

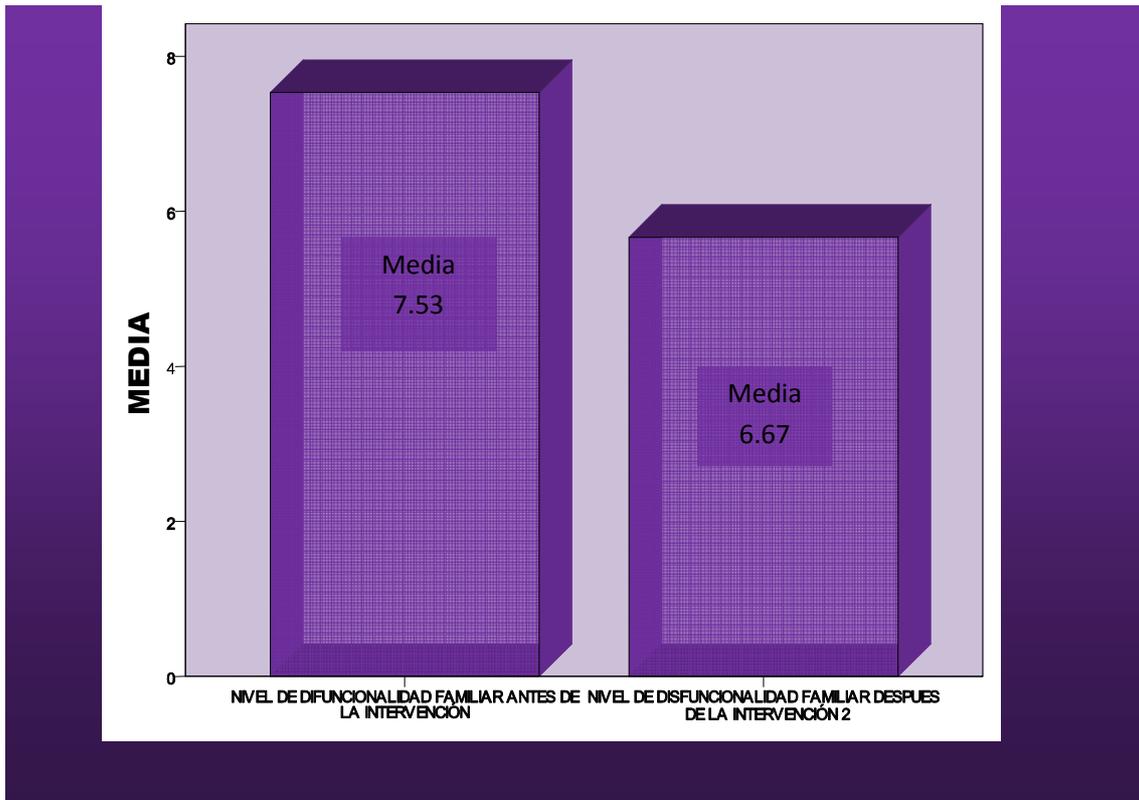
Índice de bienestar	Antes de la intervención	Después de la intervención 1 a los ocho días.	Después de la intervención 2 a los quince días.	Después de la intervención 3 al mes.
Personal del paciente	7.500	8.286	8.714	7.786
Familiar del paciente	7.571	7.786	8.714	8.143
Escolar del paciente	6.250	8.143	8.357	7.929

TABLA 31. MEDIAS ARITMETICAS DE LOS INDICES DE BIENESTAR MADRE.

Índice de bienestar	Antes de la intervención	Después de la intervención 1 a los ocho días.	Después de la intervención 2 a los quince días.	Después de la intervención 3 al mes.
Personal de la madre	6.533	7.667	7.933	7.929
Familiar de la madre	6.533	8.000	8.133	8.393
Escolar de la madre	5.067	4.933	6.133	5.786

CAMBIOS EN EL NIVEL DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR.

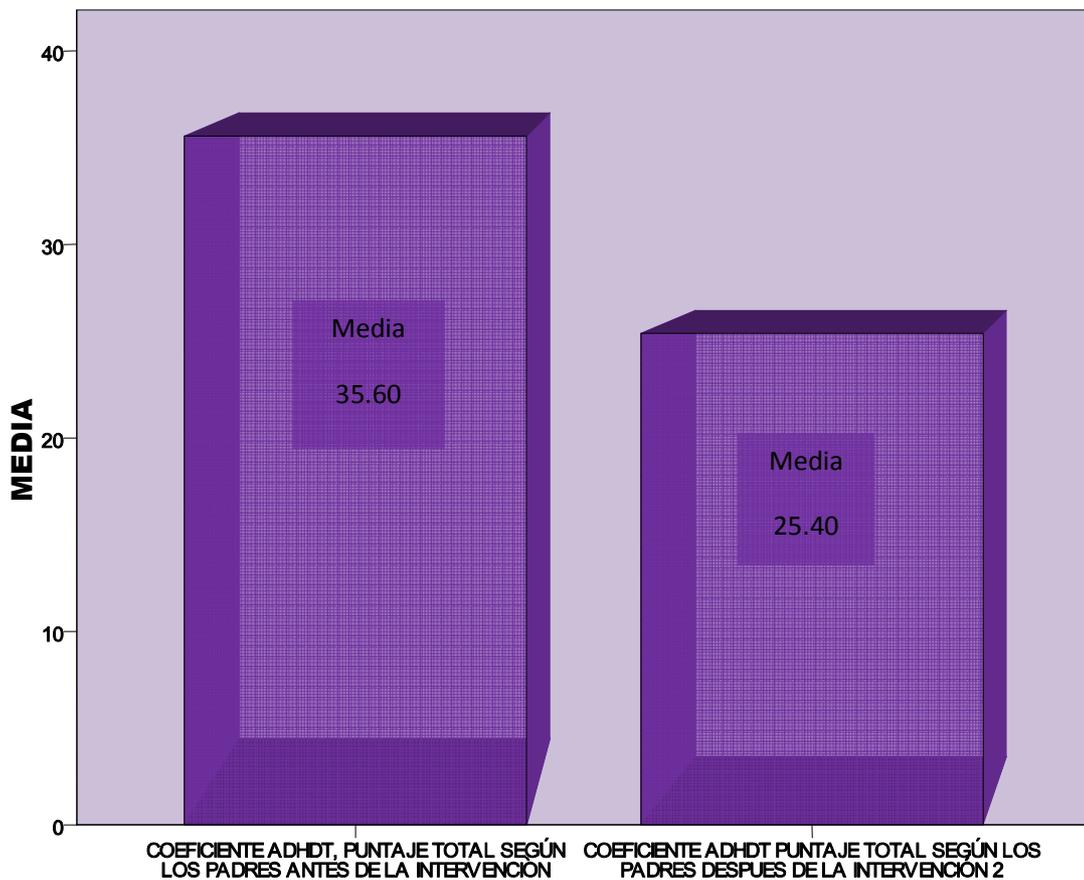
Respecto a los cambios observados en la estructura familiar se puede decir que el nivel de disfuncionalidad familiar disminuyó, ya que antes de la intervención la media del nivel de disfuncionalidad era del 7.53 y de tres sesiones (después de la intervención 2) fue de 6.67; como se muestra en la gráfica (Ver gráfica 1).



GRÁFICA 1: Muestra las diferencias entre las medias del nivel de disfuncionalidad familiar antes y después de la intervención.

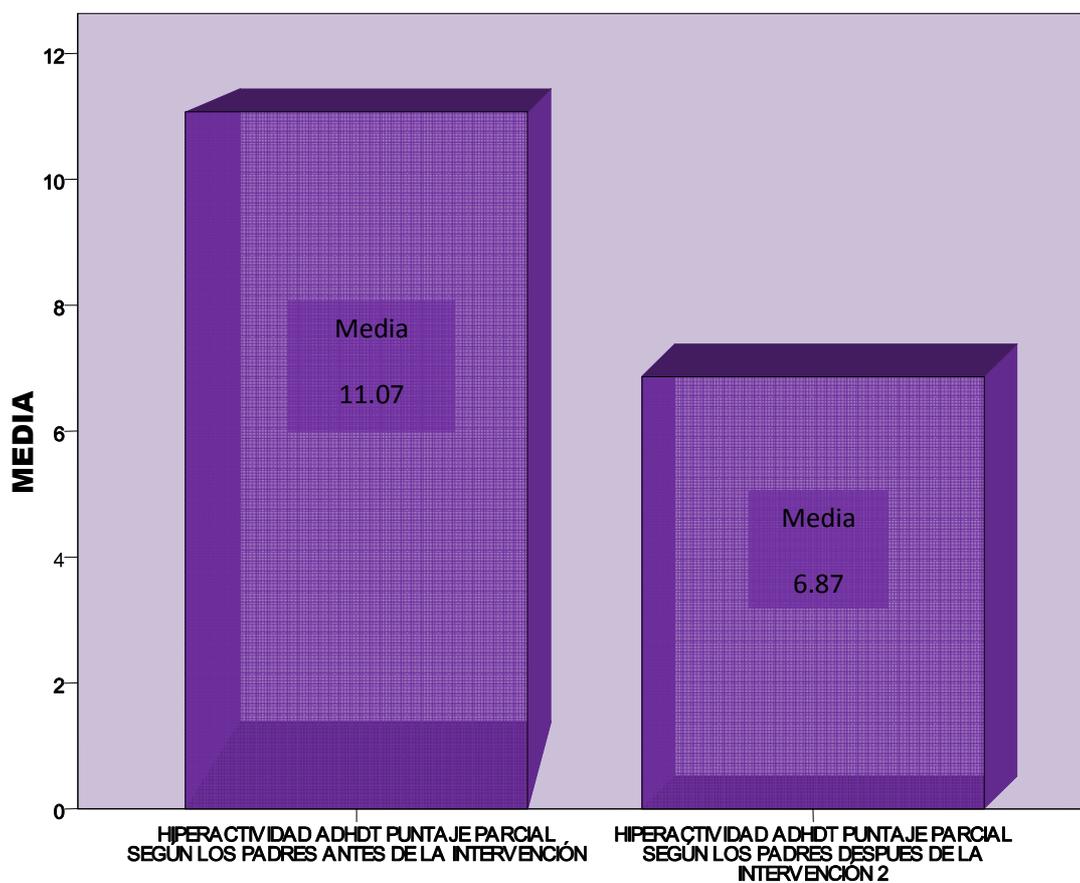
CAMBIOS EN LOS PUNTAJES DE LA PRUEBA ADHDT.

Respecto a los cambios observados en los puntajes de las pruebas, cabe mencionar que se observó los siguientes cambios, en donde los puntajes totales tuvieron como media 35.60 antes de la intervención, mientras que después de tres sesiones (después de la intervención 2) hubo una media de 25.40, como se muestra en la gráfica (Ver gráfica 2).



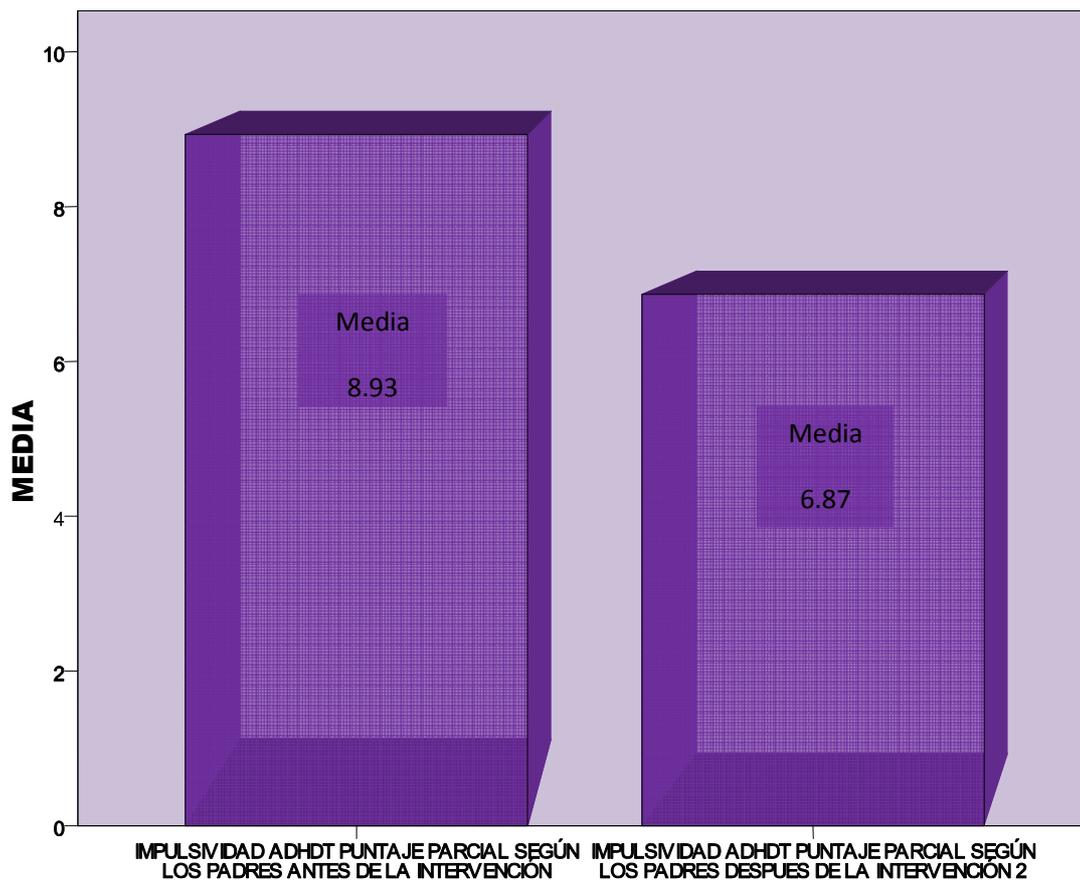
GRÁFICA 2: Muestras las medias antes y después de la intervención, de los puntajes totales de la prueba ADHDT según los padres.

En cuanto a los puntajes parciales de la prueba ADHDT, en este caso la hiperactividad, hubo cambios en cuanto a los puntajes dado que la media antes de la intervención era de 11.07. Mientras que después tres sesiones (después de la intervención 2) hubo una media de 6.87, como se muestra en la gráfica. (Ver gráfica 3)



GRÁFICA 3: Muestra las medias de los puntajes parciales de la prueba ADHDT en la categoría de hiperactividad, antes y después de la intervención según los padres.

En la segunda categoría de la prueba ADHDT que es la impulsividad, hubo cambios en las medias de los puntajes parciales, dado que la media antes de la intervención fue de 8.93, mientras que después de tres sesiones (después de la intervención 2) fue de 6.87 como se muestra en la gráfica. (Ver gráfica 4)



GRÁFICA 4: Muestra las medias de los puntajes parciales de la prueba ADHDT en la categoría de impulsividad, antes y después de la intervención según los padres.

En la última categoría de la prueba ADHDT que es la inatención, hubo cambios en la medias de los puntajes parciales dado que la media antes de la intervención era de 15.60, mientras que después de tres sesiones (después de la intervención 2) fue de 11.67, como lo muestra la gráfica. (Ver gráfica 5).



GRÁFICA 5: Muestra las medias de los puntajes parciales de la prueba ADHDT en la categoría de inatención, antes y después de la intervención según los padres.

ANÁLISIS INFERENCIAL.

A partir del análisis estadístico obtenido de la prueba de Wilcoxon las variables de los puntajes totales y parciales de la prueba ADHDT, los índices de bienestar familiar y escolar del paciente, los índices de bienestar personal familiar y de pareja de la madre de familia y el nivel de disfuncionalidad; hubo diferencias estadísticamente significativas, ya que el nivel de significancia fue de 0.004, 0.007, 0.008, 0.021, 0.25, 0.007, 0.009, 0.001, 0.002, 0.002, 0.027, 0.023, 0.031 y 0.022 respectivamente el cual es menor que 0.05.

Test Statistics^b

	COEFICIENTE ADHDT PUNTAJE TOTAL SEGÚN LOS PADRES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - COEFICIENTE ADHDT, PUNTAJE TOTAL SEGÚN LOS PADRES ANTES DE LA INTERVENCIÓN	HIPERACTIVIDAD ADHDT PUNTAJE PARCIAL SEGÚN LOS PADRES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - HIPERACTIVIDAD ADHDT PUNTAJE PARCIAL SEGÚN LOS PADRES ANTES DE LA INTERVENCIÓN	INATENCIÓN ADHDT PUNTAJE PARCIAL SEGÚN LOS PADRES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - INATENCIÓN ADHDT PUNTAJE PARCIAL SEGÚN LOS PADRES ANTES DE LA INTERVENCIÓN
Z	-2.860 ^a	-2.713 ^a	-2.672 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004	.007	.008

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^b

	ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR NIÑO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR-NIÑO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR ESCOLAR-NIÑO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 1 A LOS 8 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR ESCOLAR-NIÑO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR ESCOLAR-NIÑO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR ESCOLAR-NIÑO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR ESCOLAR-NIÑO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 3 AL MES - ÍNDICE DE BIENESTAR ESCOLAR-NIÑO ANTES DE LA INTERVENCIÓN		
Z	-2.316 ^a	-2.236 ^a	-2.678 ^a	-2.615 ^a		
Asymp . Sig. (2-tailed)	.021	.025	.007	.009		
	ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 1 A LOS 8 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 3 AL MES - ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 1 A LOS 8 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 3 AL MES - ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR DE PAREJA-MADRE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 3 AL MES - ÍNDICE DE BIENESTAR DE PAREJA-MADRE ANTES DE LA INTERVENCIÓN
Z	-3.213 ^a	-3.078 ^a	-3.025 ^a	-2.213 ^a	-2.267 ^a	-2.154 ^a
Asymp . Sig. (2-tailed)	.001	.002	.002	.027	.023	.031

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^b

	NIVEL DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - NIVEL DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR ANTES DE LA INTERVENCIÓN
Z	-2.288 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.022

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

A partir del análisis estadístico obtenido de la prueba de Wilcoxon las variables:

a) Puntaje parcial de la prueba ADHDT- impulsividad, no tuvo diferencias estadísticamente significativas dado que el nivel de significancia fue 0.072 respectivamente el cual es mayor al 0.05.

Test Statistics^b

	IMPULSIVIDAD ADHD PUNTAJE PARCIAL SEGÚN LOS PADRES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - IMPULSIVIDAD ADHD PUNTAJE PARCIAL SEGÚN LOS PADRES ANTES DE LA INTERVENCIÓN
Z	-1.798 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.072

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

b) En los índices de bienestar personal y de pareja de la madre respecto a la sesión antes de la intervención y la segunda y primera sesión según sea el caso, no tuvo diferencias estadísticamente significativas dado que el nivel de significancia fue 0.055, 0.915 y 0.064 respectivamente el cual es mayor al 0.05.

Test Statistics^b

	ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR DE PAREJA-MADRE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 1 A LOS 8 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR DE PAREJA-MADRE ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR DE PAREJA-MADRE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR DE PAREJA-MADRE ANTES DE LA INTERVENCIÓN
Z	-1.921 ^a	-.106 ^a	-1.854 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.055	.915	.064

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

c) En los índices de bienestar personal y familiar del niño/paciente correspondiente, antes de cada intervención y después de éstas, no hubo diferencias estadísticamente significativas dado que el nivel de significancia fue 0.162, 0.056, 0.621, 0.686 y 0.215 respectivamente el cual es mayor al 0.05.

Test Statistics^b

	ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL -NIÑO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 1 A LOS 8 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL -NIÑO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL -NIÑO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL -NIÑO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL -NIÑO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 3 AL MES - ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL -NIÑO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR- NIÑO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 1 A LOS 8 DIAS - ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR- NIÑO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR- NIÑO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 3 AL MES - ÍNDICE DE BIENESTAR FAMILIAR- NIÑO ANTES DE LA INTERVENCIÓN
Z	-1.399 ^a	-1.912 ^a	-.494 ^a	-.404 ^a	-1.241 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.162	.056	.621	.686	.215

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

d) En las pruebas realizadas por el sistema L.I.F.E. en cuanto al TDA no hubo diferencias estadísticamente significativas dado que el nivel de significancia fue 0.281, 0.293 y .570 respectivamente el cual es mayor al 0.05.

Test Statistics^b

	L. I. F. E. PRUEBA DE TDA/CEREBRO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 1 A LOS 8 DIAS - L.I.F.E. PRUEBA DE TDA/CEREBRO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	L.I.F.E. PRUEBA DE TDA/CEREBRO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - L.I.F.E. PRUEBA DE TDA/CEREBRO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	L.I.F.E. PRUEBA DE TDA/CEREBRO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 3 AL MES - L.I.F.E. PRUEBA DE TDA/CEREBRO ANTES DE LA INTERVENCIÓN
Z	-1.079 ^a	-1.051 ^a	-.569 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.281	.293	.570

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

e) En las pruebas realizadas por el sistema L.I.F.E. en cuanto al TDAH no hubo diferencias estadísticamente significativas dado que el nivel de significancia fue 0.363, 0.426 y 0.164 respectivamente el cual es mayor a 0.05.

Test Statistics^c

	L.I.F.E PRUEBA DE TDAH/CEREBRO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 1 A LOS 8 DIAS - L.I.F.E. PRUEBA DE TDAH/CEREBRO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	L.I.F.E. PRUEBA DE TDAH/CEREBRO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 2 A LOS 15 DIAS - L.I.F.E. PRUEBA DE TDAH/CEREBRO ANTES DE LA INTERVENCIÓN	L.I.F.E PRUEBA DE TDAH/CEREBRO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN 3 AL MES - L.I.F.E. PRUEBA DE TDAH/CEREBRO ANTES DE LA INTERVENCIÓN
Z	-.909 ^a	-.796 ^b	-1.392 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.363	.426	.164

a. Based on positive ranks.

b. Based on negative ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

TABLAS 32 y 33. Muestra las medias de los puntajes obtenidos en las variables de Déficit de Atención (DA) y Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH).

Num de sesión.	Medias de los puntajes obtenidos en DA
Primera sesión	51.93
Segunda sesión (a los 8 días)	56.2
Tercera sesión (a los 15 días)	58.93
Cuarta sesión (al mes)	58

Num de sesión.	Medias de los puntajes obtenidos en DAH
Primera sesión	65.73
Segunda sesión (a los 8 días)	61.4
Tercera sesión (a los 15 días)	75.6
Cuarta sesión (al mes)	58.6

RESULTADOS CUALITATIVOS: DESCRIPCIÓN DE LOS CAMBIOS EN LOS PACIENTES.

Se describen los cambios que los integrantes de familia reportaron después de la intervención con el sistema L. I. F. E; cambios en la casa, la escuela y otros ámbitos sociales.

CASO 1:

En este primer caso se reportaron los siguientes cambios: en casa ayudó a realizar la limpieza de su cuarto, se le notó con más ánimo e incitativa; así como el mismo se reportó con menos ansiedad e impulsividad y un poco más de paciencia. Respecto a la escuela se reportó que se tuvo más iniciativa para realizar la tarea, habló con mas personas e hizo un amigo, mejor organización en los cuadernos. Emocionalmente la madre lo notó más independiente de ella, dado que ya no le pedía opinión para poder tomar alguna decisión.

CASO 2:

En este caso se reportaron pocos cambios; dado que el paciente durmió más de lo acostumbrado. Sin embargo se le notó más relajado, dejó de pelear con el hermano y mostró un poco mas de interés en la escuela.

CASO 3:

Los cambios reportados fue que lo notaron más tranquilo, ayudó a las labores domésticas, ayudó a ordenar su cuarto, peleó menos con sus hermanos. Comenzó a realizar sus tareas, más limpias en cuanto a la presentación de éstas, así como de otros trabajos escolares. Notaron más organización en cuanto a sus cuadernos escolares a si como la planeación para la elaboración de sus tareas y otras labores.

CASO 4:

En este caso se reportó que el paciente ayudó a las labores domésticas, se mostró más obediente en cuanto a las peticiones de los padres, comenzó a realizar sus trabajos y participar en las actividades escolares. Se le notó menos platicador en clase y en la escuela en general.

CASO 5:

Este caso los padres reportaron cambios en su hijo en cuanto a ser menos contestón, más obediente, más tranquilo. Con iniciativa para realizar las tareas, más empeño al realizar los trabajos escolares, más atención en las escuela. Menos agresivo en la escuela y en casa con los hermanos.

CASO 6:

En este caso los reportes que se dieron fue que se notó al paciente con más iniciativa para hacer las tareas, compartió y enseñó los cuadernos de la escuela con la madre, lo que tuvo como resultado una mejora en cuanto la relación madre-hijo, dado que se pudieron comunicar y llevar mejor.

CASO 7:

En este caso se refirió cómo cambió que se había notado al paciente menos cansado, más obediente, tranquilo y que vio menos televisión. Respecto a la escuela puso un poco más de atención, participó en clases. Y un cambio notado por los amigos fue su falta de interés por jugar fútbol.

CASO 8:

En este caso la mamá reportó pocos cambio al solo verlo más tranquilo, sin embargo el paciente reconoció que se sentía más tranquilo menos peleonero y que había dejado de juntarse con los compañeros del salón con quienes se juntaba.

CASO 9:

En este caso un cambio fue el notar al paciente con más energía, más alegre, más atento, con menos pena. Así como la modificación en su forma de alimentarse y su comunicación, ya que la mayoría de los integrantes de la familia refirieron que se comunicó más, dado que empezó a platicar con ellos de sus cosas personales y de la escuela.

CASO 10:

En este caso los cambios mostrados fueron que se notó al paciente más alegre, con más energía, menos sueño y cansancio. Respecto a la escuela se notó más iniciativa y empeño al realizar las tareas y trabajos escolares y con más creatividad para poder realizarlos. Un cambio físico que reportó el paciente es el haberle desaparecido un dolor de espalda que tenía por las noches.

CASO 11:

Este caso es un caso diferente a los demás dado que tiene un daño orgánico a nivel cerebral. Sin embargo, se reportaron los siguientes cambios dejó de gritar, durmió mejor, permaneció más tiempo sentada, ya no trató de esconderse y que dejó de sacar a las visitas que llegaban a casa.

CASO 12:

En este caso se reportó que la comunicación entre madre hijo había mejorado, que el paciente ya hablaba mas, mejoró la confianza y la comunicación en la familia. Respecto a la escuela se notó con más iniciativa para realizar las tareas, subió de promedio en el bimestre y trabajó más en la escuela. Además de que ayudó a las labores domésticas, lavó su tenis y su mochila él solo, se calentó y se sirvió solo de comer, recogió su cuarto.

CASO 13:

En este caso se notó a la paciente con más atención, más ganas de estudiar, más tranquila, con más seguridad. En la escuela pudo comprender más la materia de matemáticas y de música.

CASO 14:

En este caso no se reportaron cambios al contrario se notó más distraído, más enojón y desobediente.

CASO 15:

En este caso se reportó que ayudó a las labores domésticas, mejoró la relación con la abuela, se le notó menos enojón, menos flojo. Aumentó de promedio en algunas materias. Así mismo, mostró menos interés en cuanto a la vestimenta que usaría en el día.

A continuación se muestra una tabla con los cambios categorizados y la frecuencia con que fueron reportados por los padres de familia o por los mismos pacientes (Ver tabla 34).

TABLA 34. CAMBIOS REPORTADOS POR CATEGORIA Y SU FRECUENCIA.

CAMBIOS REPORTADOS	FRECUENCIA
Labores domésticas/ limpiar su cuarto	5
Más ánimo	2
Más iniciativa	5
Más tranquilidad	7
Más paciente	1
Realizó tareas escolares	6
Más independencia	1
Más relajado	1
Menos peleas en la familia	4
Más organizado	2
Más obediente	3
Mejor interacción y comunicación en la familia	3
Más atento	4
Más alegre	2
Más energía	1
Menos pena	1
Durmió mejor	1

6.4 Discusión

De acuerdo a los resultados de la investigación realizada podemos observar las principales características de las 15 familias atendidas, la primera es el ciclo vital de la familia en el que se encuentran, que es el de matrimonio con hijos adolescentes e hijos en edad escolar. La cual de inicio es una etapa que se puede considerar de muchos cambios y por ello un tanto problemática. Dado que la interacción con otros sistemas se hace más frecuente, en este caso se podría incluir la escuela y las otras familias de los compañeros de clases, etc. (Montalvo, 2009). Además de los cambios fisiológicos experimentados por cada paciente, sus intereses personales y profesionales, los cuales pueden no ser aprobados por los demás integrantes de la familia.

Respecto a las disfuncionalidades familiares propuestas por Minuchin podemos encontrar que en las familias entrevistadas coincidían algunas las siguientes interacciones: límites difusos en los holones conyugal, parental, fraternal y límites difusos al exterior. Jerarquía que recaía en las madres de familia. Centralidad negativa que recaía en el hijo mayor el cual en la mayoría de los casos es el paciente identificado.

La no existencia de alianzas parentales. Conflictos entre la madre-padre, el hijo con la madre padre y hermano. Además de sobreinvolucramiento con alguno de los hijos, regularmente el mayor.

Lo anterior podemos contrastarlo con la investigación realizada por Sandler, E., Amarante, M., De Valle, G. y Montalvo, J. (en Montalvo, 2009), en la que evaluaron la estructura familiar de 88 familias de las cuales 44 tenían paciente identificado y 44 sin paciente identificado. Observando las siguientes similitudes en la estructura familiar del grupo con paciente identificado: centralidad negativa que recaía en el hijo mayor, conflictos entre padre-madre, hijo-madre-padre; sobreinvolucramiento con alguno de los hijos, límites al exterior difusos. Disfuncionalidades que coinciden con las estructuras familiares identificadas en las 15 familias entrevistadas en esta investigación.

Otra investigación con la que podemos comparar las estructuras familiares es la realizada por Montalvo (2009) en el cual probaron la eficacia de la Retroalimentación Estructural Familiar (REF) para generar cambios en la estructura familiar, la cual ya fue mencionada en el capítulo 3. En la cual hallaron las siguientes disfuncionalidades en las estructuras familiares: límites difusos en los holones conyugales, parentales, fraternos y al exterior; jerarquía que recaía en la madre, centralidad negativa en el hijo mayor, no alianzas parentales y conflictos entre la madre-padre e hijos y entre hermanos. Disfuncionalidades que también coinciden con las estructuras familiares identificadas en las 15 familias entrevistadas en esta investigación

Respecto a las similitudes encontradas en las familias en cuanto al manejo del TDAH y contrastándolo con el ciclo sintomático propuesto por Domínguez (2008) en el cual nos explica que cualquier conducta emitida por el paciente, puede ser tomada por los padres como algo negativo, las respuestas de la familia ante esta situación, suelen ser críticas (centralidad negativa=niño problema), lo cual genera pensamientos de incapacidad en el niño, lo cual sumado con la no práctica hace que las conductas se mantengan y se conviertan en un hábito.

La similitudes dentro de las familias entrevistadas que los hijos al ser centrales negativos también es del que más se habla de más problemas lo cual pasa a formar parte de este ciclo sintomático en el que las críticas o castigos favorecen a la repetición del síntoma en diferentes contextos, lo cual solo favorece a que los pacientes sean identificados o “etiquetados”.

Una característica más identificada en las familias entrevistadas, es que los padres de familia sólo son proveedores y que no cooperan en la educación de los hijos; lo cual nos permite ubicarlos dentro de una disfuncionalidad, la periferia, que al no serlo totalmente por las siguiente intervención los convierte en semiperiféricos: al haber algún conflicto o deficiencia académica se culpa a la madre de las fallas o errores. Así como también se podría decir que son esposos que en sus creencias “el papel de la mujer sigue siendo dedicada al hogar y por ende a los hijos, es decir, amas de casa”.

En cuanto a las variables de Bienestar Psicológico tanto del joven como de la madre en los distintos contextos, en todos los casos hubo incrementos, aunque no todos con diferencias estadísticamente significativas, este tipo de variables puede ser influido por múltiples factores por lo que no se puede concluir que sus cambios se deban únicamente a las variables independientes, sin embargo es una línea de investigación a seguir en futuros trabajos parecidos a éste.

Otro punto a discutir son las medias de los puntajes evaluados de DA Y DAH por el sistema, comparadas con las medias de los puntajes totales de las prueba ADHDT, las cuales muestran un decremento después de tres sesiones, a excepción de una medición de DAH que puntúa a 75.6; considerando que tanto para el sistema LIFE como para la prueba es necesario obtener arriba de 75 puntos para ratificar el diagnóstico de TDAH.

Lo cual podría explicar el no decremento y la no diferencia estadísticamente significativa del TDAH evaluado; descartando la creencia de los maestros acerca de los alumnos que se consideraron como pacientes con tal diagnóstico, dado que no puede haber una modificación sin no hay trastorno. No omitiendo que el sistema LIFE evalúa tal trastorno sin saber que mide, tomando en cuenta que el paciente posee sus propios funcionamientos biológicos.

Respecto al sistema L. I. F. E., es importante mencionar que es un sistema de equilibrio energético, en el cual no tenemos otras investigaciones para poder comparar los resultados en cuanto a los efectos en la estructura familiar. Sin embargo, esta es una investigación exploratoria, en la cual trataremos de dar una explicación a lo que mide y a los resultados que se obtuvieron en cuanto a su aplicación a los pacientes y los cambios reportados por ellos mismos y sus familias.

Mencionamos esto debido a que en las variables evaluadas por el sistema Déficit de Atención (DA) y Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH), no mostraron cambios estadísticamente significativos, lo cual podemos explicarlo con el uso o la conceptualización propuesta por Charles (2009) de la Pausa

Regenerativa Ultradiana, la cual es entendida como el estado en el que la mente y el cuerpo están fluctuando el cual provoca la disminución del nivel mental; reconociéndola por las siguientes características: rasgos faciales que denotan relajación y tranquilidad, bostezos, suspiros, estiramientos o movimientos, baja de actividad y desatención hacia el mundo exterior, por ello es común olvidos, errores por distracción y accidentes.

Entendiendo como Ritmos Ultradianos, ciclos que se repiten a lo largo del día, que se dan aproximadamente cada 90 a 120 minutos, los cuales cumplen con la función de regular la actividad y la restauración a lo largo de la mente y del cuerpo, con una duración aproximada de 20 min. Periodo en el cual el cuerpo recarga rápidamente las reservas de energía en la hipófisis y el hipotálamo, de modo que podamos funcionar nuevamente al máximo durante la fase activa de nuestros ritmos básicos de actividad (Charles, 2009. Pág. 47).

Lo mencionamos debido a que la variabilidad de los puntajes en las variables DA y DAH no muestran un decremento, que en cierto momento fue algo esperado, pero si una tendencia a permanecer después de ya un cambio realizado. Entonces si el sistema LIFE, evalúa el aquí y el ahora no precisamente podemos evaluar al paciente cuando se encuentre en el PRU, si no que al llegar al consultorio los factores ambientales pueden influir en la puntuación de este, debido a que se encuentra en los ritmos básicos de actividad.

Entonces si consideramos que las exigencias ambientales de traslado al consultorio; es necesario que el paciente se encuentre en el proceso de actividad básica. Por ello es posible considerar que al momento de evaluar al paciente este no se encuentre en esos 20 minutos que dura la PRU.

Sin embargo, es posible correlacionar el equilibrio energético con cambios en diferentes niveles, por ejemplo los índices de bienestar y las interacciones familiares. Por otro lado es necesario que se tome en cuenta que este sistema no está fabricado para medir conductas, emociones o trastornos orgánicos, sino más

bien fue fabricado para evaluar el cuerpo a nivel energético de la persona en el aquí y el ahora.

No sabemos qué pasaría si estas variables (TDA y TDAH) las continuáramos evaluando en un seguimiento más largo y/o qué pasaría si se siguieran haciendo intervenciones terapéuticas. Tal vez mostrarían una tendencia a disminuir o a aumentar o de algún otro tipo. En todo caso es algo que habría que seguir investigando en futuros trabajos relacionados.

Y aunque esta es una investigación de índole exploratoria, por ser la primera investigación de este tipo, suponemos que el equilibrio energético dentro de esta investigación puede correlacionarse con diferentes variables por ejemplo los cambios mostrados en las estructuras familiares, los cambios cualitativos descritos por los pacientes y sus familiares y los cambios en los índices de bienestar personal, familiar escolar y de pareja en los padres de familia. Además de poder considerarlo como una herramienta útil dentro de la terapia psicológica, principalmente para el Enfoque Sistémico.

6.5 Conclusiones.

A modo de conclusión consideramos que las familias entrevistadas, que en otras investigaciones se caracterizan con paciente identificado, coinciden en patrones disfuncionales, reconociendo que también todas poseen la característica de poder realizar cambios en los modos de interaccionar, lo cual mostró cambios en el nivel de disfuncionalidad.

Así como también consideramos que el equilibrio energético favoreció en al menos un cambio en cualquier de los niveles en los que evalúa y equilibra. Considerando que al ser una investigación exploratoria tenemos la capacidad de correlacionar los cambios con los efectos del equilibrio energético.

Sin embargo, no podemos restarle importancia al efecto de las técnicas utilizadas como intervención en la estructura familiar, de las cuales destaca el uso de REF, el reencuadramiento y la externalización del síntoma, entre otras.

Respecto al sistema L. I. F. E., lo podemos considerar como una herramienta de ayuda para favorecer los cambios en los pacientes, combinado con la terapia psicológica desde el enfoque sistémico. Debido a que puede facilitar y promover la utilización de nuevas tecnologías para hacer más efectiva y potencializar la terapia psicológica.

Considero que el objetivo de la investigación fue cubierto dado que se identificó, por medio de las evaluaciones realizadas, que las estructuras familiares de los pacientes eran disfuncionales, además de que en algunos casos se comprobó que la interacción familiar estaba más relacionada con el TDAH, según el clico sintomático de Domínguez (2008).

Debido al tipo de investigación realizada, exploratoria, considero que para próximas preguntas de investigación se podrían tomar en cuenta las siguientes variables:

- ❖ Evaluar los efectos de la aplicación del sistema LIFE, a uno o ambos padres de familia, en la estructura familiar

- ❖ Evaluar los efectos a largo y/o mediano plazo de la aplicación del sistema LIFE.
- ❖ Correlacionar los efectos del sistema LIFE con cambios en las interacciones en diferentes contextos, escuela, círculos sociales, sitios recreativos/culturales, etc.
- ❖ Comparación de los efectos del sistema LIFE entre género masculino/femenino, debido a la variación en esta muestra.
- ❖ Correlacionar las diferentes formas de evaluar el TDAH con la evaluación que hace el sistema LIFE.

BIBLIOGRAFÍA

- Amarante, M; Sandler, E. y Del Valle, G. (2003). **“Comparación de la Estructura de las Familias con Paciente Identificado y sin Paciente Identificado Basada en el Modelo Estructural y de Soluciones”**. Tesis de Maestría. Instituto Milton H. Erickson de Monterrey, Monterrey N. L.
- Ángeles, E. y Ortiz, M. (2000). **“Evaluación de la REF como Técnica de Intervención Terapéutica en la Asistencia Psicológica”**. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Edo. Méx., México:
- Arroyo, F. (2009). **“Aplicación y Evaluación de Equilibrio Energético como Herramienta Complementaria en el Trabajo del Terapeuta Clínico a través del Biofeedback”**. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Edo. Méx., México
- Charles, R. (2009). **“La hipnosis Ericksoniana- Sistémica en el trabajo Psico-educativo con grupos. Un estudio demostrativo de efectividad”**. 2 da. Edición actualizada. México: Monterrey, N. L.: Cree-ser.
- Domínguez, J. (2008). **“TDAH. La Terapia Breve Sistémica en el Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Un Modelo Bio-psico-social sistémico”**. México: Monterrey, N. L.: Cree-ser.
- DSM IV (2004). **“Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV”**. En: <http://www.manualespdf.es/manual-dsm-iv/>
- Equiluz, L. (2004). **“Terapia Familiar su Uso Hoy en Día”**. México: Distrito Federal: Pax.
- Fernández, R. y Carrobles, J. (1981). **Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones**. Pirámide
- García, J. (2000). **“Estructura Familiar del Menor Infractor en el Estado de México: Un Enfoque Sistémico”**. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Edo. Méx., México.
- Guilliem, J. **“Examiners Manual. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Test. A Method For Identifying Individuals With AAHD”**. Texas: Austin.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1990). **Técnicas de Terapia Familiar**. México: Paidós.

Minuchin, S. (1986). **Familias y Terapia Familiar**. México: Gedisa.

Minuchin, S. (1967). **Families of the slums: an exploration of their structure and treatment**. Basic Books, N. Y.

Montalvo, J. (2009). **Terapia Familiar Breve**. México: Trillas.

Montalvo y Soria (2004). Guía de entrevista para identificar la estructura familiar. En: Montalvo, J. (2009). **Terapia Familiar Breve**. México: Trillas.

Moreno, A. Álvarez, M. Lobato, D. (2010). Febrero- Marzo. Déficit de Atención e Hiperactividad en Adultos y Niños. Una revisión. Párrafo 4. 11 Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en:
<http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/849/1/11cof2445694.pdf>

Myss, C. (2005). **“Anatomía del Espíritu”**. Traducción por Amelia Brito. Ediciones B. España.

PAPIME (2009). “Diseño y construcción de estrategias de supervisión para nuevos terapeutas familiares: Evaluación del papel de la familia y del equilibrio energético en pacientes con TDA”. PE306209, DGAPA, UNAM.

Planck, M. (1900). **Biografía Max Karl Ernest Ludwing Planck**. En:
http://www.astrocosmo.cl/biografi/b-m_planck.htm

Stabio, S.A. (2010). **Febrero-Marzo ¡Todos con Add! 11 Congreso Virtual de psiquiatría**. Disponible en:
<http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/849/1/11COF945297.pdf>

Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1997). **“Teoría de la Comunicación Humana”**. Edit. Herder. Barcelona.

Web: <http://www.quantum-life.com>

Anexo I

Guía de entrevista para identificar la estructura familiar

(Montalvo y Soria, 2004)

Datos demográficos

Entrevistado (s)

Edad: _____ ocupación: _____

Escolaridad: _____

Carrera: _____

Edo. Civil: _____

Religión: _____

QUEJA: _____

CON QUIENES VIVE:

Parentesco	Nombre	Edad	Ocupación	Escolaridad	Estado Civil

I. JERARQUÍA

- 1) ¿Quién toma la mayoría de las decisiones en casa?
- 2) ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe y no hacer en casa?
- 3) ¿Quién las hace respetar?
- 4) ¿Quién decide lo que se premia y/o castiga?
- 5) ¿Quién premia o castiga?
- 6) No estando los padres ¿Quién toma las decisiones, premia, castiga, etc.?

II. CENTRALIDAD

- 1) ¿Hay algún miembro de la familia de quien se tienen más quejas?
- 2) ¿Quién?
- 3) ¿Por qué?
- 4) ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable más positivamente?
- 5) ¿Quién?
- 6) ¿Por qué?
- 7) ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable negativamente?
- 8) ¿Quién?
- 9) ¿Por qué?
- 10) ¿Hay algún miembro de la familia que se destaque más en algún aspecto en relación con los otros?
- 11) ¿Quién y en qué?
- 12) ¿Hay algún miembro de la familia alrededor del cual giren la mayoría de las relaciones familiares?
- 13) ¿Quién y por qué?

CONCLUSIÓN _____

III. PERIFERIA

- 1) ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca está en casa?
- 2) ¿Quién y por qué?
- 3) ¿Existe alguien que casi no participe en las relaciones familiares?
- 4) ¿Quién y por qué?
- 5) ¿Existe alguien que no se involucre en la resolución de los problemas familiares?
- 6) ¿Quién y por qué?
- 7) ¿Existe alguien que nunca o casi nunca da opciones respecto a los asuntos de la familia?
- 8) ¿Quién y por qué?

CONCLUSIÓN _____

IV. LÍMITES Y GEOGRAFÍA

A. Subsistema Conyugal

- 1) ¿Mamá está siempre interesada en conocer y compartir en casi todas las actividades que realiza papá y viceversa?
- 2) ¿Cómo demuestran lo anterior?
- 3) ¿Papá y mamá tiene amistades en común?
- 4) ¿Papá y mamá tienen amistades personales por separado?
- 5) ¿Existe algún problema con relación a lo anterior? ¿Cuál?

B. subsistema parental-hijos.

- 1) ¿Papá y mamá discuten en presencia de los hijos?
- 2) ¿Alguno de los padres comenta con algún (os) hijo (s) sus problemas conyugales?
- 3) ¿Los hijos saben lo que deben y no hacer la mayoría de las veces?
- 4) ¿Los hijos saben, la mayoría de las veces, por cuáles comportamientos pueden ser premiados o castigados?
- 5) ¿Las reglas con relación a lo que se debe hacer y no son explicadas verbalmente a los hijos?
- 6) ¿cada hijo sabe o no cuáles son sus actividades o funciones en la familia?
- 7) ¿Ambos padres saben o no cuáles son las actividades o funciones que deben desempeñar cada uno de sus hijos?
- 8) ¿Se acostumbra que los hijos tengan que contar a uno o a ambos padres todo lo relacionado con sus vidas?
- 9) ¿Hay diferencia o no con relación a los premios, castigos y reglas según la edad de los hijos?
- 10) ¿Se acostumbra que algún hijo premie, castigue, llame la atención, etc., a sus hermanos?

+

C. Al exterior.

- 1) ¿Existe alguna persona fuera de los padres que tenga que ver con la implementación de reglas, premios, castigos, etc.?
- 2) ¿Existe alguna persona a quien algún miembro de la familia consulta para la toma de decisiones? ¿a quién? ¿sobre qué?
- 3) ¿Existe alguna persona a la que algún miembro de la familia siempre este en contando lo que ocurre en la misma?
- 4) ¿Existe alguna persona fuera de la familia nuclear que intervenga en los problemas conyugales? ¿Quién?
- 5) ¿Qué tipo de relación tiene con los miembros de la familia como: pariente, amigos, vecinos, etc.?

D. Geografía.

- 1) ¿Cada miembro de la familia tiene su espacio personal? ¿Cuál? ¿Es respetado? ¿Quién no respeta el espacio de quién y cómo (Ejemplos)?
- 2) ¿Hay espacio compartido? ¿cuáles y de quién?
- 3) ¿Se respetan las propiedades individuales?
- 4) ¿Quién no las respeta y cómo?

CONCLUSIÓN:

LÍMITES CONYUGAL_____

LÍMITES PARENT-HIJOS_____

LÍMITES FRATERNAL_____

LÍMITES AL EXTERIOR_____

V. ALIANZAS

- 1) ¿Quiénes suelen unirse para obtener permisos, favores, dinero, que se haga algo etc.?

CONCLUSIONES_____

VI. COALICIONES

- 1) ¿Quiénes suelen unirse para castigar, dañar, atacar, perjudicial, desafiar, etc., a otro? ¿A quién o a quiénes?

CONCLUSIONES _____

VII. CONFLICTOS

- 1) ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre papá y mamá?
- 2) ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre papá y/o mamá con algún hijo? ¿Quién?
- 3) ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre hermanos? ¿Quiénes?
- 4) ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre algún miembro de la familia y otras personas? ¿Quiénes?

CONCLUSIONES _____

VIII. SOBREVOLUCRAMIENTO

- 1) ¿Existen miembros de la familia que se necesiten mutuamente para casi todo, todo se lo cuenten entre si, uno es el preferido del otro y viceversa, se protejan y cuiden en exceso mutuamente pelen y están en competencia muy frecuente? ¿Quiénes?

CONCLUSIONES _____

IX. PADRE EN FUNCIONES DE HIJO

- 1) ¿un padre se comporta frecuentemente como si fuera un niño o un adolescente se la pasa peleando y/o jugando con sus hijos, éstos no le obedecen, hace todo lo que le mande su cónyuge? ¿Quién?

CONCLUSIONES _____

Anexo II

ADHDT

Prueba de Desorden Déficit de Atención/ Hiperactividad

Un método para identificar individuos con ADHD

FORMA DE RESPUESTA

Nombre: _____

Domicilio: _____

Nombre de quien evalúa _____

Relación con el paciente _____

Examinador _____

Fecha de aplicación
Año _____ Mes _____ Día _____

Fecha de nacimiento
Año _____ Mes _____ Día _____

Edad
Año _____ Mes _____ Día _____

Sección II. Puntaje Total

Subpruebas	Puntaje Crudo	S	%	SEM
Hiperactividad	_____	_____	_____	1
Impulsividad	_____	_____	_____	1
Inatención	_____	_____	_____	1
Suma de puntajes estándar	_____	_____	_____	
Coefficiente ADHD	_____	_____	3	

Sección IV. Perfil de Puntajes

ADHDT Subpruebas ADHDT Compuesto Otras medidas de inteligencia, aprovechamiento o conducta

Puntaje de la subprueba	Hiperactividad	Impulsividad	Inatención	Coefficiente compuesto	Coefficiente AHO	Prueba _____				
-------------------------	----------------	--------------	------------	------------------------	------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Sección III. Guía de Interpretación

Puntaje de la	Coefficiente ADHD	Grado de Severidad	Probabilidad de ADHD
17-19	131+	Muy alta	
15-16	121 - 130	Alta	
13 - 14	111 - 120	Arriba del promedio	
8 - 14	90 - 110	Promedio	
0 - 7	80 - 89	Abajo del promedio	
4-5	70- 79	Baja	
1 - 3	- 69	Muy Baja	

↑ Alto
↓ Bajo

20				180						
19				155						
18				145						
17				140						
				135						
16	*	*	*	130	*	*	*	*	*	*
15	*	*	*	125	*	*	*	*	*	*
14	*	*	*	120	*	*	*	*	*	*
13	*	*	*	115	*	*	*	*	*	*
12	*	*	*	110	*	*	*	*	*	*
11	*	*	*	105	*	*	*	*	*	*
10	*	*	*	100	*	*	*	*	*	*
9	*	*	*	95	*	*	*	*	*	*
8	*	*	*	90	*	*	*	*	*	*
7	*	*	*	85	*	*	*	*	*	*
6	*	*	*	80	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	75	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	70	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	65	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	60	*	*	*	*	*	*
1	*	*	*	55	*	*	*	*	*	*

Encierre en un círculo su respuesta.

Conteste 0 si el comportamiento no es problema (el sujeto rara vez demuestra esta característica y no lo limita o impide su desarrollo, o si usted no ha tenido la oportunidad de observar este rasgo en el individuo).

Conteste 1 si el comportamiento es identificado como problema moderado (el sujeto a veces muestra este comportamiento y ocasionalmente le causa problemas e impide su desempeño).

Conteste 2 si el comportamiento indica un problema severo para este individuo (el sujeto muestra este comportamiento a menudo usualmente y le causa problemas e impide su desempeño). Favor de contestar todos los puntos en esta hoja.

Subprueba de Hiperactividad

	No es un problema	Problema moderado	Problema Severo
1. Es ruidoso	0	1	2
2. Constantemente está ocupándose	0	1	2
3. Corre, trepa, brinca en exceso	0	1	2
4. Se retuerce y contonea al estar sentado	0	1	2
5. Se exalta con facilidad	0	1	2
6. Toma objetos	0	1	2
7. Habla en exceso	0	1	2
8. Tiene dificultad para permanecer sentado	0	1	2
9. Constantemente manipula objetos	0	1	2
10. Inhabilidad para jugar en silencio	0	1	2
11. No puede estar quieto	0	1	2
12. Es agitado y desasosegado	0	1	2
13. Se retuerce	0	1	2
Suma de hiperactividad			

	No es un problema	Problema moderado	Problema Severo
14. Actúa antes de pensar	0	1	2
15. Cambia súbitamente de una actividad a la siguiente	0	1	2
16. No puede esperar su turno	0	1	2
17. Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2
18. Dice bruscamente las respuestas	0	1	2
19. Es impulsivo	0	1	2
20. Interrumpe conversaciones	0	1	2
21. Es intrusivo con los demás	0	1	2
22. No espera a recibir instrucciones	0	1	2
23. No puede seguir las reglas de los juegos	0	1	2
Suma de Impulsividad			

Subprueba de Inatención

	No es un problema	Problema moderado	Problema Severo
24. Tiene pobre concentración	0	1	2
25. No puede acabar los proyectos	0	1	2
26. Es desorganizado	0	1	2
27. Tiene una pobre habilidad de planeación	0	1	2
28. Es distraído	0	1	2
29. Es desatento	0	1	2
30. Tiene dificultad para seguir instrucciones	0	1	2
31. Tiene una breve amplitud de atención	0	1	2
32. Se distrae con facilidad	0	1	2
33. Tiene dificultad para seguir instrucciones	0	1	2
34. Tiene dificultad para mantener la atención	0	1	2
35. Tiene dificultad para completar las tareas	0	1	2
36. Pierde cosas con frecuencia	0	1	2
Suma de Inatención			

