



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 4 - 7 años

ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A (N)

Arturo Hernández Camacho

Director: Dr. Jaime Montalvo Reyna

Dictaminadores: Mtra. Carmen Susana González Montoya
Mtro. Ernesto Arenas Govea



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2011



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.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO 1. ENFOQUE SISTÉMICO	8
1.1 Origen	8
1.1.1 Características de los sistemas.....	9
1.2 Teoría de la comunicación humana.....	10
1.2.1 Axiomas de la comunicación	11
CAPITULO 2. ENFOQUE SISTÉMICO Y PSICOLOGÍA.....	13
2.1 Pioneros de la Terapia Familiar Sistémica	13
2.2 Modelos en Terapia Familiar.....	16
2.2.1 Modelo interaccional de Palo Alto.....	16
2.2.2 Modelo Estructural.....	17
2.2.3 Modelo de Milán.....	18
2.2.4 Modelo centrado en Soluciones	18
CAPITULO 3. MODELO ESTRUCTURAL	20
3.1 Concepción de la familia	20
3.2 Características de la estructura familiar	21
3.3 Simbología de la estructura familiar.....	23

CAPITULO 4. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	
TDAH	27
4.1 Definiciones de TDAH.....	27
4.2 Características del TDAH.....	28
4.3 Criterios de Diagnóstico.....	29
4.3.1 Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales cuarta edición (DSM IV).....	29
4.3.2 Attention Deficit/hyperactivity Disorder Test (ADHDT).....	31
4.3.3 Pruebas neurofisiológicas	32
4.4 Técnicas de intervención desde la perspectiva sistémica.....	33
CAPITULO 5. L.I.F.E SYSTEM (LIVING INFORMATION FORMS ENERGY). 36	
5.1 ¿Qué es un quantum?.....	36
5.2 L.I.FE. System y su funcionamiento.....	36
5.3 Programas del L. I. F. E. SYSTEM.....	37
CAPITULO 6. EVALUACIÓN DEL PAPEL DE LA FAMILIA Y DEL EQUILIBRIO ENERGÉTICO EN PACIENTES CON TDAH DE 4 – 7 AÑOS.....	
6.1 Equilibrio Energético y Estructura Familiar.....	42
6.2 Método	43
6.3 Resultados	47
6.3.1 Resultados de la identificación de la estructura familiar en la fase a antes de la intervención.....	49
6.3.2 Resultados de la identificación de la estructura familiar en la fase c después de la intervención.....	56

6.3.3 Cambios en la estructura familiar después de la intervención	63
6.3.4 Resultados cuantitativos de los puntajes en las pruebas ESAN Y ADHDT	64
6.3.5 Resultados cuantitativos de los puntajes arrojados por el sistema L.I.F.E. del TDA y TDAH.	73
6.4 Análisis inferencial	75
6.5 Resultados cualitativos por casos	79
DISCUSIÓN	82
CONCLUSIONES.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	91
ANEXOS.....	94

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el papel de la familia y del equilibrio energético en pacientes con TDA de entre 4 y 7 años, participaron 15 niños junto con sus familias con la única condición de que los niños estuvieran diagnosticados con TDA o TDAH. El procedimiento se dividió en cuatro sesiones: en la primera sesión se aplicó a los pacientes identificados la escala de síntomas de déficit de atención en niños y niñas mexicanos (ESAN), (Ortiz, 2007) y el test, Attention Deficit/hyperactivity Disorder Test (ADHDT) (Guillien,) a los padres, también se realizó la entrevista para la identificación de la estructura familiar de Montalvo y Soria (Montalvo, 2009), se obtuvieron los índices de bienestar personal, familiar, escolar a los pacientes y complementando, el índice de bienestar de pareja a los padres, por último se aplicó la retroalimentación energética por medio del sistema L.I.F.E.; en la segunda sesión, se preguntaron los índices de bienestar a los padres y al paciente, así como también los cambios notados, por último se realizó la segunda aplicación de la retroalimentación energética con el sistema L.I.F.E.; en la tercera sesión se realizó exactamente lo mismo que en la primera sesión, además de que se realizaron intervenciones como: connotación positiva, reencuadres, y técnicas de retroalimentación estructural familiar (REF); en la cuarta 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 sistema L.I.F.E.

Los resultados más relevantes obtenidos después de la intervención fueron un decremento en las puntuaciones del test y la escala de déficit de atención significativamente relevantes, se notó un aumento en los índices de bienestar de los padres y pacientes identificados después de la segunda sesión, los cuales se relacionan estrechamente con las mejorías reportadas por los padres respecto a las nuevas interacciones entre los integrantes de la familia y los cambios en la estructura familiar.

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

INTRODUCCIÓN

El siguiente reporte es resultado del trabajo realizado para la investigación, 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, que tiene como titular al Doctor Jaime Montalvo Reyna y se encuentra avalada por la Universidad Nacional Autónoma de México por medio del Programa de apoyo a Proyectos Institucionales, PAPIME de la DGAPA (2009-2010).

La muestra de este reporte de investigación cubre las edades de 4 a 7 años de los pacientes, quienes participaron junto con sus familias, estas edades son solo una parte de las que el proyecto de investigación general abarca.

Dentro de este reporte se presentan seis capítulos que muestran el marco teórico y los resultados de la investigación. El primer capítulo nos presenta los inicios de la terapia sistémica, basada en dos teorías principales, la teoría general de los sistemas de la cual se desprenden los tipos y sus características, la teoría de la comunicación humana de la cual se retoman los axiomas de la comunicación para posteriormente formar parte de los cimientos de la terapia sistémica y primordialmente en el trabajo con familias.

En el capítulo dos se abordan los primeros trabajos con familias dentro de la psicología, trabajos que no crearon por si solos la terapia sistémica pero que fueron precursores para desarrollar nuevas investigaciones enfocadas cada vez más hacia el ámbito familiar y a la creación de modelos de terapia. En este mismo capítulo se mencionan los modelos más importantes en terapia familiar como son: el modelo interaccional de Palo Alto, el modelo de Milán y el modelo centrado en soluciones, en los que destacan nombres como los de Milton Erickson, Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Mara Selvini, Luigi Boscolo, entre otros no menos importantes.

El tercer capítulo se centra en su totalidad en el modelo estructural creado por Salvador Minuchin, en este capítulo se hace una extensa revisión de las definiciones, características y estructura con la que cuenta una familia, es importante mencionar que éste es el principal modelo utilizado dentro de la Investigación ya que se tomaran en cuenta los principios, estrategias y formas de análisis de la familia, para el posterior análisis de los resultados obtenidos dentro de esta investigación.

El cuarto capítulo abarca una serie de definiciones sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o mejor conocido como TDAH, desde posturas como la psiquiátrica, médica y psico-social, también se trabaja con las características que algunas posturas postulan para el diagnóstico o detección del TDAH y sus posibles tratamientos. Dentro de unos de los apartados de este capítulo se mencionan algunas técnicas de intervención desde la perspectiva sistémica las cuales se utilizaron dentro de la intervención con los pacientes de la investigación.

El penúltimo capítulo nos habla sobre el sistema L.I.F.E. creado por Chris Kesser, nueva herramienta para el equilibrio energético del paciente, en este capítulo se aborda la definición de quantum, el funcionamiento del sistema y cuáles son los principales programas del sistema que se pueden aplicar a los pacientes asistentes a la investigación.

El último capítulo presenta los resultados obtenidos después de la aplicación de la intervención, también mencionada en este capítulo, los resultados fueron analizados a través de disfuncionalidades familiares y presentados como antes y después de la intervención por medio tablas, los resultados cuantitativos de las pruebas, de la aplicación del sistema L.I.F.E. y de los índices de bienestar de los pacientes y sus familias fueron representados mediante tablas, gráficas y análisis de estadísticos realizados con la ayuda del programa spss statistic 17.0.

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

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

Las principales características de los sistemas abiertos son las siguientes:

- 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 entender dicho dato o mensaje. 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 logro 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, señalo 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; creo 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 conyugues 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. Razonó 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

esquizofrenogena 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. 9-10).

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 el modelo es fundamento teórico de este trabajo, se detallará 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.

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?

Estos modelos juntos 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 gran 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 y en el MRI en Palo Alto California. 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 en (Eguiluz, 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 (citado en Eguiluz, 2004) 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 tendrá que 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).

Un punto importante dentro de esta concepción de familia, es la conformación básica de ésta, 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 si 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.



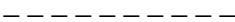



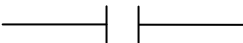
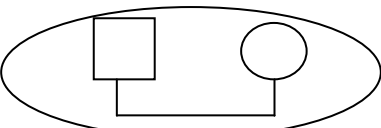
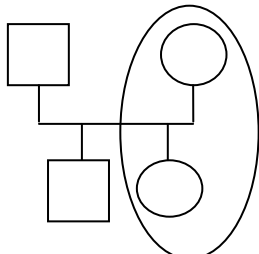
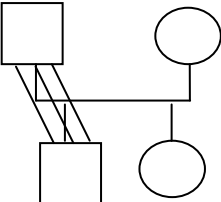
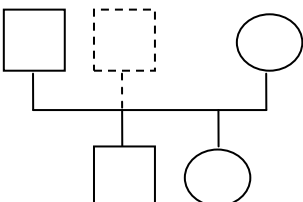
Montalvo (*op.cit*) nos da otras características que se pueden identificar dentro de la estructura familiar, dado que al momento de graficarlas nos permitirán realizar el análisis de las interacciones familiares. Que son las siguientes:

- 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 padres asume funciones parecidas a las de un hijo, es decir, se comporta como si fuera hermano de sus hijos, no tiene jerarquía y a veces ni 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. (Ver figura 1).

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

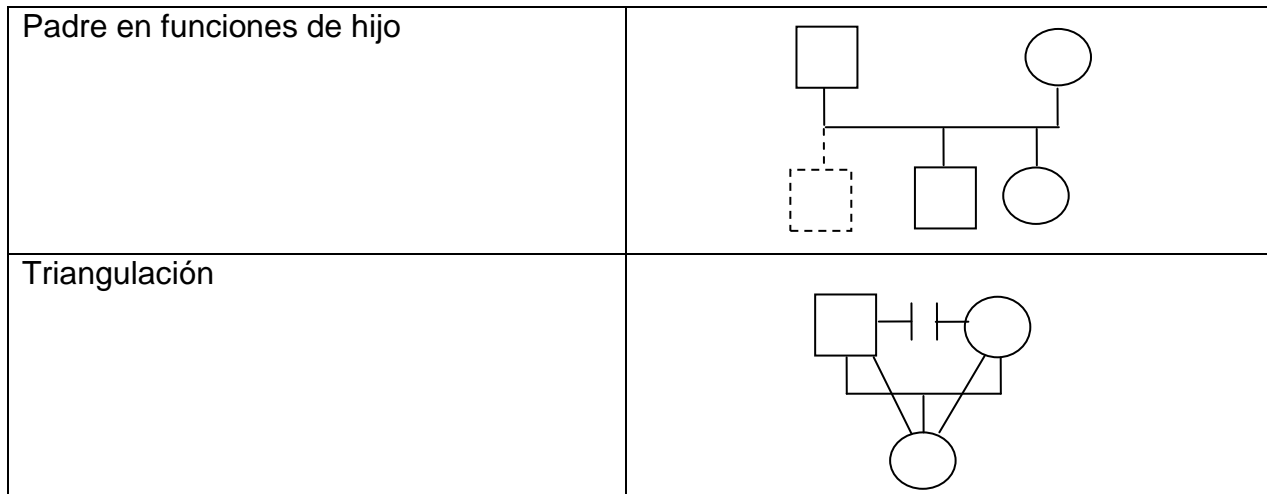


FIG. 1. Simbología de las interacciones familiares.

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.

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.

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 diferentes 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.

García (citado en Domínguez, 2008) menciona que el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el termino 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.

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, lo considera 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 2).

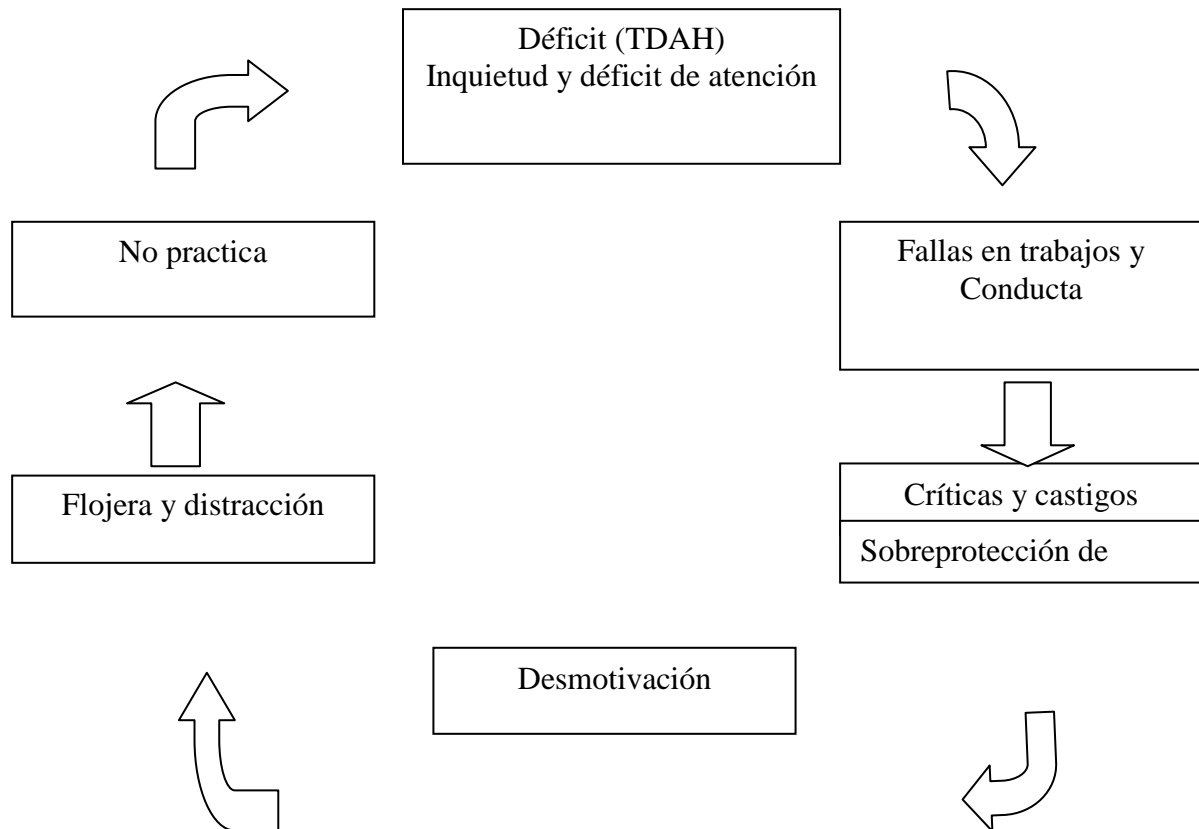


FIG. 2. Ciclo sintomático de TDAH

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 llegando 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 sub pruebas, 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 bioeléctrica 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, salvas 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.2006, 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 ésta: “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 quantums.

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 el programa 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/chakras
- 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 vertebra que conforman a la columna. Así como también se puede equilibrar zonas específicas del cuerpo donde sienta dolor el paciente.

Color/chakras

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 chakras 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 chakras 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.

Como ya se ha mencionado se realiza una evaluación para la identificación de la deficiencia energética, y tal como se menciona cada chakra desequilibrado tiene que ver con situaciones que el paciente puede estar viviendo y que están relacionadas con el desequilibrio.

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., entre los órganos que retroalimenta podemos encontrar cerebro, vesícula, órganos sexuales, 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 llamados meridianos, el bloqueo de estos canales genera una serie de síntomas que podemos observar en la pantalla.

El programa identifica el desequilibrio energético en los siguientes meridianos:

- 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 y tres tipos de retroalimentación. 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 de evaluación y de tratamiento para este trastorno. Tomando en cuenta los aspectos familiares, sociales y culturales, como lo plantea Domínguez en su libro "TDAH, un modelo bio-psico-social-sistémico", (2008).

CAPITULO 6. EVALUACIÓN DEL PAPEL DE LA FAMILIA Y DEL EQUILIBRIO ENERGÉTICO EN PACIENTES CON TDAH DE 4 – 7 AÑOS

6.1 Equilibrio Energético y Estructura Familiar.

Durante la evolución de la psicología la concepción de familia y la manera de trabajar con ella dentro del consultorio a cambiado y pasado por varios procesos para llegar a lo que hoy se conoce como terapia familiar y un factor importante para esta concepción es la que el enfoque sistémico le ha brindado al individuo a sus capacidades y potencialidades que en muchos de los casos no son reconocidas. Ante este criterio el enfoque sistémico y sus diferentes modelos, proponen y establecen ciertos criterios y/o parámetros para trabajar con el paciente identificado y a su vez lograr un cambio en la familia.

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) que únicamente provocan problemas dentro del entorno familiar.

El sistema L. I. F. E. proporciona un equilibrio energético al paciente, en este caso a un miembro de la familia considerado como problemático. Mediante la retroalimentación o biofeedback en tres áreas: física, emocional y espiritual el paciente puede generar cambios positivos en aspectos físicos, emocionales y relacionales, siendo estos últimos los más importantes y notorios dentro de esta investigación.

Debido a que las investigaciones relacionadas con el TDAH únicamente provienen de diagnósticos médicos, neurológicos, psiquiátricos o pediátricos y no de propuestas novedosas como el equilibrio energético, el objetivo de la presente investigación es evaluar el papel de las disfunciones familiares y analizar los efectos de la retroalimentación energética en niños de entre 4 y 7 años diagnosticado con TDAH.

6.2 Método

Muestra. Participaron 15 familias con un integrante de entre 4 y 7 años diagnosticado con TDAH o con posible TDAH, el supuesto diagnóstico puede ser hecho por médicos (pediatras, neurólogos) maestros o padres.

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

Materiales e instrumentos.

- Guía de entrevista para la identificación de la estructura familiar de Montalvo y Soria. (Montalvo, 2007). (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 desórdenes 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).
- Para complementar la categorización dada por los padres los pacientes identificados también califican sus propias conductas, por medio de la escala de síntomas de déficit de atención en niños y niñas mexicanos (ESAN), (Ortiz 2007), en donde al igual que en la prueba anterior se le presentan al individuo ciertas condiciones problemáticas, dando como respuestas una de las siguientes opciones: nunca, poco, regular, mucho y bastante (VER Anexo III).
- Escalas 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. Las escalas tendrán un valor del 0 como mínimo hasta 10 como el máximo índice de bienestar. Esta escala es considerada como autoreportes por Fernández y Carroble, (1981).
- La primera técnica de intervención utilizada es el reencuadramiento que tiene como objetivo hacer que la familia avance hacia un manejo eficiente de su realidad disfuncional, el terapeuta tiene que convencer a los miembros de la familia de que su realidad puede ser ampliada o modificada (Minuchin y fishman en Montalvo, 2009).

- La segunda técnica utilizada dentro de las sesiones es la connotación positiva, la cual hace referencia a una redefinición de una problemática en términos positivos, es decir la técnica consiste en hacer notar lo positivo de una conducta problema y la importancia que tiene la conducta y los miembros de la familia para que se lleve a cabo.
- Otra técnica utilizada dentro de la investigación es la retroalimentación estructural familiar (REF), Montalvo (2009), la cual consiste en mostrar el familiograma a las familias con el objetivo de explicar los fines terapéuticos estructurales y que observen gráficamente las interacciones disfuncionales dentro de sus familias. La técnica se evaluó en la investigación de Ángeles y Ortiz (2000) en la que tuvieron resultados positivos en la estructura familiar.

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), técnicas de intervención como: reencuadre, connotación positiva, REF.

Tipo de inv.

Aplicada, descriptiva-relacional

Diseño de investigación. ABCD cuasi experimental con grupo experimental.

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

(una respondida por los padres de familia y la otra por los niños), 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: la tercera sesión fue a los 15 días y 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 LIFE, la aplicación de la prueba ADHDT, el cuestionario ESAN y por último se realizaron intervenciones terapéuticas como son: el reencuadramiento, la connotación positiva y la REF.

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 encontrados relacionados con la estructura familiar antes y después de la intervención en 15 casos del grupo experimental.

En el grupo experimental se encontró que los pacientes identificados en 3 de los 15 casos son 2 hijos (20.0%), en 9 (60.0%) es el hijo mayor, y en los otros 3 (20.0%) es el hijo menor. Quien solicitó el servicio en la mayoría de los casos fue la madre sólo en un caso el padre fue quien lo hizo (Ver tabla 1).

TABLA 1: PACIENTE IDENTIFICADO

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Dos hijos	3	20.0
Hijo mayor	9	60.0
Hijo menor	3	20.0

Participaron 7 niños (46.7%) con la edad de 7 años, 5 (33.3%) con 6 años, 2 (13.3%) 5 años y 1 (6.7%) con 4 años (Ver tabla 2).

TABLA 2: EDADES DE LOS PARTICIPANTES

Edad	Frecuencia	Porcentaje
4	1	6.7
5	2	13.3

6	5	33.3
7	7	46.7

Dentro de los participantes se encontraban 7 (46.7%) en el segundo año de primaria, 5 (33.3%) en el primer año de primaria y 3 (20.0%) en el kínder (Ver tabla 3).

TABLA 3: GRADO ESCOLAR DE LOS PARTICIPANTES

Grado escolar	Frecuencia	Porcentaje
1º primaria	5	33.3
2do primaria	7	46.7
kínder	3	20.0

Las familias estuvieron conformadas de la siguiente manera: 3 familias conformadas por 2 integrantes (13.3%); 4 familias (26.7%) por 4 integrantes; 2 familias (13.3 %) por 5 integrantes; 2 (13.3%) por 7 integrantes; 3 familias (20.0%) por 9 integrantes; una familia (6.7%) por 10 integrantes y la ultima familia (6.7%) por 11 integrantes (Ver Tabla 4).

TABLA 4: NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Número de integrantes	Frecuencia	Porcentaje
3	2	13.3
4	4	26.7
5	2	13.3
7	2	13.3

9	3	20.0
10	1	6.7
11	1	6.7

6.3.1 Resultados de la identificación de la estructura familiar en la fase a antes de la intervención.

LÍMITES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

En 10 de los casos (66.7%), los límites en el subsistema conyugal fueron difusos, en 5 casos (33.3%) no había cónyuge (Ver Tabla 5).

TABLA 5: LÍMITES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

Tipos de límites	Frecuencia	Porcentaje
Difusos	10	66.7
No hay cónyuge	5	33.3

LÍMITES EN EL SUBSISTEMA PARENTAL

En el subsistema parental, los 15 casos (100.0%) tuvieron límites difusos.

LÍMITES EN EL SUBSISTEMA FRATERNO

En el subsistema fraterno en 4 casos (26.7%) hubieron límites claros y flexibles, en 11 (73.3%) fueron difusos (Ver Tabla 6).

TABLA 6: LÍMITES EN EL SUBSISTEMA FRATERNO

Tipos de límites	Frecuencia	Porcentaje
Claros y Flexibles	4	26.7

Tipos de límites	Frecuencia	Porcentaje
Difusos	11	73.3

LÍMITES AL EXTERIOR

Al exterior se encontró que en los 15 casos (100.0%) hubieron límites difusos

JERARQUÍA

En 13 casos (86.7%) la madre tuvo la jerarquía, en 1 casos (6.7%) sólo el padre, y en 1 (6.7%) la jerarquía fue de abuelo (a) (Ver Tabla 7).

TABLA 7: MIEMBROS DE LA FAMILIA EN QUIENES RECAÍA LA JERARQUÍA

Miembros de la familia	Frecuencia	Porcentaje
Padre	1	6.7
Madre	13	86.7
Abuelo (a)	1	6.7

COALICIONES

Se encontraron 5 casos (33.3%) en los que no se presentaron coaliciones, en 2 (13.3%) coaliciones madre-hijo contra el padre (6.7%), en 3 (20.0%) coaliciones padre-hijo contra madre, en 2 (13.3%) hermanos contra hermano, en 2 (13.3%) abuelo (a)-nieto contra madre o madre y el último caso (6.7%) madre-hijo contra padre y padre-hijo contra madre (Ver Tabla 8).

TABLA 8: TIPOS DE COALICIONES ENCONTRADAS

Tipos de coaliciones	Frecuencia	Porcentaje
No hay	5	33.3
Madre - hijo vs padre	2	13.3
Padre – hijo vs madre	3	20.0
Hermanos vs hermano	2	13.3
Abuelo-nieto vs M o P	1	6.7
M-H vs P y P-H vs M	2	13.3

HIJO PARENTAL

En 12 casos (80.0%) no hubo hijo parental, mientras que en 3 casos (20.0%) fue el hijo mayor (Ver Tabla 9).

TABLA 9: HIJO PARENTAL

Miembros de la familia	Frecuencia	Porcentaje
Hijo mayor	3	20.0
No hay	12	80.0

PADRE EN FUNCIÓN DE HIJO

Sólo en un caso (6.7%) se presentó padre en función de hijo, en el resto no hubo (93.3%) (Ver tabla 10).

TABLA 10: PADRE EN FUNCIÓN DE HIJO

Miembros de la familia	Frecuencia	Porcentaje
No hay	14	93.3
Padre en f. de3 hijo	1	6.7

CENTRALIDAD POSITIVA

En 7 de los casos (46.7%) no hubo, en 8 (53.3%) fue el hijo menor (Ver Tabla 11).

TABLA 11: CENTRALIDAD POSITIVA

Centralidad positiva	Frecuencia	Porcentaje
No hay	7	46.7
Hijo menor	8	53.3

CENTRALIDAD NEGATIVA

Con una frecuencia de 12 casos (80.0%) se encontró que la centralidad negativa correspondía al hijo mayor, 2 (13.3%) al hijo menor, 1 (6.7 %) no había centralidad negativa (Ver Tabla 12).

TABLA 12: CENTRALIDAD NEGATIVA

Centralidad negativa	Frecuencia	Porcentaje
No hay	1	6.7
Hijo mayor	12	80.0
Hijo menor	2	13.3

PERIFERIA

En 2 casos (13.3%) el padre fue periférico, en un caso (6.7%) la madre fue periférica, en un caso (6.7 %) no hubo periferia en ningún integrante de la familia.

SEMIPERIFERIA

En 10 casos (66.6%) el padre fue semiperiférico, en un caso (6.7%) la madre fue semiperiférica (Ver Tabla 13).

TABLA 13: PERIFERIA Y SEMIPERIFERIA

Integrantes de la familia	Frecuencia periferia	Porcentaje	Frecuencia semiperiferia	Porcentaje
Padre	2	13.3	10	66.6
Madre	1	6.7	1	6.7
No hay	1	6.7	--	--

ALIANZAS

En 3 casos (20.0%) se observó la alianza de madre-hijos, en 3 (20.0%) se observó entre hermanos, en 4 (26.7%) se encontró madre-hijo y padre-hijo, en 2 (13.3%) fue abuelos nietos y en 3 (20.0%) no hubo alianzas (Ver Tabla 14).

TABLA 14: ALIANZAS

Integrantes de la familia	Frecuencia	Porcentaje
No hay	3	20.0
Madre-hijos	3	20.0
Hermanos	3	20.0
Madre-H, padre-H	4	26.7
Abuelos-nietos	2	13.3

TRIANGULACIONES

En 9 casos (60.0%) no hubo triangulación, en 6 (40.0%) se presentó entre padre-hijo-madre (Ver Tabla 15).

TABLA 15: TRIANGULACIONES

Integrantes de la familia	Frecuencia	Porcentaje
No hay	9	60.0
Padre - hijo – madre	6	40.0

CONFLICTOS

En 4 casos (26.7%) el conflicto era entre padre y madre, en 3 (20.0%) el conflicto era madre contra padre, madre contra hijo, padre contra hijo, y hermano contra hermano, en 2 (13.3%) madre contra hijo, padre contra hijo y hermano contra hermano, en 2 (13.3%) madre contra padre, madre contra hijo, en 1 (6.7%) madre contra hijo, 1 (6.7%) padre contra hijo, 1 (6.7%) madre contra padre, madre contra hijo y hermano contra hermano, en 1 (6.7%) abuela contra hija, madre contra padre, madre contra hijo y hermano contra hermano (Ver tabla 16).

TABLA 16: CONFLICTOS

Conflictos	Frecuencia	Porcentaje
Madre-Padre	4	26.7
M-P, M-H, P-H y H-H	3	20.0
M-H, P-H, H-H	2	13.3
M-P, M-H	2	13.3
Madre-hijo	1	6.7
Padre-hijo	1	6.7
M-P, M-H, H-H	1	6.7
A-H, M-P, M-H, H-H	1	6.7

SOBREINVOLUCRAMIENTO

En 2 de los casos (13.3%) esta variable no se presentó, en 9 casos (60.0%) fue entre la madre y el hijo, en 1 (6.7%) entre la madre-hijo, padre-hijo y 3 (20.0%) abuela-madre-hijo. (Ver Tabla 17).

TABLA 17: SOBREINVOLUCRAMIENTO

Miembros de la familia	Frecuencia	Porcentaje
No hay	2	13.3
Madre-hijo	9	60.0
Madre-hijo, padre-hijo	3	20.0
Abuela-madre-hijo	1	6.7

NIVEL DE DISFUNCIONALIDADES

En la siguiente tabla se presenta el nivel de disfuncionalidad y su frecuencia de entre las 15 familias antes de la intervención. (Ver tabla 18).

TABLA 18: NIVEL DE DISFUNCIONALIDADES

Nivel de disfuncionalidad	Frecuencia	Porcentaje
8	1	6.7
9	1	6.7
11	4	26.7
12	4	26.7
13	4	26.7
14	1	6.7

6.3.2 Resultados de la identificación de la estructura familiar en la fase c después de la intervención.

En los 15 casos (100%) se observó al menos un cambio de disfuncional a funcional en la estructura familiar.

LÍMITES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

En 10 casos (100%) que había límites difusos, 6 cambiaron a límites claros (60%), 1 cambio de difusos a no hay cónyuge (10%) y en 3 casos (30%) no hubo cambios. (Ver tabla 19).

TABLA: 19 CAMBIOS EN LOS LÍMITES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

Tipos de límites	Frecuencia	Porcentaje
Límites difusos	10	100
De difusos a claros	6	60
De difusos a no hay cónyuge	1	10
No cambios	3	30

LÍMITES EN EL SUBSISTEMA PARENTAL

De 15 casos (100%) que tenían límites difusos, en 12 cambiaron de difusos a claros y flexibles (80%) y en 3 casos no hubo cambios (20%) (Ver tabla 20).

TABLA 20: CAMBIOS EN LOS LÍMITES EN EL SUBSISTEMA PARENTAL

Tipos de límites	Frecuencia	Porcentaje
Límites disfuncionales	15	100
De difusos a claros	12	80

No cambios	3	20
------------	---	----

LÍMITES EN EL SUBSISTEMA FRATERNO

En 12 casos (100%) que los límites eran difusos, 11 casos cambiaron de difusos a claros (73.3%) y en 1 caso no hubo cambio (6.7%) (Ver tabla 21).

TABLA 21: CAMBIOS EN LOS LÍMITES EN EL SUBSISTEMA FRATERNO

Tipos de límites	Frecuencia	Porcentaje
Límites disfuncionales	12	100
De difusos a claros	11	73.3
No cambios	1	6.7

LÍMITES AL EXTERIOR

En 15 casos (100%) que había con límites difusos, 11 casos cambiaron de difusos a claros (73.3%) y 4 casos no cambiaron (26.7%) (Ver tabla 22).

TABLA 22: CAMBIOS EN LÍMITES AL EXTERIOR

Tipos de límites	Frecuencia	Porcentaje
Límites disfuncionales	15	100
De difusos a claros	11	73.3
No cambios	4	26.7

JERARQUÍA

De 15 casos (100%) que la jerarquía no era de ambos padres, en 6 casos (40%) la jerarquía cambió a ambos padres, 1 caso (6.6%) donde la jerarquía era de la abuela cambió al padre y abuela, y en 8 casos la jerarquía no cambió (53.4%) (Ver tabla 23).

TABLA 23: CAMBIOS EN JERARQUÍA

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Jerarquías disfuncionales	15	100
De uno a ambos padres	6	40
De abuela a padre y abuelo	1	6.6
No cambios	8	53.4

COALICIONES

En 10 casos (100%) en los que había coaliciones, en 8 desaparecieron (80%), en 1 caso (10%) cambió la coalición de la abuela y nieto contra padre, a padre e hijo contra madre y en 1 caso (10%) no hubo cambio (ver tabla 24).

TABLA 24: CAMBIOS EN COALICIONES

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Coaliciones	10	100
Desaparecieron	8	80
De abuela-nieto vs padre a padre-hijo vs madre	1	10

No cambios	1	10
------------	---	----

HIJO PARENTAL

En 3 casos (100%) en los que había un hijo mayor parental, en 2 casos (66.6%) desapareció en 1 caso (33.4%) no hubo cambio (Ver tabla 25).

TABLA 25: CAMBIOS EN HIJO PARENTAL

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Hijo parental	3	100
Desaparecieron	2	66.6
No cambios	1	33.4

PADRE EN FUNCIÓN DE HIJO

En 1 caso (100%) que se encontró un padre en función de hijo desapareció.

CENTRALIDAD NEGATIVA

De 14 casos (100%) en los que se encontró centralidad negativa, en 13 desapareció la centralidad negativa (92.8%), en 1 caso cambió del hijo menor al hijo mayor (7.2%) (Ver tabla 26)

TABLA 26: CAMBIOS EN CENTRALIDAD NEGATIVA

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Casos de centralidad negativa	14	100
Desaparecieron	13	92.8
De hijo menor a hijo mayor	1	7.2

PERIFERIA O SEMIPERIFERIA

De 14 casos (100%) en los que se encontró periferia o semiperiferia, en 6 casos (42.8%) desapareció la periferia y en 8 casos no hubo cambios continuaron con semiperiferia (57.2%) (Ver tabla 27).

TABLA 27: CAMBIOS EN PERIFERIA

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Casos de periferia o semiperiferia	14	100
Desaparecieron	6	42.8
No cambios	8	57.2

ALIANZAS

En 5 casos (33.3%) donde no había alianzas y dónde las alianzas eran entre madre e hijo padre e hijo, cambiaron a nuevas alianzas parentales, en 3 casos (20%) donde había alianzas entre madre e hijo y padre e hijo, madre e hijos cambiaron nuevas alianzas entre hermanos, y madre e hijo, en 4 casos (26.7%) no hubo cambios como en las alianzas de hermanos y una de madre e hijos, 3 casos (20%) donde había alianzas entre abuelas y nietos, madre e hijos desaparecieron sin que se creara otra alianza (Ver tabla 28).

TABLA 28: CAMBIOS EN ALIANZAS

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Casos sin alianzas	15	100
De no hay alianzas y M-H y P-H cambiaron a nuevas alianzas parentales	5	33.3
De M-H y P-H, M – Hs a alianzas de H-H y M-H	3	20
Alianzas de hermanos y M-Hs no hubo cambios	4	26.7
Alianzas como Ab-Ni y M-Hs desaparecieron	3	20

SOBREINVOLUCRAMIENTO

De 13 casos (100%) con sobreinvolucramiento entre madre-hijo, madre-hijo y padre-hijo y abuela-madre-hijo los 13 (100%) desaparecieron (Ver tabla 29).

TABLA 29: CAMBIOS EN EL SOBREINVOLUCRAMIENTO

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Casos con Sobreinvolucramiento	13	100
De sobre involucramiento M-H, M-H-P-H, A-M-H a desaparecieron	13	100

TRIANGULACIONES

De 6 casos (100%) donde se encontraron triangulaciones entre madre - padre - hijo, en 6 (100%) desaparecieron (Ver tabla 30).

TABLA 30: CAMBIOS EN LA TRIANGULACION

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Casos con triangulaciones	6	100
De triangulaciones entre M-P-H a desaparecieron	6	100

CONFLICTOS

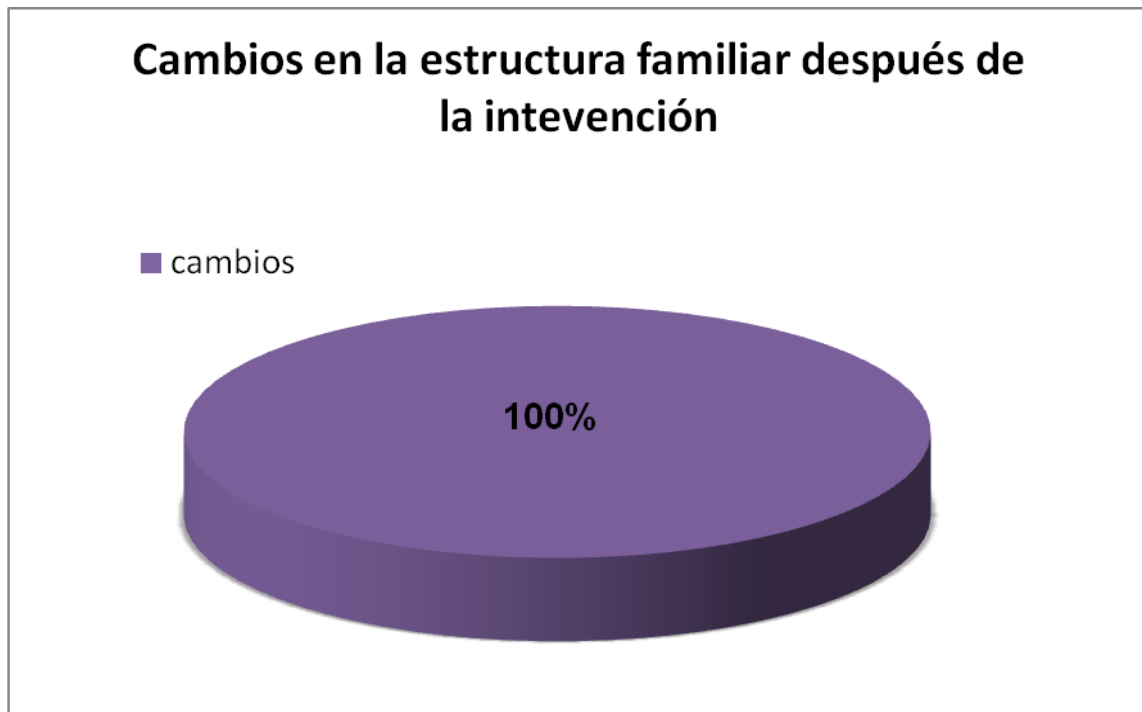
De 15 casos (100%) con un conflicto como mínimo, en 9 casos (60%) desaparecieron todos, en 4 casos (26.6%) desaparecieron 2 conflictos y en 2 casos (13.4%) no hubo cambios (Ver tabla 31).

TABLA 31: CAMBIOS EN CONFLICTOS

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Casos que presentaban conflictos	15	100
Desaparecieron todos	9	60
Desaparecieron dos	4	26.6
No cambios	2	13.4

6.3.3 Cambios en la estructura familiar después de la intervención

En esta tabla se muestra que en el 100% de los casos hubo por lo menos un cambio en las disfuncionalidades familiares (Ver grafica 1).



GRÁFICA 1. En el 100% de los casos se presentó por lo menos un cambio dentro de la estructura familiar.

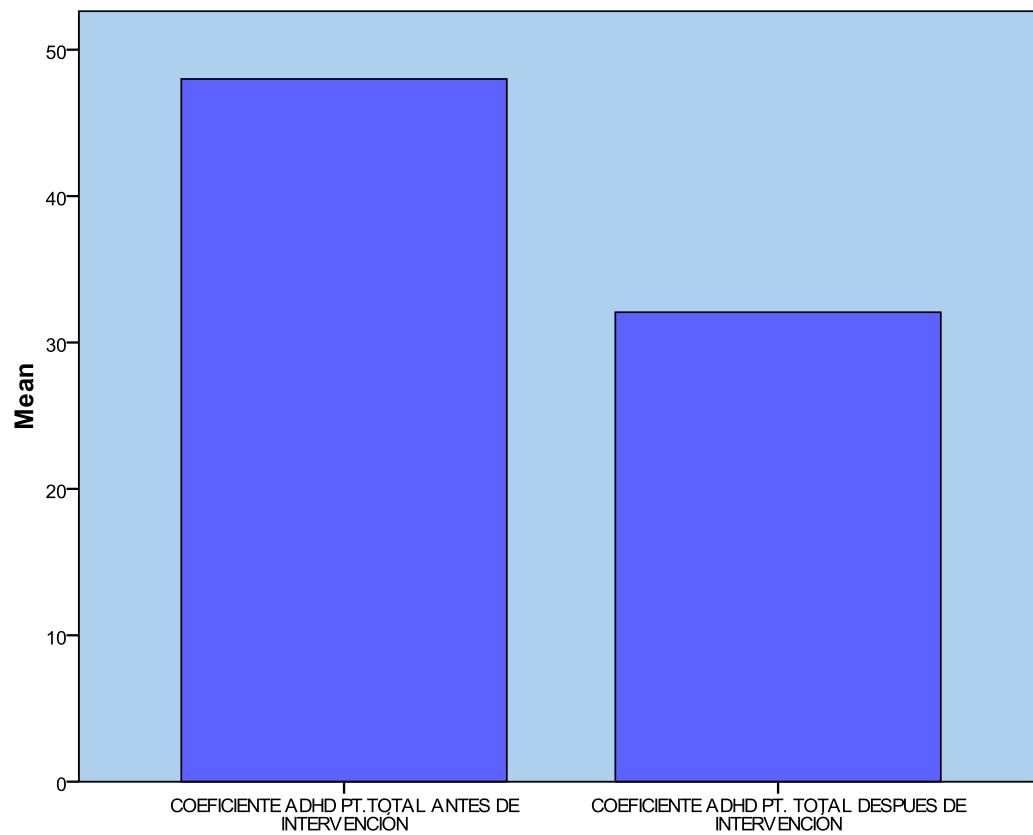
6.3.4 Resultados cuantitativos de los puntajes en las pruebas ESAN Y ADHDT

En la siguiente tabla y gráficas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8) se observan las diferencias de las medias aritméticas de las variables en las pruebas ESAN y el test ADHD según los padres, antes y después de la intervención y la aplicación del equilibrio mediante el sistema L.I.F.E.

TABLA 32: MEDIAS ESTADÍSTICAS DE LAS PRUEBAS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

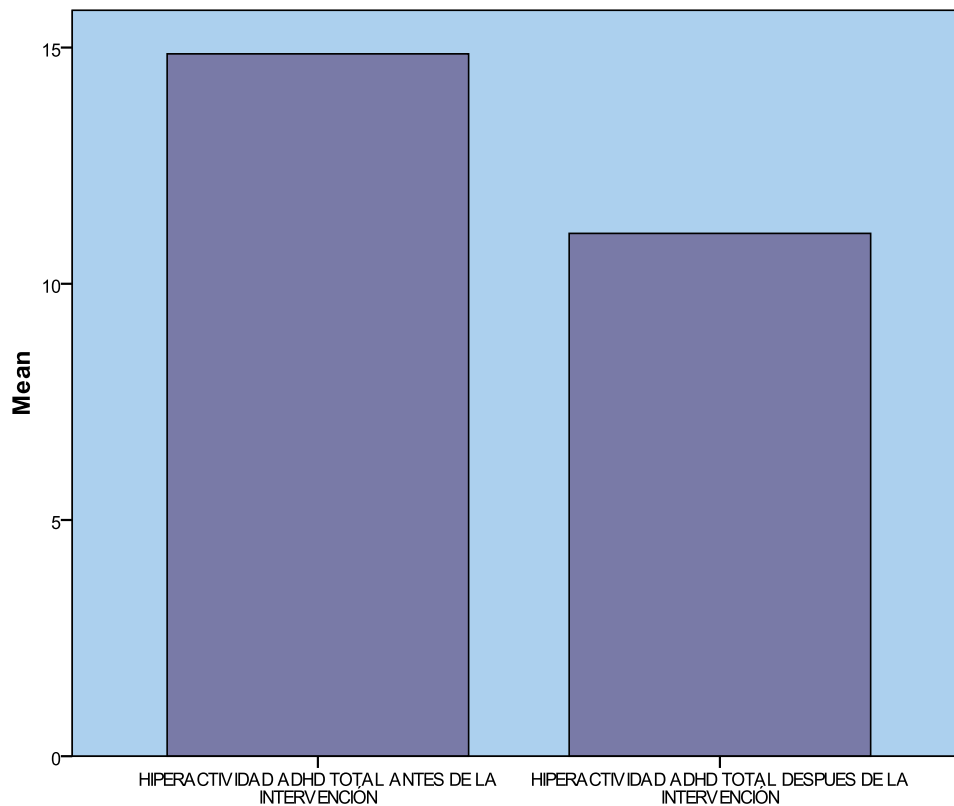
ESAN Y ADHDT	Antes de la intervención (Media Estadística)	Después de la intervención. (Media Estadística)
Coeficiente ADHD	48.00	32.07
Hiperactividad	14.87	11.07
Impulsividad	12.53	7.93
Inatención	18.60	7.93
Puntaje total prueba ESAN	58.71	41.14
Trastorno de conducta	24.86	18.64
Déficit de atención	18.43	13.00
Hiperactividad	13.57	9.50

En la siguiente gráfica podemos observar la disminución del coeficiente ADHD total mediante la media estadística obtenida por la aplicación de la prueba antes la cual era de 48.00 y después de la intervención que fue de 32.07 (Ver gráfica 2).



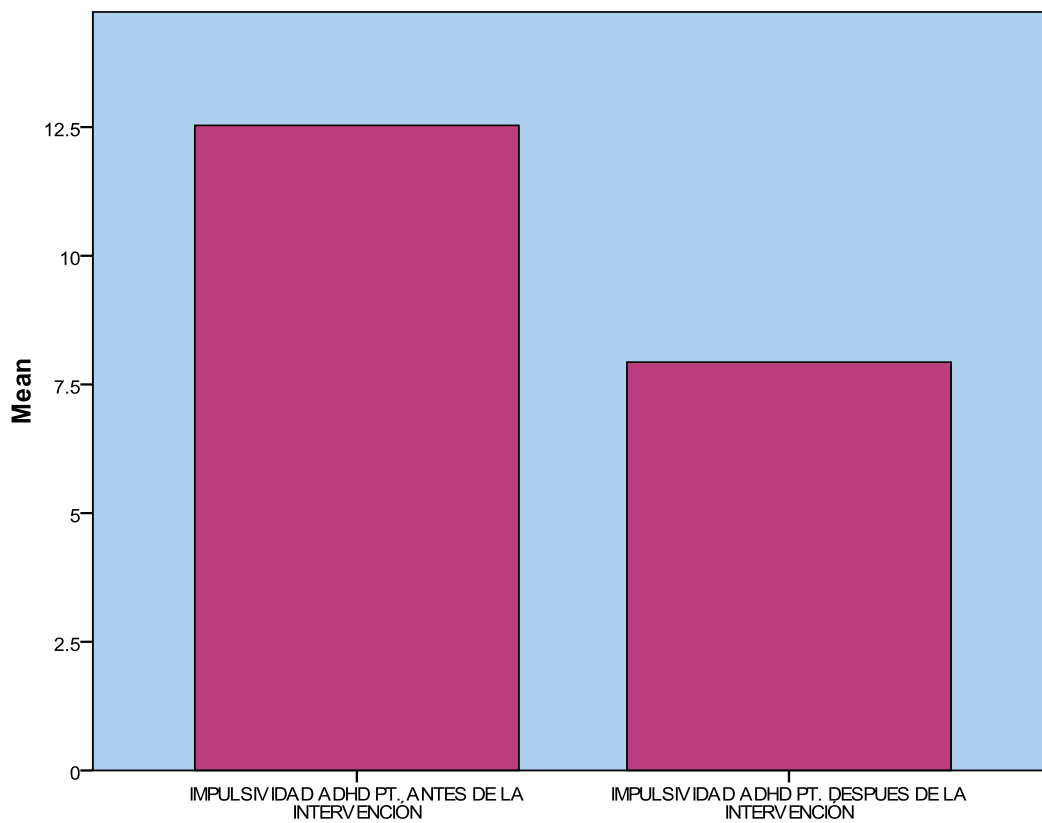
GRÁFICA 2. Coeficiente total ADHD antes y después de la intervención según los padres.

En la variable de hiperactividad en la prueba ADHD podemos observar el descenso de las medias estadísticas antes de la intervención la cual era de 14.87 y después de la intervención de 11.07 (Ver gráfica 3).



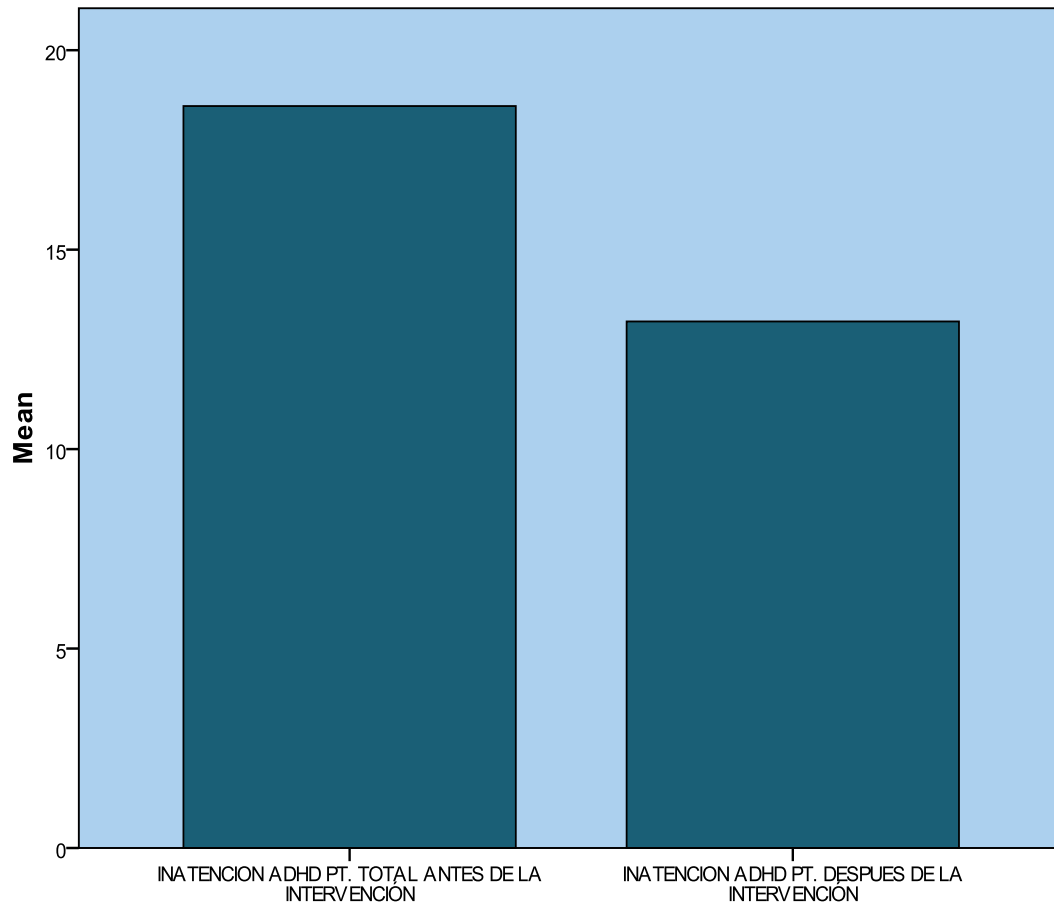
GRÁFICA 3. Hiperactividad ADHD antes y después de la intervención según los padres.

Los cambios obtenidos en la variable de impulsividad de la prueba ADHD los podemos observar mediante las medias estadísticas que eran de 12.53 y disminuyeron a 7.93 después de la intervención (Ver gráfica 4).



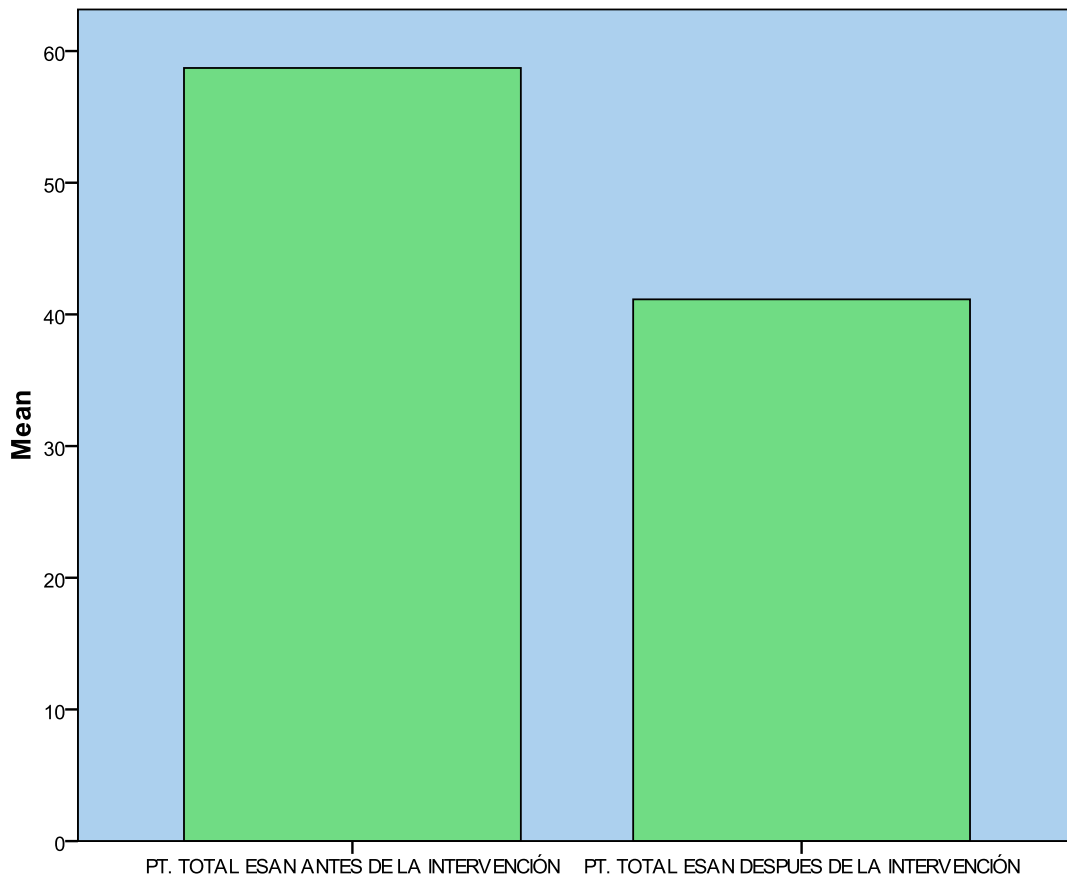
GRÁFICA 4. Impulsividad ADHD antes y después de la intervención según los padres.

En la última variable medida por la prueba ADHD relacionada con la inatención en los niños según los padres antes de la intervención fue de 18.60 y después de la intervención la prueba arrojó una media de 7.93 después de la intervención (Ver gráfica 5).



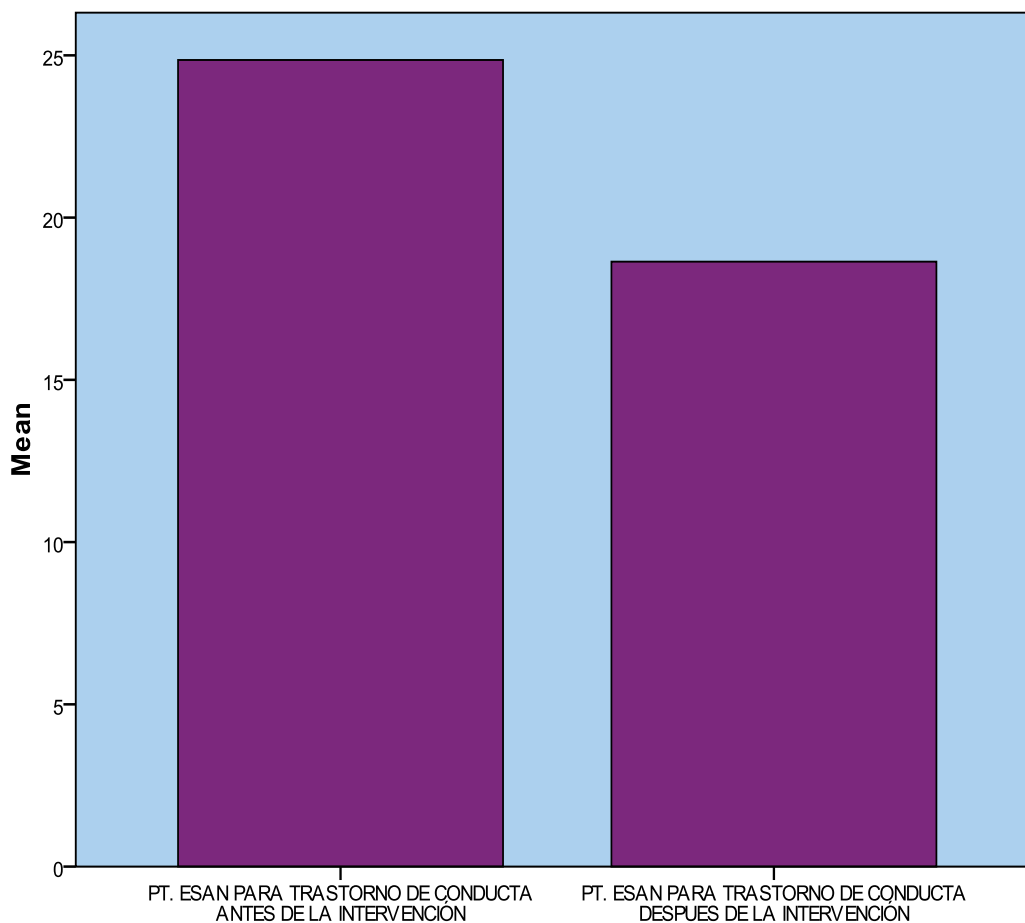
GRÁFICA 5. Inatención ADHD antes y después de la intervención según los padres.

En la prueba ESAN los cambios obtenidos los podemos observar mediante las medias estadísticas del puntaje total antes de la intervención el cual fue de 58.71 y después de la intervención de 41.14 (Ver gráfica 6).



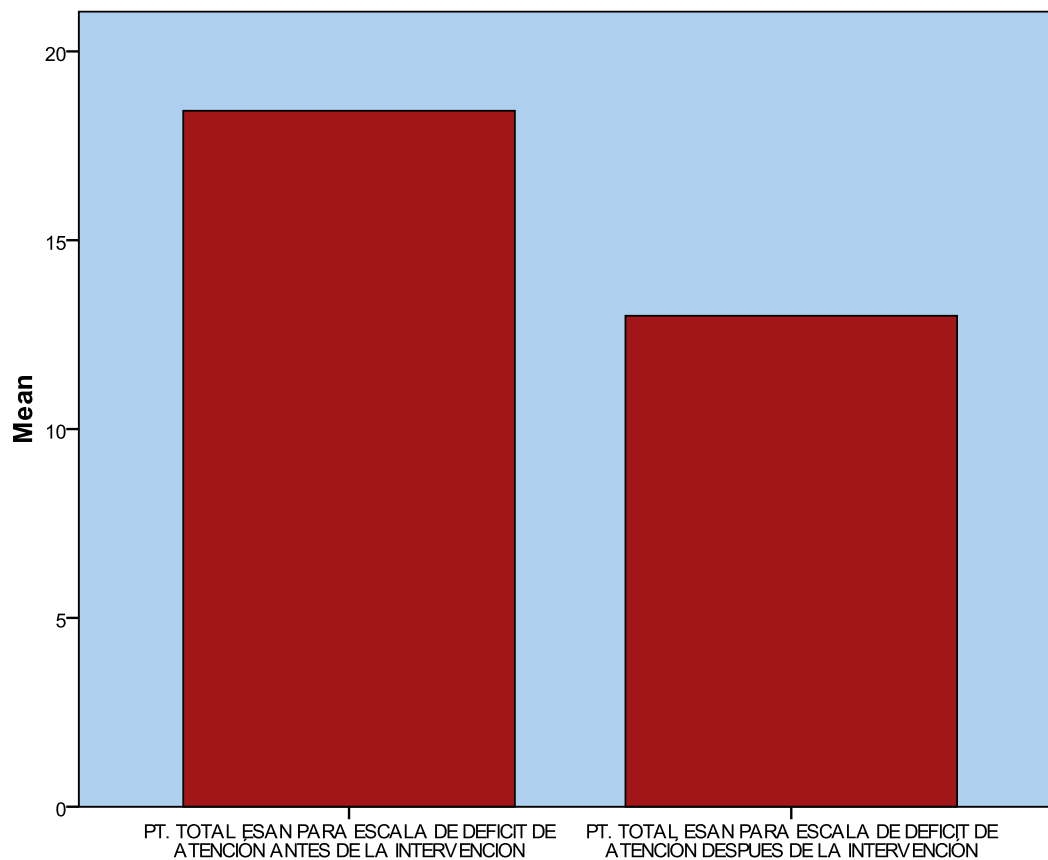
GRÁFICA 6. Puntaje total de la prueba ESAN antes y después de la intervención según los pacientes identificados.

A continuación se muestran los cambios en la variable de trastorno de conducta medida por la prueba ESAN aplicada a los niños antes de la intervención, dando un puntaje de 24.86 y 18.64 después de la intervención (Ver gráfica 7).



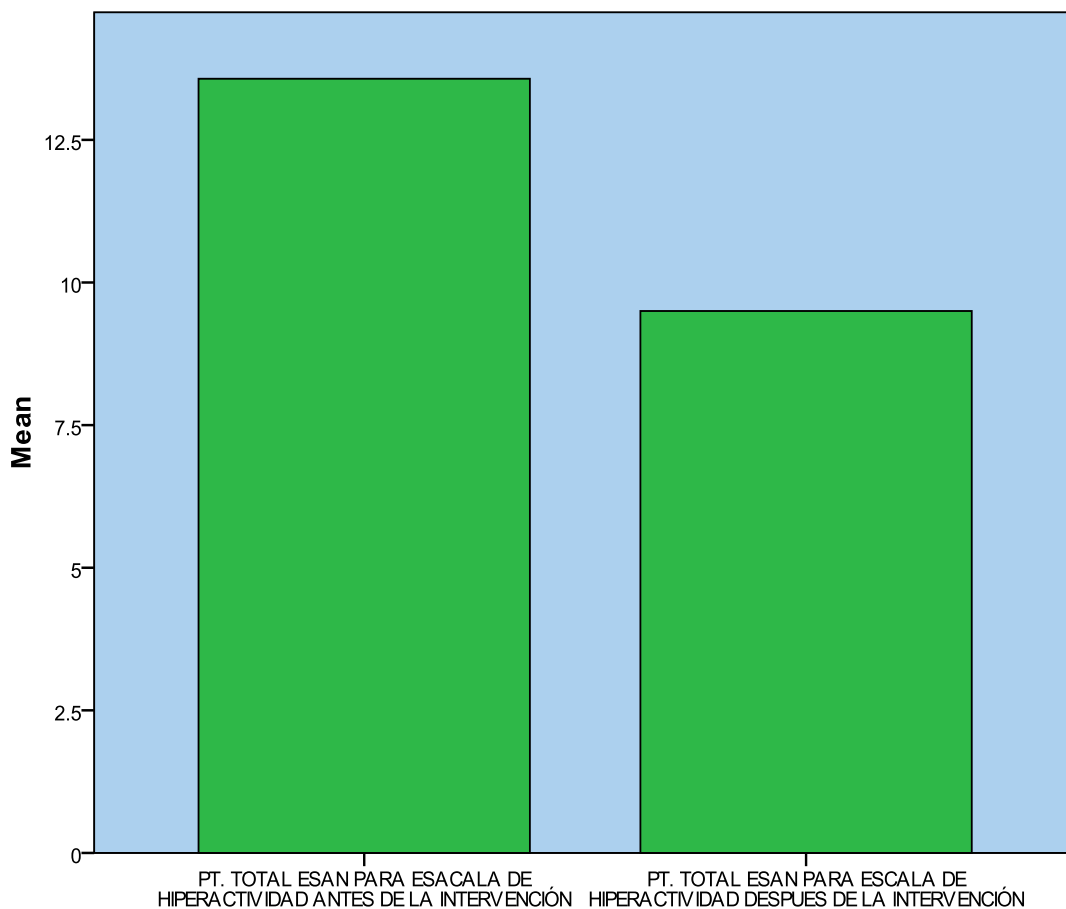
GRAFICA 7. Puntaje total ESAN para trastorno de conducta antes y después de la intervención según los pacientes identificados.

La siguiente variable evaluada por la prueba ESAN relacionado con el déficit de atención arrojó unas medias estadísticas de 18.43 antes y de 13.00 después de la intervención, mediante estos puntajes podemos observar la disminución de dicha variable (Ver gráfica 8).



GRÁFICA 8. Puntaje total ESAN para escala de déficit de atención antes y después de la intervención según los pacientes identificados.

La última de las variables evaluadas por la prueba ESAN según los niños nos deja observar una disminución en la variable de hiperactividad pues antes de la intervención la media era de 13.57 y el puntaje después de la intervención fue de 9.50 (Ver gráfica 9).



GRÁFICA 9. Puntaje total ESAN para escala de hiperactividad antes y después de la intervención según los pacientes identificados.

6.3.5 Resultados cuantitativos de los puntajes arrojados por el sistema L.I.F.E. del TDA y TDAH.

TABLA 33. MEDIAS ARITMETICAS DE TDA POR NIÑO.

NIÑO	LIFETDA1	LIFETDA2	LIFETDA3	LIFETDA4	MEDIA ARITMETICA
1	46	35	74	72	56.75
2	34	78	71	44	56.75
3	100	57	52	45	63.5
4	56	74	34	58	55.5
5	49	82	59	31	55.25
6	85	82	53	35	63.75
7	61	98	55	65	69.75
8	80	47	96	70	73.25
9	74	49	79	46	62
10	87	80	62	74	75.75
11	47	67	87	53	63.5
12	84	65	56	52	64.25
13	100	39	49	75	65.75
14	67	45	75	81	67
15	78	39	31	62	52.5
MEDIA ARITMETICA	69.8	62.4	62.2	57.3	

TABLA 34. MEDIAS ARITMETICAS DE TDAH POR NIÑO.

NIÑO	LIFETDAH1	LIFETDAH2	LIFETDAH3	LIFETDAH4	MEDIA ARITMETICA
1	76	58	93	53	70
2	57	47	43	73	55
3	60	95	31	30	54
4	94	59	57	35	61.25
5	81	49	35	41	51.5
6	67	49	89	42	61.75
7	37	59	92	36	56
8	83	70	73	89	78.75
9	51	81	47	70	62.25
10	52	48	58	44	50.5
11	72	40	52	89	63.25
12	50	59	24	86	54.75
13	60	65	58	45	57
14	40	75	58	75	62
15	47	65	45	54	52.75
MEDIA ARITMETICA	61.8	61.2	57	57.4	

6.4 Análisis inferencial

A partir del análisis estadístico obtenido de la prueba de Wilcoxon del puntaje total de la prueba ESAN, escala de trastorno de conducta, escala de déficit de atención y escala de hiperactividad, coeficiente ADHD, hiperactividad, impulsividad e inatención del test ADHD según los padres, hubo diferencias estadísticamente significativas, ya que el nivel de significancia obtenida fue de .002, .026, .009, .007, .001, .015, .001 y .008 respectivamente el cual es menor que 0.05.

Test Statistics^b

	Puntaje total de la prueba E.S.A.N. aplicada a los sujetos después de la intervención 2 - Puntaje total de la prueba E.S.A.N. , aplicada a los sujetos antes de la intervención	Puntaje total de la prueba ESAN escala trastorno de conducta después de la intervención 2 - Puntaje total de la prueba ESAN escala trastorno de conducta antes de la intervención	Puntaje total de la prueba ESAN escala déficit de atención después de la intervención 2 - Puntaje total de la prueba ESAN escala déficit de atención antes de la intervención	Puntaje total de la prueba ESAN escala hiperactividad después de la intervención 2 - Puntaje total de la prueba ESAN escala hiperactividad antes de la intervención	COEFICIENTE ADHD? puntaje total según los padres después de la intervención 2 - COEFICIENTE ADHD, puntaje total según los padres antes de la intervención	HIPERACTIVIDAD ADHD total según los padres después de la intervención 2 - HIPERACTIVIDAD ADHD total según los padres antes de la intervención	IMPULSIVIDAD ADHD puntaje total según los padres después de la intervención 2 - IMPULSIVIDAD ADHD puntaje total según los padres antes de la intervención	INATENCION ADHD puntaje total según los padres después de la intervención 2 - INATENCION ADHD puntaje total. PRIMERA SESION según los padres antes de la intervención
Z	-3.048 ^a	-2.231 ^a	-2.608 ^a	-2.676 ^a	-3.210 ^a	-2.427 ^a	-3.176 ^a	-2.665 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.026	.009	.007	.001	.015	.001	.008

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

A partir del análisis estadístico obtenido de la prueba Wilcoxon de los niveles de disfuncionalidad familiares antes y después de la intervención, hubo diferencias estadísticamente significativas, ya que el nivel de significancia obtenida fue de .001 el cual es menor que 0.05.

Test Statistics^b

	NIVEL DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR TERCERA SESION después de la intervención 2 - NIVEL DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR PRIMERA SESION antes de la intervención
Z	-3.414 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

A partir del análisis estadístico obtenido de la prueba Wilcoxon de la escala de bienestar del niño antes y después, la escala de bienestar escolar del niño antes y después, en la escala de bienestar de la madre antes y después, y en la escala de bienestar familiar de la madre antes y después, hubo diferencias estadísticamente significativas, ya que el nivel de significancia obtenida fue de .045, .022, .006 y .042 respectivamente el cual es menor que 0.05.

Test Statistics^b

	ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL-NINO TERCERA SESION despues de la intervención 2	ESCALA DE BIENESTAR ESCOLAR-NINO TERCERA SESION despues de la intervención 2	ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE TERCERA SESION despues de la intervención 2	ESCALA DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE TERCERA SESION despues de la intervención 2
Z	-2.003 ^a	-2.288 ^a	-2.770 ^a	-2.038 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.045	.022	.006	.042

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

A partir del análisis estadístico obtenido de la prueba Wilcoxon de la escala de bienestar del niño antes y en el seguimiento, la escala de bienestar familiar del niño antes y en el seguimiento, la escala de bienestar escolar antes y en el seguimiento, en la escala de bienestar de la madre antes y en el seguimiento, y en la escala de bienestar familiar de la madre antes y en el seguimiento, hubo diferencias estadísticamente significativas, ya que el nivel de significancia obtenida fue de .020, .017, .005, .005 y .009 respectivamente el cual es menor que 0.05.

Test Statistics^b

	ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL-NINO, CUARTA SESION despues de la intervención 3 - ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL-NINO PRIMERA SESION antes de la intervención	ESCALA DE BIENESTAR FAMILIAR-NINO, CUARTA SESION despues de la intervención 3 - ESCALA DE BIENESTAR FAMILIAR-NINO PRIMERA SESION antes de la intervención	ESCALA DE BIENESTAR ESCOLAR-NINO, CUARTA SESION despues de la intervención 3 - ESCALA DE BIENESTAR ESCOLAR-NINO PRIMERA SESION antes de la intervención	ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE, CUARTA SESION despues de la intervención 3 - ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE PRIMERA SESION antes de la intervención	ESCALA DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE, CUARTA SESION despues de la intervención 3 - ESCALA DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE PRIMERA SESION antes de la intervención
Z	-2.333 ^a	-2.390 ^a	-2.825 ^a	-2.825 ^a	-2.611 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.020	.017	.005	.005	.009

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

A partir del análisis estadístico obtenido de la prueba Wilcoxon de las puntuaciones obtenidas en la evaluación del L.I.F.E. system de TDA y TDAH antes del tratamiento y después de cada sesión y antes del tratamiento y en el seguimiento, no hubo diferencias estadísticamente significativas, ya que el nivel de significancia obtenida fue de .379, .379, .074, .955, .363 y .609 respectivamente el cual es mayor que 0.05.

Test Statistics^b

	L.I.F.E. Prueba de TDA/Cerebro. SEGUNDA SESION despues de la intervención 1 - L.I.F.E. Prueba de TDA/Cerebro. PRIMERA SESION antes de la intervencion	L.I.F.E. Prueba de TDA/cerebro. TERCERA SESION despues de la intervención 2 - L.I.F.E. Prueba de TDA/Cerebro. PRIMERA SESION antes de la intervencion	L.I.F.E. Prueba de TDA/Cerebro. CUARTA SESION despues de la intervención 3 - L.I.F.E. Prueba de TDA/Cerebro. PRIMERA SESION antes de la intervencion	L.I.F.E Prueba de TDAH/Cerebr o. SEGUNDA SESION despues de la intervención 1 - L.I.F.E. Prueba de TDAH/Cerebr o. PRIMERA SESION antes de la intervencion	L.I.F.E. Prueba de TDAH/Cerebr o. TERCERA SESION despues de la intervención 2 - L.I.F.E. Prueba de TDAH/Cerebr o. PRIMERA SESION antes de la intervencion	L.I.F.E Prueba de TDAH/Cerebr o. CUARTA SESION despues de la intervención 3 - L.I.F.E. Prueba de TDAH/Cerebr o. PRIMERA SESION antes de la intervencion
Z	-.881 ^a	-.881 ^a	-1.789 ^a	-.057 ^a	-.909 ^a	-.511 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.379	.379	.074	.955	.363	.609

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

A partir del análisis estadístico obtenido de la prueba Wilcoxon de la escala de bienestar personal del niño en la primera sesión a las segunda sesión, de la escala de bienestar familiar del niño en la primera sesión a la segunda, de la escala de bienestar escolar del niño de la primera sesión a la segunda, de la escala de bienestar personal de la madre de la primera sesión a la segunda, de la escala de bienestar familiar de la madre de la primera a la segunda y de la escala de bienestar de pareja de la madre de la primera a la segunda sesión, no hubo diferencias estadísticamente significativas, ya que el nivel de significancia obtenida fue de .309, .619, .500, .099, 1.54 y .875 respectivamente el cual es mayor que 0.05.

Test Statistics^c

	ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL-NINO SEGUNDA SESION despues de la intervención1 - ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL-NINO PRIMERA SESION antes de la intervención	ESCALA DE BIENESTAR FAMILIAR-NINO SEGUNDA SESION despues de la intervención 1 - ESCALA DE BIENESTAR FAMILIAR-NINO PRIMERA SESION antes de la intervención	ESCALA DE BIENESTAR ESCOLAR-NINO SEGUNDA SESION despues de la intervención 1 - ESCALA DE BIENESTAR ESCOLAR-NINO PRIMERA SESION antes de la intervención	ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE SEGUNDA SESION despues de la intervención 1 - ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL-MADRE PRIMERA SESION antes de la intervención	ESCALA DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE SEGUNDA SESION despues de la intervención 1 - ESCALA DE BIENESTAR FAMILIAR-MADRE PRIMERA SESION antes de la intervención	ESCALA DE BIENESTAR DE PAREJA-MADRE SEGUNDA SESION despues de la intervención 1 - ESCALA DE BIENESTAR DE PAREJA-MADRE PRIMERA SESION antes de la intervención
Z	-1.017 ^a	-.498 ^b	-.675 ^b	-1.651 ^a	-1.425 ^a	-.157 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.309	.619	.500	.099	.154	.875

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

6.5 Resultados cualitativos por casos

A continuación se presentan los cambios cualitativos reportados por los participantes y por los familiares que lo acompañaban durante toda la intervención y seguimiento.

Caso 1.

“Ya hace tareas, está más tranquilo, juega con su papá, ha estado menos estresado y por eso se ha peleado menos, hizo su tarea sin obligarlo, su papá está muy involucrado con él”.

Caso 2.

“Es menos agresivo, piensa antes de actuar, está más concentrado, es más paciente y está teniendo una muy buena relación con su hermano, ha dejado de pelear con sus primos e intenta jugar más con su papá”.

Caso 3.

“Ha estado más tranquilo, ha hecho menos berrinches, se encuentra más relajado, pide menos cosas, pone atención en la tarea, se ha estado llevando muy bien con su padre pues él ha intentado ponerle atención a lo que pide”

Caso 4.

“Controló esfínteres, no es tan terco, se pone a jugar con su hermano, está avanzando en la escuela, no le he dado medicamento para hacer su tarea, está muy tranquilo y habla más”.

Caso 5.

“Un poco más tranquilo, pone atención en la escuela, no molesta a su hermanas y no ha peleado con ellas, está contento, y juega con sus primos sin salir peleando”.

Caso 6.

“Más tranquilo, menos berrinches, cambio de conducta y está haciendo sus tareas, se nota más tranquilo el cualquier actividad que hace, no se desespera con las cosas cuestan trabajo”.

Caso 7.

“Mas cooperador en casa, cuida a su hermana, menos peleas con sus primos y está muy tranquilo, se encuentra más tiempo callado, y mucho más alegre”.

Caso 8.

“Es más tolerante, es juguetón con su hermano, se lleva bien con sus primos, en la escuela está muy bien, no hace berrinches para ir a la escuela, y lo ha felicitado su maestra por el trabajo que realiza dentro del aula”, con respecto a los puntajes de tdah arrojados por el sistema podemos observar que hubo un incremento en la media aritmética y esto puede ser debido a que la estructura familiar tuvo un estancamiento al final de la intervención.

Caso 9.

“Más tranquilo, está comiendo mejor, es menos grosero con su papá, trata de hacer la tarea y si no lo hace lo vuelve a intentar hasta hacerla bien, su padre intenta tener una mejor relación”.

Caso 10.

“Hace tareas, ayuda en casa con el quehacer, se pelea menos con sus primos y sus hermanos, trata de poner atención a lo que se le indica en casa y en la escuela y no hace berrinches”, en la revisión del la media aritmética del puntaje arrojado por el sistema de tda podemos observar un puntaje alto debido a que la estructura familiar tuvo barios cambios drásticos al termino de la intervención.

Caso 11.

“No pelea con su hermana y hermano, hace la tarea sin hacer berrinche, está más tranquilo, relajado, va muy bien en la escuela, dejó de preocuparse y llorar por los problemas de su mamá y papá”.

Caso 12.

“Esta más tranquilo, cuando juega no se enoja está haciendo la tarea y por consiguiente está obteniendo felicitaciones en la escuela y dejó de contestarle a su mamá”.

Caso 13.

Trata de jugar con su hermano, no pelea como antes, en la escuela está haciendo el trabajo y en casa la tarea, está más tranquilo y pasivo

Caso 14.

“Chilla menos, más tranquilo, se tranquiliza rápido cuando se altera, es menos latoso, juega con su hermano sin pelear y sin enojarse, es mas obediente y acomedido con todos en casa”.

Caso 15.

“Mejor portado, está tranquilo y relajado, no discute con su hermana, obedece a su mamá y papá, en la escuela va bien y hace tareas le cuesta menos trabajo hablar de lo que le pasa en la escuela”.

DISCUSIÓN

La eficacia de la intervención en esta investigación podemos corroborarla mediante la revisión del objetivo, que era evaluar la interacción familiar y la influencia del equilibrio energético en niños con TDAH y los resultados obtenidos después de la intervención. Ya sea por la retroalimentación familiar a los padres o el equilibrio energético al paciente identificado, se obtuvo más de un cambio favorable para todas las familias que participaron.

Minuchin (en Montalvo, 2007) Creador del modelo estructural define a la familia como un sistema en el cual hay interacciones al interior y al exterior con otro sistemas parecidos, es de vital importancia dentro de la terapia clínica tomar esta idea como parteaguas para trabajar con toda la familia y no solo con el paciente identificado como se trabaja en otro tipo de terapia.

Desde el primer momento en el que la familia plantea el motivo de consulta o la queja con los terapeutas podemos notar la relación de los diferentes holones dentro de la familia, o cuando las relaciones familiares están mediadas por una persona de otro sistema familiar (abuelos, tíos o incluso vecinos), también nos podemos percatar de cuando las relaciones son funcionales o disfuncionales.

Dentro de esta investigación en la mayoría de los casos existía gran cantidad de disfuncionalidades familiares como lo eran: conflictos, coaliciones, centralidad negativa, sobreinvolucramientos, límites difusos, periferia e incluso hijos parentales, como Minuchin lo menciona (en Montalvo, 2007) son relaciones que se caracterizan por cambiar dentro de la familia dependiendo de la etapa en la que se encuentre. Dentro de la investigación se encontraron algunos casos que presentan característica o conflictos de ciclos vitales en los que ya no se encuentran y el no resolver los conflictos generaba aun más conflictos en la nueva etapa.

En la mayoría de los casos tratados los conflictos o disfuncionalidades comenzaron cuando a uno de los integrantes de la familia lo catalogado o diagnosticado con un supuesto trastorno, en este caso el de déficit de atención e hiperactividad.

Incrementando las dificultades a las que una familia se puede enfrentar tras un problema como este, el Déficit de atención e hiperactividad como lo menciona Stabio (2010), puede ser diagnosticado incluso por una maestra en la escuela con tan solo observar la manera de comportarse del niño y que ese comportamiento cumpla con tres características que son el déficit de atención, la hiperactividad e inatención.

Este tipo de diagnóstico no sólo trae problemas escolares y familiares sino que las familias en busca de ayuda para el niño, lo llevan con doctores o neuropediatras quienes utilizan métodos modernos para el diagnóstico como el EEG (encefalograma) o el MAPPING y tratamientos psicoestimulantes o fármacos que tienen un efecto tranquilizante pero que a la larga conllevan una gran cantidad de efectos secundarios como problemas físicos o incluso problemas psicológicos graves.

Dentro de esta investigación, en muy pocos de los casos fue reportado que los niños estuvieran en tratamiento farmacológico a pesar de estar diagnosticados por médicos, y los que estaban en tratamientos los habían dejado semanas antes de iniciar el tratamiento de la investigación a excepción de un caso que resultó ser el más inestable, tal inestabilidad podría atribuírsele al tratamiento médico que el niño llevaba.

Con todas la problemáticas del TDAH y las disfuncionalidades familiares, las familias buscan ayuda a cualquier nivel sin importar que estas sean médicas, terapias psicológicas orientadas conductualmente, cognitivamente o nuevas

alternativas como la retroalimentación energética la cual ha demostrado traer resultados positivos en la en el supuesto trastorno por déficit de atención.

La retroalimentación energética se utilizó en esta investigación como forma de intervención para el déficit de atención, debido a los resultados positivos en el comportamiento, la distracción, la atención, la relajación, la memoria, la tranquilidad así como se utilizo en la investigación realizada por Montalvo, Cedillo, Hernández y Espinosa (2010), en la cual el sistema fue aplicado a 5 pacientes identificados con supuesto déficit de atención, trayendo como resultados cambios positivos en el paciente identificado y en las relaciones familiares.

Otras investigaciones en las que el sistema a traído como consecuencia cambios positivos en los pacientes fue realizada por Arroyo, (2009) quien aplico el sistema L.I.F.E. a estudiantes de licenciatura con estrés, logrando la disminución de estrés, la ansiedad y el mejoramiento del bienestar de los participantes en muy pocas sesiones.

En esta investigación los resultados de la aplicación del sistema L.I.F.E. en los pacientes identificados se presentaron de una manera más visible de la segunda sesión en adelante y los beneficios se pueden dividir en tres categorías:

La primera fue a nivel físico, esta categoría la podemos ejemplificar con cambios observados por las madres y que nos referían en las sesiones. Los cambios iban desde la disminución de quejas que eran recurrentes como dolores de cabeza, dolores de estómago, de brazos, de piernas y hasta varias menciones sobre que los niños estaban durmiendo mejor, sin despertarse durante las noches o estar más descansados al día siguiente. La alimentación también se vio beneficiada pues las madres mencionaban antes de la aplicación que sus hijos no comían, comían muy poco o tenían problemas digestivos, la gran mayoría de los niños después de la intervención comían a sus horas y lo suficiente como para que sus madres notaran el cambio.

Los cambios logrados en esta categoría traían como consecuencia que discusiones o situaciones conflictivas derivadas de estos problemas no se presentaran y así se mantuviera una buena interacción entre los integrantes de la familia en especial en la relación madre-hijo.

La segunda categoría de los cambios provocados por el sistema es el ámbito conductual; en esta categoría entran la mayoría de los cambios presentados por los pacientes, reportados por ellos y por las madres, los cambios reportados por los niños son: “menos latoso..., no hago travesuras..., estudio más..., no me peleo..., me siento más tranquilo y más relajado..., pongo más atención en la escuela..., juego con mi hermano(a). entre los cambios que la madre reportó fueron: “está más tranquilo..., hace menos berrinche..., pone más atención en la escuela..., hay menos quejas en la escuela de él..., hace su tarea sin ayuda o sin que se le pida que la haga”, algunas de las observaciones más destacadas y mencionadas por la gran mayoría de las madres fueron: “tiene una mejor relación con sus hermano (a)..., ha comenzado a ayudar en algunas actividades de la casa...”, y la más importante de todas posiblemente es “ha recibido felicitaciones por su comportamiento en la escuela”.

Todas estas frases mencionadas en la mayoría de las sesiones por las madres o por los pacientes identificados no sólo se quedan en una simple observación de los cambios. Mediante los análisis estadísticos de los índices de bienestar, los puntajes de la prueba ESAN y del test ADHD, el análisis estructural de las disfuncionalidades familiar demuestran los cambios logrados a través del la aplicación del sistema y las técnicas de intervención.

Existe otro factor muy importante a destacar el cual es que todos estos cambios nos dan un claro ejemplo de las características que tienen los sistemas, es decir, el trabajo con un solo integrante de la familia provoca cambios en toda la familia, cambios positivos en un integrante generan más cambios positivos dentro de otros integrantes de la familia para igualar las situaciones y beneficios

recibidos; por último todos los individuos no involucrados dentro de la terapia en consultorio pero si en las relaciones con el paciente identificado buscan un bienestar para ellos y para la familia, esto lo podemos ver en la forma de actuar de la gran mayoría de los padres, pues en un principio no participaban, pero al ver un cambio en sus hijos y en sus esposas ellos querían formar parte del cambio positivo.

Lo anteriormente mencionado es un gran ejemplo de los que nos menciona Montalvo (2009) en relación con las características de los sistemas y también abre otro punto importante relacionado con los padrones repetitivos o sintomáticos.

Domínguez (2008) menciona que dentro del TDAH se cumple un ciclo sintomático y patrones interaccionales patológicos, los cuales son los que perpetúan el trastorno de hiperactividad. Problemas de conducta, fracasos, desmotivación y una falta de compromiso para exigir un mejor resultado por parte de los padres, eran los que con mayor frecuencia se presentaban en las familias de la investigación. Sin embargo la ruptura de esos patrones que hacían los padres o los propios pacientes era suficiente para crear un cambio en todo el sistema.

La tercera categoría en la que podemos observar los beneficios del sistema L.I.F.E. es en el propio TDAH, como es mencionado en el capítulo cuatro, el sistema L.I.F.E. cuenta con programas específicos que pueden ayudar a un gran número de problemas, pero en específico existen algunos que siendo aplicados ayudan a que el paciente genere cambios en su persona o en las demás.

En este caso el sistema logró relajar, tranquilizar, disminuir la ansiedad, el estrés y enfocar la atención de los pacientes identificados, estos cambios provocaron que las quejas por las que los niños llegaron a la investigación fueran disminuyendo y que se les dejara de considerar como niños con déficit de atención.

Lo anterior puede ser demostrado mediante las medias encontradas en los puntajes totales de la prueba ESAN en la cual de 58.71 bajó hasta 41.14 este decremento implica que los pacientes notaron su propio cambio comportamental después de la aplicación del sistema y también podemos observar la eficacia del sistema mediante las media del coeficiente de ADHD del test ADHDT, la cual en un inicio fue de 48.00 y descendió a 32.07, es decir, los padres también notaron un cambio en el comportamiento de sus hijos después de la aplicación del sistema L.I.F.E.

Nosotros podemos observar esos cambios mediante el análisis de las medias de los puntajes arrojados por el sistema L.I.F.E. de cada uno de los participantes, en 14 de los casos la puntuación fue menor de 75 y solo un caso arrojó una media de 75.7 para DA. Con respecto al DAH en 14 de los casos la media fue menor a 75 y solo en un caso el promedio llegó a 78.7, estos resultados demuestran que en el parámetro del sistema L.I.F.E. los pacientes no pueden considerarse como niños con TDA o TDAH.

Es importante mencionar que las tres categorías de los beneficios del sistema, no podrían estar completas sin las intervenciones familiares que sesión a sesión se realizaban, y que como se mencionó anteriormente las intervenciones jugaron un gran papel dentro la efectividad del tratamiento y de la permanencia de los cambios en las familias, estos cambios quedan constatados en la segunda medición de la estructura familiar, en la que en el 100% de los casos hubo un cambio positivo, es decir de una disfuncionalidad a una funcionalidad familiar.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación corroboran que la aplicación del sistema L.I.F.E. funciona como una herramienta que facilita cambios en el paciente identificado, debido a estos y a las intervenciones terapéuticas la familia genera sus propios cambios.

Comparando los puntajes de las pruebas aplicadas tanto a los pacientes como a sus padres, podemos observar una disminución del supuesto TDAH y de las conductas problema del paciente, un trabajo conjunto entre el sistema L.I.F.E. y técnicas encaminadas a la individualidad familiar pueden lograr cambios rápidos, perdurables y relevantes para una buena dinámica familiar.

La disponibilidad de los participantes en la terapia es otro punto muy importante a tratar dentro de estas conclusiones pues en cierta parte el resultado satisfactorio también dependía de este factor, por suerte fueron pocos los casos en los que la disposición del padre o de la madre no nos ayudaba a obtener buenos resultados. Por otra parte en la mayoría de las familias encontramos una disposición del 100% para trabajar técnicas como la REF, reestructuraciones, connotaciones positivas o simplemente sugerencias para una mejor relación familiar.

Los resultados obtenidos en los puntajes del sistema L.I.F.E. proporcionaron datos muy relevantes los cuales podemos discutir y comparar con la teoría antes revisada, el sistema L.I.F.E. nos arrojó un puntaje menor a 75 en la evaluación del AD y ADH. Debido a este resultado podemos mencionar que energéticamente los niños no tienen el supuesto TDA o TDAH este resultado puede apoyarse con la disminución del puntaje en las pruebas e inclusive con la literatura sistémica del TDA de Domínguez (2008), que nos propone el TDA más bien como un ciclo de patrones conflictivos, los cuales al menor cambio pueden llegar a desaparecer.

Hablando de manera concreta la presente investigación ha traído como consecuencia favorable una nueva manera de realizar intervenciones con niños y familias que acudan al consultorio con un posible diagnóstico de TDAH, estas intervenciones son libres de etiquetación alguna y son explotadas al máximo las potencialidades de cada uno de los participantes en la terapia.

La forma de dar esta terapia nos lleva a hacernos varias preguntas que son: ¿Existe el TDA?, ¿un maestro, un doctor un psicólogo o un padre puede o debe etiquetar a un niño con el trastorno?, ¿Los medicamentos son necesarios para el supuesto trastorno? Podríamos dar una respuesta a estas preguntas, pero es más favorable y útil hacer recomendaciones de intervención en las que los niños no sean etiquetados y los padres tomen un papel activo en la conducta de sus hijos, a diferencia de lo que se hace en otras terapias en las que el problema es del niño y los padres únicamente están obligados a tratar a su hijo.

Sería muy importante hacer algunas mejoras o recomendaciones para futuras investigaciones donde se trabaje con el sistema L.I.F.E. y con la terapia sistémica, sería interesante que no sólo se aplicara el sistema a los pacientes identificados, sino que también a las madres o familiares que se presenten con el paciente, pues en esta investigación se notó que en especial las madres de los niños estaban muy entusiasmadas por los cambios y referían que ellas también les gustaría que se les aplicara a ellas sistema.

Otra alternativa que podría ser interesante para una investigación es que se aplicara el sistema a la misma cantidad de niños y niñas generando así dos grupos de diferente género y una edad similar, ya que en esta investigación solo se trabajó con una niña pequeña y resultaría muy interesante que se pudiera hacer una comparación entre los cambios que pueden presentar los niños y las niñas con TDAH.

Para finalizar la última recomendación sería que las sesiones de aplicación del sistema tuvieran un seguimiento mas largo así se notarían cambios a largo plazo, la permanencia de los cambios obtenidos y ayuda para la superación de nuevos conflictos o adversidades dentro de la familia. Esta recomendación trae como consecuencia una investigación longitudinal que sería muy interesante para el tratamiento de conductas ligadas al TDAH.

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 Monterey, 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, México: Edo. Méx.

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, México: Edo. Méx.

Bertalanffy, L. (1987). **“Teoría general de los sistemas”**. México. Fondo de Cultura Económica.

Biografía Max Karl Ernest Ludwing Planck. En:
http://www.satrocosmo.cl/biografi/b_m-planck.htm

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”**. Edit. Cree-ser. México: Monterrey, N. L.

Equiluz, L. (2004). **“Terapia Familiar su Uso Hoy en Día”**. Edit. Pax, México: Distrito Federal

Fernández, R. y Carrobles, J. (1981). **Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones**. Ed. 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, México: Edo. Méx.
- Guilliem, J. (1995) **“Examiners Manual. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Test. A Method For Identifying Individuals With AAHD”**. Texas: Austin.
- Hoffman, L. (2001). **“Fundamentos de la terapia familiar”**. FCE.
- L.I.F.E. System, Manual de capacitación y uso
- Minuchin, S. (1967). **Families of the slums: an exploration of their structure and treatment**. Basic Books, N. Y.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1990). **Técnicas de Terapia Familiar**. Ed. Paidós, México.
- Minuchin, S. (1986). **Familias y Terapia Familiar**. Ed. Gedisa, México.
- Montalvo, J. (2009). **Terapia Familiar Breve**. Ed. Trillas: México
- 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>
- Morrison, J. (2008). **“DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”**. México: Manual Moderno.
- Myss, C. (2005). **“Anatomía del Espíritu”**. Traducción por Amelia Brito. Ediciones B. España.

Ortiz, G. (2007). "ESAN Escala de autoidentificación de síntomas de TDA/TDAH para niños y niñas en edad escolar."

Stabio, S.A. (2010). Febrero-Marzo ¡Todos con Add! 11 Congreso Virtual de psiquiatria. 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>

ANEXOS

Anexo 1
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?

CONCLUSION _____

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?

CONCLUSION _____

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 FRATERO_____

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. SOBREENVOLUCRAMIENTO

1) ¿Existen miembros de la familia que se necesiten mutuamente para casi todo, todo se lo cuenten entre sí, 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 2

ADHDT	Nombre: _____																																																																																																																					
	Domicilio: _____																																																																																																																					
<p>Prueba de Desorden</p> <p>Déficit de Atención/ Hiperactividad</p> <p>Un método para identificar individuos con ADHD</p>	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																																																																																																																				
FORMA DE RESPUESTA																																																																																																																						
Sección II. Puntaje Total	Sección IV. Perfil de Puntajes																																																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Subpruebas</th> <th>Puntaje Crudo</th> <th>S</th> <th>%</th> <th>SEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hiperactividad</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Impulsividad</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Inatención</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Suma de puntajes estándar</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coefficiente ADHD</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Subpruebas	Puntaje Crudo	S	%	SEM	Hiperactividad	_____	_____	_____	1	Impulsividad	_____	_____	_____	1	Inatención	_____	_____	_____	1	Suma de puntajes estándar	_____	_____	_____		Coefficiente ADHD	_____	_____	3		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ADHDT Subpruebas</th> <th>ADHDT Compuesto</th> <th>Otras medidas de inteligencia, aprovechamiento o conducta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Puntaje de la subprueba</td> <td style="text-align: center;">Coefficiente compuesto</td> <td style="text-align: center;">Coefficiente AHO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Hiperactividad</td> <td style="text-align: center;">Prueba _____</td> <td style="text-align: center;">Prueba _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Impulsividad</td> <td style="text-align: center;">Prueba _____</td> <td style="text-align: center;">Prueba _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Inatención</td> <td style="text-align: center;">Prueba _____</td> <td style="text-align: center;">Prueba _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Coefficiente compuesto</td> <td style="text-align: center;">Prueba _____</td> <td style="text-align: center;">Prueba _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Coefficiente AHO</td> <td style="text-align: center;">Prueba _____</td> <td style="text-align: center;">Prueba _____</td> </tr> </tbody> </table>		ADHDT Subpruebas	ADHDT Compuesto	Otras medidas de inteligencia, aprovechamiento o conducta	Puntaje de la subprueba	Coefficiente compuesto	Coefficiente AHO	Hiperactividad	Prueba _____	Prueba _____	Impulsividad	Prueba _____	Prueba _____	Inatención	Prueba _____	Prueba _____	Coefficiente compuesto	Prueba _____	Prueba _____	Coefficiente AHO	Prueba _____	Prueba _____																																																																	
Subpruebas	Puntaje Crudo	S	%	SEM																																																																																																																		
Hiperactividad	_____	_____	_____	1																																																																																																																		
Impulsividad	_____	_____	_____	1																																																																																																																		
Inatención	_____	_____	_____	1																																																																																																																		
Suma de puntajes estándar	_____	_____	_____																																																																																																																			
Coefficiente ADHD	_____	_____	3																																																																																																																			
ADHDT Subpruebas	ADHDT Compuesto	Otras medidas de inteligencia, aprovechamiento o conducta																																																																																																																				
Puntaje de la subprueba	Coefficiente compuesto	Coefficiente AHO																																																																																																																				
Hiperactividad	Prueba _____	Prueba _____																																																																																																																				
Impulsividad	Prueba _____	Prueba _____																																																																																																																				
Inatención	Prueba _____	Prueba _____																																																																																																																				
Coefficiente compuesto	Prueba _____	Prueba _____																																																																																																																				
Coefficiente AHO	Prueba _____	Prueba _____																																																																																																																				
Sección III. Guía de Interpretación																																																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Puntaje de la</th> <th>Coefficiente ADHD</th> <th>Grado de Severidad</th> <th>Probabilidad de ADHD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17-19</td> <td>131+</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td>Muy alta</td> </tr> <tr> <td>15-16</td> <td>121 - 130</td> <td></td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>13 - 14</td> <td>111 - 120</td> <td></td> <td>Arriba del promedio</td> </tr> <tr> <td>8 - 14</td> <td>90 - 110</td> <td></td> <td>Promedio</td> </tr> <tr> <td>0 - 7</td> <td>80 - 89</td> <td></td> <td>Abajo del promedio</td> </tr> <tr> <td>4 - 5</td> <td>70- 79</td> <td></td> <td>Baja</td> </tr> <tr> <td>1 - 3</td> <td>- 69</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td>Muy Baja</td> </tr> </tbody> </table>	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>20</td><td></td><td>180</td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td>155</td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td>145</td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td>140</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>135</td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td>*</td><td>130</td><td>*</td></tr> <tr><td>15</td><td>*</td><td>125</td><td>*</td></tr> <tr><td>14</td><td>*</td><td>120</td><td>*</td></tr> <tr><td>13</td><td>*</td><td>115</td><td>*</td></tr> <tr><td>12</td><td>*</td><td>110</td><td>*</td></tr> <tr><td>11</td><td>*</td><td>105</td><td>*</td></tr> <tr><td>10</td><td>*</td><td>100</td><td>*</td></tr> <tr><td>9</td><td>*</td><td>95</td><td>*</td></tr> <tr><td>8</td><td>*</td><td>90</td><td>*</td></tr> <tr><td>7</td><td>*</td><td>85</td><td>*</td></tr> <tr><td>6</td><td>*</td><td>80</td><td>*</td></tr> <tr><td>5</td><td>*</td><td>75</td><td>*</td></tr> <tr><td>4</td><td>*</td><td>70</td><td>*</td></tr> <tr><td>3</td><td>*</td><td>65</td><td>*</td></tr> <tr><td>2</td><td>*</td><td>60</td><td>*</td></tr> <tr><td>1</td><td>*</td><td>55</td><td>*</td></tr> </tbody> </table>		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	*
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																																																																																																																			
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			

ESAN

Escala de Síntomas de déficit de Atención en Niños y Niñas Mexicanos (Ortiz, 2007)

FECHA DE APLICACIÓN: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____
 SEXO: F () M () EDAD: _____ años _____ meses
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 GRADO ESCOLAR: _____

INSTRUCCIONES:

“Te voy a leer unas preguntas las podrás responder con las siguientes opciones: nunca, regular, mucho o bastante, recuerda contestarme solo con una opción.

Te voy a dar un ejemplo ¿Tienes hambre?, tu me puedes contestar: nunca, poco, regular, mucho, bastante – se espera una respuesta – bien eso es lo que tu tienes que hacer.

Si hay alguna pregunta o palabra que no entiendes me lo dices, vamos a iniciar

PUNTUACION TOTAL	
PUNTUACION TC	
PUNTUACION DA	
PUNCTUACION HI	

1	TC Eres enojón(a)	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
2	TC Saltas muchas veces en donde no puedes hacerlo	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
3	TC Sientes que eres distraído(a)	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
4	TC Te cuesta trabajo estarte quieto(a) en tu casa	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
5	TC Te enojas	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
6	TC Rompes cosas sin querer en tu casa	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
7	TC Haces berrinches	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

8 TC	Te han dicho que eres muy descuidado(a)	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
9 TC	Te aburres rápidamente en la escuela	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
10 TC	Cometes errores por descuido en tus tareas	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
11 TC	Te niegas a obedecer a los adultos	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
12 TC	Interrumpes a tus compañeros cuando están trabajando	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
13 TC	No te puedes detener cuando estas jugando, es decir, quieres jugar todo el tiempo	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
14 DA	Te es difícil hacer tareas muy complicadas	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
15 DA	Te cuesta trabajo seguir las instrucciones que se te dan para realizar una tarea	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
16 DA	Te es difícil poner atención cuando estas haciendo algún ejercicio en la escuela	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
17 DA	Te distraes cuando hay un ruido fuerte y no recuerdas que estabas haciendo	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
18 DA	Cuando estas sentado(a) te mueves mucho	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
19 DA	Te cuesta trabajo poner atención suficiente a los detalles	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

20 DA	Te aburres rápidamente cuando estas jugando	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
21 DA	Corres en un lugar donde no puedes hacerlo	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
22 DA	Mueves demasiado tus pies, sin que estés caminando	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
23 DA	Te cuesta trabajo estarte quieto(a) en los lugares donde vas de visita	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
24 HI	Inicias peleas con tus compañeros en la escuela	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
25 HI	Quisieras hacer muchas cosas al mismo tiempo	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
26 HI	Molestas a los niños sin que te hagan algo en la escuela	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
27 HI	Te es difícil terminar tus tareas, tú solo en tu casa	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
28 HI	Eres rencoroso (a) o vengativa(a)	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
29 HI	Contestas antes de que el maestro(a) termine de hacer las preguntas	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
30 HI	Te cuesta trabajo esperar tu turno cuando estas formado para que te califiquen	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
31 HI	Te cuesta trabajo jugar en donde tengas que estar sentado(a)	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE
32 HI	Te paras muchas veces de tu asiento en el salón de clases	NUNCA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE