

Familias entrampadas en la hiperactividad¹

Families trapped in hyperactivity

Ledy Maryory Bedoya Cardona

Trabajadora social U. de A., Especialista en Trabajo Social Familiar UPB, Especialista en Terapia Familiar Sistémica UPB, Magíster en Terapia de Familia UPB. Lebeca2@hotmail.com. Terapeuta Familiar del proyecto Buen vivir en Familia de la Secretaría de Bienestar Social - HOMO

Margarita María Alviar Ruiz

Trabajadora social UPB, Especialista en Trabajo Social Familiar UPB, Especialista en Terapia Familiar Sistémica UPB, Magíster en Terapia de Familia UPB. margaritalviar@outlook.com.

- 1 Este artículo hace referencia a la terapia familiar sistémica como parte del tratamiento en casos de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), según investigaciones revisadas y la experiencia en la práctica clínica, se encuentra mayor prevalencia de los trastornos hiperkinéticos en niños más que en niñas. la clasificación internacional de enfermedades (cie 10) y otras investigaciones al respecto referencian este predominio. (Bloom & Cohen 2007, p.5) es por esta razón que en la investigación realizada y en el presente artículo se hace referencia específicamente al TDAH en niños.

Recibido:
Mayo 28 de 2013
Aprobado:
Junio de 2013

Resumen

El presente trabajo investigativo - terapéutico, da cuenta de los cambios que se presentan en el funcionamiento de familias con niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) después de realizar un proceso de terapia familiar sistémica. El TDAH es considerado un trastorno del comportamiento infantil que impacta al sistema de relaciones, en este caso la familia de la cual el niño hace parte. Con tal propósito se realizó la comparación de dos grupos de 5 familias, uno de estos grupos participó del proceso de terapia familiar sistémica y el otro grupo fue considerado de control, ambos contaron con la aplicación de la Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y la Cohesión Familiar - FASES III, instrumento que permitió obtener una visión del funcionamiento antes y después del proceso terapéutico. En este trabajo fue posible identificar cambios posteriores al proceso terapéutico que respondían a un nivel mayor de satisfacción en el funcionamiento familiar, en contraste con el grupo control cuyas familias presentaron pocos movimientos, permaneciendo más estables. Estos cambios tenían directa relación con el ejercicio de la autoridad y la relación que la familia establecía con el diagnóstico del TDAH. Se encontró concordancia entre los aportes de la narrativa en el ejercicio terapéutico con el abordaje de este tipo de situaciones.

Palabras clave:

TDAH, Familia, funcionamiento familiar, proceso terapéutico, grupo control

Abstract

The current therapeutic-research work talks about the functioning changes in families with children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHA), in which after a systemic family-therapy process ADHA is considered a disorder in children's behavior that impacts the relations system of the child-s family. With that in mind, a study comparing two groups of five families was conducted. One of these groups underwent a systematic family-therapy process and the other one was considered a control group, both groups were assessed with the "Familiar Cohesion and Adaptability Evaluation Scale- Phases III", a tool which allowed to see the functioning of the family before and after the therapeutic process. It was possible to identify the subsequent changes to the therapeutic treatment in this study, which responded to a higher level of satisfaction in family functioning compared to the control group in which families showed few changes, remaining more stable. These changes were directly related to the exercise of authority and the relationship that the family established with the ADHA diagnosis. Concordance was found between the contributions of the narrative in the therapeutic exercise and the approach of these types of situations.

Keywords:

ADHA, Family, Family functioning, therapeutic process, control group.

El presente artículo da cuenta de los principales hallazgos de la investigación: “Familias atrapadas en la Hiperactividad: una mirada a los cambios que pueden suceder en el funcionamiento de familias después de realizar un proceso de terapia familiar sistémica, cuando consultan por el trastorno déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en uno de los hijos”.

Esta investigación tuvo como objetivo analizar los cambios que pueden suceder en el funcionamiento de familias con niños diagnosticados con TDAH, después de realizar un proceso de terapia familiar sistémica cuando consultan por el trastorno, como se verá más adelante para tal fin se realizó un paralelo entre un grupo de familias que fueron atendidas en terapia familiar sistémica y otro grupo de familias que no realizó este proceso terapéutico.

A continuación el lector encontrará una breve introducción sobre el TDAH y los principales problemas y desafíos que encuentran las familias que viven el diagnóstico, seguida por el marco referencial que parte de la perspectiva sistémica de la familia, la enfermedad y la relación de estas con el TDAH; posteriormente el diseño metodológico con el que se realizó la investigación y finalmente se presenta un análisis de la terapia familiar en los casos de niños diagnosticados con TDAH y las conclusiones de la investigación.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) aparece definido desde diferentes disciplinas y con conceptualizaciones variadas a través de la historia. La Organización Mundial de la Salud (OMS 1992) en la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE10) y la American Psychiatric Association (APA 2000) en el DSM IV-R, lo definen como un trastorno del comportamiento o específicamente “**trastorno de la actividad y la atención**”, que se caracteriza por 3 componentes básicos: impulsividad, hiperactividad y dificultad en la atención.

El CIE 10 menciona la prevalencia de los trastornos hipercinéticos en niños más que en niñas, otras investigaciones al respecto referencian esta preponderancia. La publicación *Vital and Health Statistics* de Centros para el control y la prevención de enfermedades como se cita en Bloom & Cohen (2007, p. 5) indica que los niños son dos veces más propensos que las niñas a tener el TDAH con una prevalencia de 11% en niños y 4% en las

niñas. El consenso internacional sobre el TDAH en 2002, coordinado por El Dr. Russell A. Barkley, indicó que este trastorno en los niños conduce a debilitar actividades vitales importantes, incluyendo las relaciones sociales, la educación, el funcionamiento familiar y ocupacional, la autosuficiencia y la adherencia a las reglas, normas y leyes sociales. Dada la disminución de las actividades vitales importantes de las personas que padecen TDAH, las familias de niños que tienen este desorden se ven enfrentadas a dificultades relacionadas con su vida escolar, social y emocional. Las familias y especialmente los padres deben afrontar situaciones difíciles para tratar de armonizar las necesidades del niño con la vida en el hogar, a su vez deben también afrontar las situaciones escolares que surgen en torno al aprendizaje y la relación con sus docentes y pares.

Variadas ramas de la medicina que estudian los orígenes del TDAH como la psiquiatría y la neurología atribuyen a la genética su aparición, sin embargo es importante anotar que existen factores asociados del ambiente que pueden afectar el desarrollo de este desorden. Dichos factores tienen que ver entre otros con el ambiente en el hogar y las habilidades parentales para educar al niño. Es precisamente en este aspecto del funcionamiento familiar donde se enfoca la investigación de la cual se deriva éste artículo, con el fin de analizar la pertinencia de la terapia familiar sistémica como parte del tratamiento del TDAH y sobre todo como impulsadora de cambios familiares en cuanto a la forma de relacionarse con el trastorno (Rolland, 2000, p. 34). Es significativo destacar que el niño padece o tiene un trastorno, pero él no es el trastorno, así pues, el TDAH se convierte en “una entidad separada, externa por tanto a la persona”, esto hace parte de lo que White & Epston, principales exponentes de la terapia narrativa, denominaron *externalización del problema*, un abordaje terapéutico que intenta ayudar a las familias a buscar nuevas historias y posibilidades familiares para afrontar de un modo más eficaz y menos tenso los problemas. (White & Epston, 1993 p. 53-55).

Algunos tratamientos como la terapia cognitivo conductual y la terapia farmacológica consideran la participación familiar como referente de ayuda para el éxito del tratamiento, pero centran la atención en el niño. Otras como el psicoanálisis aunque introducen elementos relacionales importantes también desarrollan un modelo de intervención individual. Respecto a los tratamientos DuPaul y Power (2000) afirman que las intervenciones aisladas para el tratamiento del trastorno no normalizan el rendimiento de los niños, por lo que es necesario complementar la intervención con procedimientos

alternos, esto es conocido como intervenciones multimodales, que incluyen la medicación combinada con acomodamientos educativos, familiares y sociales.

Es preciso considerar que los trastornos del comportamiento, así como la aparición de cualquier enfermedad, genera demandas y acomodaciones en un sistema familiar, pues cualquier familia puede verse afectada ante los ajustes que inserta el nuevo fenómeno. En el caso de afecciones crónicas o de larga duración como el TDAH las incertidumbres y ambigüedades suelen prolongarse y con el tiempo es posible que aparezcan tensiones psicosociales que afecten seriamente el sistema familiar de acuerdo al momento del ciclo vital, la forma y la intensidad con la que aparezca el trastorno. (Rolland, 2000, p. 22).

En cuanto a los principales problemas y desafíos que experimenta la familia que vive esta experiencia, se encuentran las relaciones de poder entre padres e hijos y la forma de afrontar los cambios, dado que el ejercicio de la autoridad se ve afectado cuando los hijos desarrollan comportamientos desafiantes que demandan la necesidad de crear nuevas implementaciones en este ejercicio, además de que el cambio se hace necesario y algunos padres mantienen sus esfuerzos en evitarlo ante la práctica de lo ya conocido.

Los niños con diagnóstico de TDAH suelen convertirse en el centro de atención de los espacios en que interactúan, en la mayoría de los casos llevando a costas una carga que los rotula como problemáticos y rechazables, situaciones que suelen padecer sus grupos familiares e incluso que terminan reforzando y naturalizando. Esto implica entonces una alteración en el funcionamiento del sistema familiar que sin entrar a considerar la causa por la que aparece el TDAH (ya que no fue el objetivo del trabajo investigativo cuestionar la etiología del trastorno) detona angustia, temor, incertidumbre y sentimientos de pérdida de control que son los más constantemente manifestados en la consulta de terapia familiar.

Los hallazgos respecto al TDAH, el aumento del mismo como motivo de consulta, la experiencia en la clínica en la cual se evidencia la fuerza que cobra este fenómeno, la polémica que genera y especialmente el lugar de la terapia familiar como estrategia de intervención y tratamiento, aumentan el interés de avanzar en investigaciones enfocadas en asuntos relacionales que permitan explorar diferentes y nuevas formas de intervención respecto al TDAH y sus implicaciones familiares.

La terapia familiar puede considerarse una forma de intervención terapéutica que propone no sólo la participación de padres y cuidadores como facilitadores de los procesos individuales de los niños, sino la revisión de las interacciones que en ella se establecen y que generan condiciones propicias para la aparición de síntomas o comportamientos sintomáticos de características similares al TDAH. Si bien este llamado “trastorno del déficit de atención con hiperactividad” presenta como lo referencian los estudios y la literatura un compromiso biológico con características hereditarias (Fundación Gradás, 2006), también es cierto que la trama relacional problemática, dentro y fuera de la familia y de conversaciones en la familia acerca de las creencias y significados rígidos o entrampadores en relación con este tipo de trastorno en uno de sus hijos, podría mantener, reforzar o agudizar el afrontamiento del trastorno, modificando la forma del funcionamiento familiar.

Marco Referencial

El marco referencial de la investigación fuente del artículo parte de la perspectiva sistémica de la familia, la enfermedad y la relación de estas con el TDAH. Para la comprensión y análisis de la temática se consideran relevantes las conceptualizaciones del TDAH, sus orígenes, efectos y tratamientos, y la conceptualización sistémica de la familia, su funcionamiento y el sistema familiar de creencias respecto al trastorno en mención, además la conceptualización de la terapia familiar sistémica a la luz del constructivismo y los aportes de la narrativa.

Concepción sistémica de la enfermedad

El modelo sistémico de la enfermedad considera a la familia su punto central ya que ésta proporciona información amplia para examinar considerablemente las situaciones que giran en torno a la salud. Igualmente, enfatiza en los procesos interactivos que tienen lugar entre las demandas psicosociales de las diferentes afecciones. Esta perspectiva considera como punto de referencia el ajuste entre el estilo de vida de una familia y las demandas psicosociales de las diferentes afecciones a lo largo del tiempo. (Rolland, 2000, p. 34). Es importante resaltar que desde esta perspectiva ninguna pauta familiar es considerada saludable o patológica.

Rolland pone de manifiesto la importancia y el poder de los sistemas de creencias en el pensamiento clínico. Indica que todas las personas de manera individual o como integrantes de algún grupo como la familia u otros sistemas, desarrollan un sistema de creencias que determina las pautas de comportamiento en relación con los retos comunes de la vida. (Rolland, 2000, p. 170). Desde la perspectiva del constructivismo y el construccionismo social es posible asociar el conocimiento a una construcción del ser humano (Agudelo & Estrada 2011, p. 58), a un fenómeno social desarrollado en un proceso constante por medio de las interacciones entre las personas. Así pues, las creencias y los significados son continuamente creados en las narrativas que se construyen para darle sentido al mundo. (Rolland, 2000, p. 171).

El modelo sistémico de la enfermedad para esta conceptualización de las enfermedades, propone unas distinciones que en correspondencia con el momento de la vida familiar en la que aparece, implica unos ajustes y cambios que traen consigo tensiones o crisis. Pittman (1990) indica que una crisis se produce “cuando una tensión afecta a un sistema y requiere un cambio que se aparta de su repertorio usual. Es posible evaluar cuatro categorías de crisis según la naturaleza de la tensión: inesperadas, del desarrollo, estructurales y de desvalimiento” (Pittman, 1990, p. 29). En el caso donde un niño es diagnosticado con TDAH, es posible ubicar las dificultades generadas a raíz de este diagnóstico en las familias que atraviesan crisis de desvalimiento, en tanto uno o más de sus miembros son dependientes, la persona dependiente, en este caso el niño, mantiene ligada la familia con sus exigencias de cuidado y atención. Si se asocia la crisis de desvalimiento al momento del desarrollo que vive la familia, es posible identificar algunas dificultades específicas en su etapa escolar, como la demanda de acompañamiento en las tareas escolares y la dificultad para avanzar en procesos de independencia, en algunos casos ante las dificultades asociadas al aprendizaje, ya sea por comorbilidad con el diagnóstico del TDAH o como consecuencia de la dificultad en los procesos de atención.

Desde la perspectiva sistémico-constructivista, es importante considerar la concepción ecosistémica de familia propuesta por la Investigadora Olga Lucía López (2011), quien plantea:

En la dimensión societaria, familia es un sistema en permanente crecimiento y desarrollo, dotado de un espacio psíquico relacional humano y plural, que mediatizado por relaciones vinculantes configura en el vivir cotidiano, el surgir del lenguaje primigenio, las emociones, las creencias y los significados, dando origen a las identidades que construyen seres humanos específicos en una cultura y sociedad determinada. (p. 59).

Dicha concepción, implica la pertinencia de tener en cuenta la influencia del contexto social al cual pertenece la familia, su proceso de desarrollo, el espacio relacional donde se dan las interacciones que muestran la potencia de los vínculos intrafamiliares y el surgimiento de las emociones y las creencias en ese espacio, particularmente en este caso frente a la situación de uno de los hijos que presenta el TDAH. Según la misma concepción, al estar la familia en permanente crecimiento y evolución que la dota de una dinámica característica de estabilidad y cambio, puede tornar al sistema familiar, justamente en su funcionamiento, más vulnerable en especial cuando es retada por eventos o factores estresantes, de acuerdo con las experiencias vividas por la familia.

La terapia narrativa: Algunos terapeutas postmodernos sostienen que las personas construyen relatos de su experiencia y relaciones para darle sentido a su vida y al interactuar con otros en la representación de estos relatos modelan sus propias vidas y relaciones (White & Epston, 1993, p. 30). Al acudir a terapia familiar, las personas han experimentado problemas derivados de sus vivencias, de los cuales dan cuenta a través de sus relaciones que en la oralidad cobran nuevos y variados significados o connotaciones que agudizan o liberan las experiencias. Respecto a las narraciones de sus vivencias las personas crean relatos dominantes acerca de sus vidas y sus relaciones, que dejan por fuera muchos aspectos de la experiencia vivida, estos aspectos de la experiencia que no se integran al relato dominante son denominados acontecimientos extraordinarios², y están siempre presentes, pero el relato dominante, saturado de problemas no puede incorporarlos.

2 Témino original de Goffman 1961 y retomado por White y Epston en su libro medios narrativos para fines terapéuticos (1993. P 32).

Una de las técnicas terapéuticas de mayor relevancia desde la terapia narrativa es la externalización del problema, cuya aplicación invita a las personas a separarse de los problemas que las aquejan, convirtiendo el problema en una entidad externa a ellas. Al lograr separar el problema de la vida de las personas, estas se encuentran en mejores condiciones para identificar acontecimientos extraordinarios (White & Epston, 1993, p. 33). Cuando logran separarse de sus relatos dominantes pueden sentirse capaces de intervenir en sus vidas y en sus relaciones, y es mucho más fácil atribuirle significados a los acontecimientos extraordinarios con el fin de generar relatos alternativos, donde nuevas historias se incorporen y se le pueda dar un nuevo rumbo a la forma de ver la vida y a las relaciones.

Diseño metodológico: La investigación que originó este artículo fue de tipo cualitativo con tendencia hermenéutica, buscó avanzar en la comprensión de la forma en que las familias construyen significados, vivencias y cambios en el funcionamiento familiar en relación con el TDAH, cuando realizan procesos de terapia de familia sistémica. Fue necesario mirar de cerca el funcionamiento familiar y su coherencia interna, además de la comprensión de la interacción en el proceso terapéutico que se construyó entre éstas y el terapeuta de familia durante el proceso. Por tanto esta investigación se centró en un doble foco: investigativo y terapéutico; se consideró también como investigación aplicada, con un “antes” y un “después” teniendo en cuenta los objetivos que buscaba el trabajo. La unidad de información fue la familia en dos momentos de medición: “el antes” y el “después”, tanto en el proceso terapéutico del cual participaron 5 familias, para dar cuenta de los cambios en el funcionamiento familiar, como en 5 familias que conformaron el grupo control.

Los criterios de selección de la fuente primaria fueron:

Para familias que realizaron procesos de terapia familiar sistémica:

- a) Familias con un hijo diagnosticado con TDAH entre los 7 y 12 años de edad.
- b) Familias cuyo diagnóstico de TDAH incluía dentro de las recomendaciones recibir atención familiar (seleccionadas para el proceso terapéutico).

Para la selección del grupo control:

- a) Familias que reportaran características socio-demográficas similares a las que participaron en el proceso terapéutico. b) Familias pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 de la ciudad de Medellín³.

Las 10 familias que participaron en el estudio (cinco realizaron proceso terapéutico y cinco hicieron parte del grupo control) conformaron la fuente primaria, de la cual también hizo parte el sistema terapéutico (formado por la familia y el terapeuta de familia). La fuente secundaria la constituyeron la consulta bibliográfica de documentos escritos, las investigaciones locales, nacionales e internacionales, las historias clínicas de las familias y otros textos de lectura requeridos para la comprensión del fenómeno.

Las categorías centrales de esta investigación las constituyeron: la familia, el diagnóstico del TDAH y el proceso terapéutico. Se tomaron como variables de la categoría familia: el funcionamiento, tanto antes como después del proceso terapéutico y las características socio demográficas: tales como la tipología y el ciclo vital; el TDAH (categoría teórica) y los aspectos relacionados con características, orígenes y tratamientos; y el proceso de terapia familiar dentro del cual se tomaron en cuenta estos aspectos: las creencias respecto al TDAH, el motivo de consulta, las narrativas de la familia respecto a sus vivencias en relación con el TDAH. Los Instrumentos de medición fueron: la historia clínica, la escala de cohesión y adaptabilidad familiar de Olson (FACES III)⁴ y la valoración diagnóstica del TDAH.

El plan de análisis consideró como primer momento el procesamiento en una base de datos de la historia clínica, que contenía la información de la caracterización sociodemográfica y el desarrollo de los procesos

3 El Proyecto Buen Vivir en Familia de la Secretaría de Bienestar Social de la Alcaldía de Medellín y el Aula de Apoyo de la Institución Educativa Francisco Miranda, propiciaron el acercamiento a las familias participantes del estudio.

4 Escala que permite obtener el estado del funcionamiento familiar tal y como es percibido por sus miembros. Tiene en cuenta el ideal de la familia respecto al funcionamiento para conocer su nivel de satisfacción en cuanto a cohesión, adaptabilidad y comunicación según el modelo circumplejo. La cohesión definida como el vínculo emocional entre los miembros del sistema, la adaptabilidad definida como la habilidad de la familia para el cambio y se considera la comunicación como dimensión facilitadora entre la cohesión y la adaptabilidad. Esta escala mide 8 subescalas en la primera (cohesión) y 6 en la segunda (adaptabilidad). Las de cohesión son: vinculación emocional, límites familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones e interés y recreación. Las subescalas de adaptabilidad son: asertividad, control, disciplina, negociación, roles y reglas. Este instrumento fue diseñado con fines de investigación y evaluación clínica. (Olson 1982)

terapéuticos; en un segundo momento se sistematizó el instrumento FACES III (pretest y postest) que permitió analizar el funcionamiento familiar de ambos grupos (control y proceso terapéutico); el tercer momento permitió cruzar la información obtenida del grupo control y el grupo que realizó el proceso terapéutico; y como cuarto momento se desarrolló el análisis de la información a la luz de los objetivos planteados en la investigación que facilitó además de llegar a las conclusiones teóricas dar cuenta del desarrollo de los procesos terapéuticos.

Funcionamiento familiar

Las familias de esta investigación fueron evaluadas según el Modelo Circumplejo de Olson (FACES III), que tiene en cuenta las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y la comunicación. Tanto la cohesión como la adaptabilidad se dividen en cuatro niveles, para el caso de la cohesión: las familias aglutinadas, conectadas, separadas, y desligadas; para el caso de la adaptabilidad, se clasifican en: familias rígidas, estructuradas, flexibles, y caóticas (Olson, 1982). El cruce de los cuatro niveles de cada dimensión produce 16 tipos de familias que pueden agruparse en tres rangos: balanceado, medio y extremo (Delgado & Ricapa, 2010, p. 156).

Según lo indica la teoría del Modelo Circumplejo en sus hipótesis, las familias del centro y del medio se consideran saludables ya que en sus funciones tienen habilidades de comunicación más positivas y las de los extremos problemáticas, ya que se considera que probablemente estas tenderán a tener mayores dificultades para afrontar el estrés situacional y del desarrollo (Olson, 1982, pp. 6, 7). Es importante tener en cuenta que estas hipótesis varían de acuerdo a las expectativas de la familia que se evidencian en el nivel de satisfacción percibido entre lo real y lo ideal, lo que plantea por ejemplo que si una familia extrema en su ideal desea conseguir similitud con su realidad, funciona de esa manera sin mayores expectativas de cambio.

El gráfico 1 muestra el Modelo Circumplejo con los 16 tipos de sistemas familiares, y la agrupación en los tres rangos señalados, estos se identifican según el color de la ubicación de las familias así: amarillo- balanceadas, naranja-medias, rojo-extremas.

Gráfico 1
Modelo circumplejo
16 Tipos de sistemas maritales y familiares

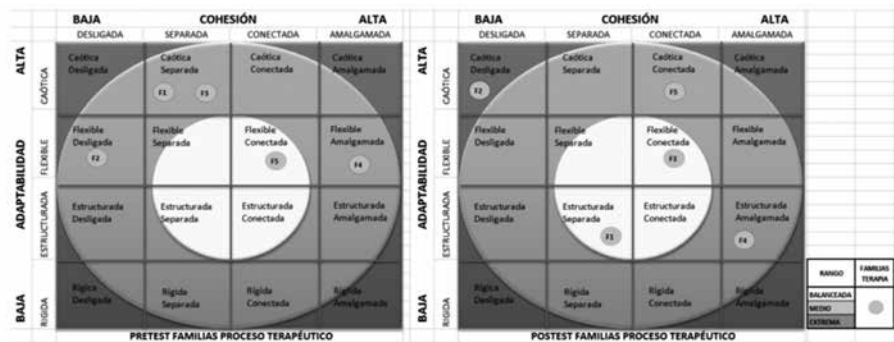


Elaboración de las autoras

El gráfico 2 muestra la ubicación según el Modelo Circumplejo de las familias que realizaron proceso de terapia familiar en dos momentos de la investigación: el pretest, realizado antes de la terapia familiar y el postest realizado una vez culminada la misma. Es posible identificar en la gráfica que al momento del pretest una familia (F5) estaba ubicada en el rango balanceado, lo que puede indicar según la teoría del modelo que ésta contaba con mayor equilibrio entre la cohesión y la flexibilidad para el cambio, gracias a su adecuado proceso de comunicación. Las cuatro familias restantes estaban ubicadas en el rango medio, indicando mayores fortalezas en cuanto a adaptabilidad y debilidades en la dimensión de cohesión.

Finalizado el proceso terapéutico, las familias se ubicaron de la siguiente forma: dos (F3 y F1) en rango balanceado, indicando movimientos hacia el equilibrio entre los niveles de apego y flexibilidad para el cambio, dos se ubicaron en rango medio y una familia pasó al rango extremo disminuyendo sus niveles de cohesión e incrementando los de adaptabilidad, respondiendo a movimientos propios del ciclo vital.

Gráfico 2
Ubicación en el modelo circuplejo de las familias que realizaron terapia familiar: antes y después del proceso de terapia

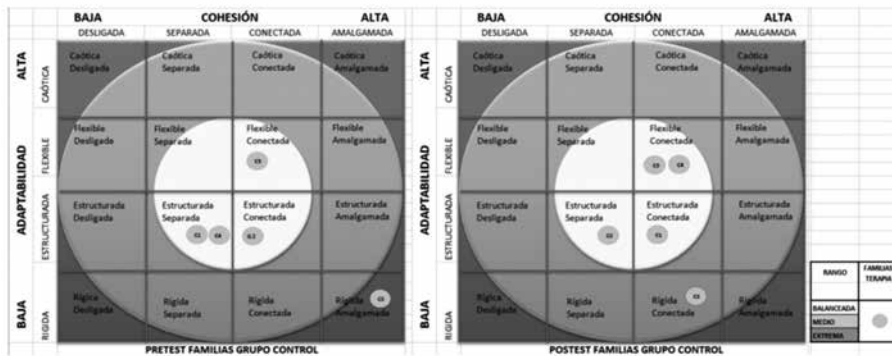


Elaboración de las autoras

Las familias del grupo control al momento del pretest se ubicaron en su mayoría en el rango balanceado (4), una se ubicó en un rango extremo. En contraste con el grupo que recibió terapia familiar puede observarse según el Modelo Circuplejo, que estas familias posiblemente contaban con mayores recursos, ya que en el cumplimiento de sus funciones según la teoría tienen habilidades más positivas de comunicación y esto a su vez repercute en su mayor disposición al cambio y al establecimiento de relaciones más satisfactorias entre sus miembros.

El siguiente gráfico (3) muestra cómo en el momento de la aplicación del postest, las mismas cuatro (4) familias del grupo control continuaron en el rango balanceado, notándose algunos movimientos dentro de los tipos de sistemas familiares que se sitúan dentro este rango. Una familia se movió de un rango extremo hacia uno medio. Es preciso indicar en este punto, que la totalidad de las familias del grupo control, si bien no recibieron terapia de familia durante el tiempo de este estudio, sí recibían otro tipo de tratamientos como aula de apoyo (5), medicación (4), y algunos casos recibían tratamiento neurológico, terapia ocupacional, rehabilitación neuropsicológica y acompañamiento psicológico, esto puede considerarse al momento de valorar su posición en rangos más balanceados dentro del Modelo Circuplejo, ya que son familias que gracias a esto poseían mayores herramientas para afrontar de la situación.

Gráfico 3
Ubicación en el modelo circunplejo de las familias del grupo control:
PRETEST - POSTEST



Elaboración de las autoras

La terapia familiar en los casos de niños con TDAH: motivos de consulta

Aunque en las familias la forma de expresar sus principales preocupaciones varía en los relatos, fue común encontrar que todos tenían como punto de encuentro la preocupación por el comportamiento rebelde o desafiante de los niños, sus dificultades para cumplir las órdenes, las dificultades de los padres para hacerlas cumplir, para encontrar formas efectivas de sanción diferentes al maltrato, para establecer acuerdos entre padres o cuidadores, además de la dificultad para manejar sus emociones ante dichos comportamientos.

El ejercicio de la autoridad y su estrecha relación con el TDAH se visibiliza como el principal motivo de consulta, transversalizado por diversas situaciones familiares que también se revelan como problemáticas durante la terapia, y que pueden reforzar, agudizar o mantener las características problemáticas del TDAH.

Diversos estudios (Raya, 2008; Gómez 2005; Herrero, 2006; Zapata, 2003) han demostrado que los estilos disciplinarios altamente directivos o permisivos, o en general la manera de ejercer la autoridad y las formas de crianza se convierten en factores que pueden exacerbar o disminuir los

síntomas relacionados con el TDAH, las familias de la investigación coinciden con estas versiones en la medida en que se evidenciaron dificultades de orden disciplinario, en los acuerdos entre los padres y/o cuidadores, la permisividad y el autoritarismo, falta de consistencia en la aplicación de la norma, sanciones y recompensas. Los síntomas del TDAH, el ejercicio de la autoridad y la implementación de la norma, atraviesan los motivos de consulta, considerando que las características de este trastorno como la dificultad para concentrarse, para controlar impulsos, terminar tareas, quedarse quieto, manejar la frustración y en muchas ocasiones la agresividad, son factores estresantes que generan en las familias tensiones que de no ser tramitadas adecuadamente potencializan la aparición de otras dificultades en el sistema familiar u otro tipo de dificultades no resueltas en la familia, previas a la aparición del TDAH pueden complicar el afrontamiento del mismo.

La comunicación, que permite el intercambio y la construcción de significados, aparece como otro de los motivos de consulta más relevantes para las familias, relacionada con la sincronía entre los padres y cuidadores, con el vínculo afectivo entre los miembros de la familia, con los mensajes circulantes en el sistema familiar y con la forma en que estos mensajes son emitidos y recibidos al interior de la familia. Al respecto conviene decir que especialmente en los casos de niños diagnosticados con TDAH, la comunicación se encuentra cargada de reproches, señalizaciones y recriminaciones negativas que generan menos comunicación verbal de los niños con sus padres o cuidadores y más comportamientos perturbadores.

Frente a lo anterior, algunos estudios consideran que existen factores de riesgo en las pautas de crianza como la dependencia y las dificultades en la internalización de normas sociales asociados con el diagnóstico del TDAH (Zapata, 2003). Otros estudios que relacionan el estilo de crianza parental con la hiperactividad, señalan que existe una estrecha relación entre los estilos de autoridad ejercidos por los padres y las características comportamentales y cognitivas de los niños que presentan TDAH (Gómez & Henao, 2005).

Familias y convivencia con el TDAH: Las familias que conviven con el TDAH en uno de sus hijos en edad escolar complementan el cuidado del hijo con su incursión en la institución educativa. Los niños se mueven en dos espacios simultáneamente y el aprendizaje de las normas y reglas de comportamiento son fundamentales al igual que el reconocimiento de la autoridad en el proceso de independencia que inician. Cuando aparecen los

síntomas propios del TDAH ya descritos, las tareas de este ciclo se ven alteradas en la medida en que al niño se le dificulta acatar la norma y a los padres hacerla cumplir, esta situación crítica se agudiza en la medida en que el niño no cumple con las expectativas de los padres y del medio.

Los niños con diagnóstico de TDAH no presentan alteraciones físicas visibles que le indiquen a sus padres, cuidadores, profesores y pares que ellos funcionan de manera diferente a los demás niños que no tienen este diagnóstico, llevándolos a realizar exigencias que posiblemente los niños no puedan cumplir de la forma esperada y generando sentimientos de angustia y frustración tanto para los hijos como para los padres, quienes a partir de estos sentimientos pueden comenzar a implementar un tipo de relación más riguroso y hostil. Estudios que retoman la idea de autores como Woodwar, Taylor & Dowdni (1999) plantean que los niños con problemas de conducta, como los niños diagnosticados con TDAH están expuestos con más frecuencia a conductas parentales menos proactivas y más agresivas (Montiel, & Peña, 2005, p. 307). En esta etapa de la vida familiar, los padres tienen como tarea principal proporcionar oportunidades para que los hijos se sientan seguros y libres en su interrelación con el medio, acompañarlos en sus tareas escolares y en el fortalecimiento de su individualidad, por su parte, los padres deben afrontar sus propios temores respecto a este proceso de los hijos, la valoración de otros y la que se dan a sí mismos en su papel como cuidadores. Desde una mirada sistémica, es común observar que las tensiones familiares pueden verse cobijadas bajo la problemática más evidente que suele ser el TDAH, lo que facilita el aplazamiento o desplazamiento de situaciones de mayor exigencia para los adultos que acarrearán confrontaciones difíciles de asumir.

Creencias y significados de las familias alrededor del TDAH: Para comprender la influencia de los significados que las familias le atribuyen al TDAH, es importante considerar tres premisas del interaccionismo simbólico propuestas por Blumer (1968) y retomadas en el texto de Marta Rizo (2004, p. 5), de las cuales se puede decir que las personas actúan sobre la base del significado que le atribuyen a los objetos y las situaciones que los rodean. Esta significación se deriva de la interacción social que tienen con otras personas y las significaciones se utilizan como un proceso de interpretación efectuado por las personas en relación con las cosas que encuentran. Para el caso de las familias que conviven con el diagnóstico del TDAH, este trastorno está relacionado con significados negativos que son

asignados al niño, responsabilizándolo directamente de los comportamientos característicos del trastorno. Las familias incorporan en su cotidianidad diferentes creencias respecto al TDAH, algunas de ellas pueden considerarse inapropiadas en comparación con el significado médico, algunas son: anormalidad, desobediencia y pereza. Otras son más aproximadas, como: inquietud, inatención, enfermedad. Las familias actúan en concordancia a su sistema de creencias y en este sentido si estas creencias están cargadas de significados negativos su interacción no solo con el TDAH, sino con quien lo materializa, en este caso el niño, suele ser angustiante, hostil y desesperanzador.

Si las familias actúan de acuerdo a las construcciones que realizan de sus significados, es posible explicar por qué los niños de este estudio antes de iniciar la terapia presentaban comportamientos agresivos, con baja autoestima, con dificultades para expresar una imagen positiva de sí mismos y justificaban su actuar en el rótulo asignado por la familia: *“Es un grosero, desobediente”, “es dañino”*. Estos rótulos predisponían a una particular forma de relación entre los niños y sus familias, que estaba caracterizada por secuencias relacionales que se mantenían y no se rompían, que se pueden entender como el atrapamiento en el que caen las familias al intentar salir de una situación desgastante repitiendo intentos fallidos que refuerzan las creencias desesperanzadoras y terminan por agudizar los comportamientos que rechazan.

El lugar de la terapia familiar sistémica en el proceso de cambio:

La terapia familiar sistémica se ha constituido como una alternativa de intervención terapéutica que sin desconocer lo intrapsíquico, articula lo relacional y considera la influencia de las interacciones en el cambio. En el caso de las familias que tienen niños con TDAH, el proceso de terapia de familia no pretende modificar el diagnóstico en cuanto a entidad biológica, pero sí en cuanto a entidad relacional y se considera una valiosa alternativa en el afrontamiento no sólo del TDAH sino de las situaciones que se desencadenan o enmascaran con él. Como se ha dicho, el TDAH no solo afecta al portador del diagnóstico sino al conjunto de relaciones en que se encuentra inmerso, en tal medida su abordaje requiere acciones conjuntas en correspondencia al impacto que genera.

En concordancia con esto, la terapia familiar sistémica abre un panorama de intervención que atraviesa el sistema de relaciones familiares que ha

sido impactado por el TDAH, permitiendo abordar otro tipo de situaciones inmersas en el escenario familiar que como se ha señalado agudizan, refuerzan o sostienen la trama familiar produciendo los entrampamientos. Para tal fin en el desarrollo de la terapia se considera importante la participación de los miembros de la familia descentralizando al niño como el portador del problema para considerarlo como parte de la relación y evaluar otros asuntos que puedan estar interfiriendo en el afrontamiento de la problemática. Los relatos dominantes de las familias que participaron en la investigación de la que se deriva este artículo, estaban saturados de problemas, por tanto, como estrategia se exploraron acontecimientos extraordinarios que dieran cabida a la construcción de nuevos relatos más esperanzadores que pudieran instaurarse en la familia para ser aplicados en sus relaciones. Otra estrategia fue la externalización del problema, la cual permitió mediante la promoción de nuevos relatos separar a los niños de su diagnóstico lo que condujo a evidenciar la influencia que tenía el problema sobre la vida de los miembros de la familia, lo cual estaba condicionado a la forma como cada uno se relacionaba con el TDAH y permitiendo a la familia evaluar la influencia que ella misma tenía sobre su afrontamiento, devolviéndole mayor sensación de control. Este logro se puede considerar como la redefinición del síntoma que deja de caer en el niño rotulado y problematizado para evidenciarse en términos de la trama relacional que todos los miembros de la familia establecen en función de él.

Dentro de este marco de intervención se consideró que en la comprensión del TDAH como trastorno del comportamiento infantil, enmarcado dentro de las enfermedades crónicas, era fundamental para que las familias pudieran desarrollar estrategias de afrontamiento que incluían no solo su relación con el TDAH sino los tratamientos que hacen parte de él; también fue esencial comprender el momento del ciclo vital en el que se encontraban y el hecho que a pesar de convivir hace años con los síntomas del TDAH, solo desde hacía aproximadamente un año, estas familias estaban conviviendo con la revelación del diagnóstico. Todo lo anterior permitió acompañar a las familias en la creación de un sistema más funcional que pudiera hacer frente a los desafíos del trastorno.

Logros de las familias: nuevas realidades: Los niveles de satisfacción de las familias respecto a su funcionamiento luego de realizar el proceso terapéutico pueden relacionarse con los logros obtenidos en este proceso. En su totalidad las familias alcanzaron relatos más positivos y esperanzadores

con relación a los retos que plantea el afrontamiento del TDAH, éste, aunque continúa presente deja de estar problematizado cuando las familias comienzan a sentir que es algo que conocen y que pueden manejar. Los relatos logrados, propiciaron la descentralización del niño como portador del problema en la medida en que comprendieron al TDAH como una entidad externa a él (algo que se tiene pero no hace parte de su identidad), es así como algunos comportamientos problemáticos consecuencia del trastorno fueron externalizados. Para los niños esto significó una experiencia liberadora que disminuyó su sentimiento de incompetencia y aumentó su sensación de control. A través de esta experiencia los padres y otros miembros de la familia pudieron ver más allá de la sintomatología y de un niño con necesidades específicas de acompañamiento, para distinguir las potencialidades y habilidades que son capaces de desarrollar con la guía adecuada.

Esta diferenciación lograda entre el niño y el TDAH, facilitó a los padres un ejercicio más efectivo de la autoridad y la crianza en cuanto les permitía verlo con menos enojo y esto disminuía las agresiones o el comportamiento hostil hacia él, además que les permitía mayor control y claridad en la relación con el niño, lo que se retroalimentaba con la postura del niño quien alcanzaba mayor control sobre sus actos y se sentía más amado y reconocido positivamente por su familia, en esta medida en el entorno familiar se disponían nuevos espacios para compartir. Otros logros familiares mencionados en la investigación se relacionan con situaciones específicas como el paso de una etapa del ciclo vital familiar a otra, como el caso de familias que se encontraban atascadas en las tareas propias del ciclo vital de la adolescencia cuando claramente sus características ya precisaban tareas del ciclo posterior. Finalmente, las familias reportaron otros aspectos como logros que tienen relación con la conjugación de los avances ya citados y que trascienden el contexto familiar, avances como los académicos y el mejor comportamiento en el colegio.

Conclusiones

Aportes de la terapia familiar en casos de familias con niños diagnosticados con TDAH: En general, se encontró que las familias del estudio no poseían características particulares que indicaran un patrón específico en su funcionamiento familiar, pero sí se encontró que son familias que enfrentan situaciones similares en cuanto a las dificultades en el ejercicio efectivo de la autoridad de diferentes maneras. La historia de cada familia

mostró que estaban atrapadas en la hiperactividad de sus hijos portadores del diagnóstico. Una vez que la familia alcanza mayores comprensiones sobre el TDAH logra con mayor facilidad asumir las modificaciones necesarias en su funcionamiento para el abordaje de los comportamientos indeseables o perturbadores que presenta el niño, mayores comprensiones también facilitan –que padres o cuidadores retomen sentimientos de control y autoridad, y establezcan los límites necesarios para un entorno saludable y afectuoso. Es posible afirmar que las familias que tienen un niño con diagnóstico de TDAH son como otras, no hay patrones ni hay tendencias, pero sí hay estilos en el funcionamiento familiar que pueden facilitar u obstaculizar el trámite de los desafíos que este trastorno impone. Los síntomas del TDAH generan tensiones que de no ser manejadas adecuadamente desencadenan la aparición de dificultades de mayor exigencia.

Cuando la familia logra la aceptación del TDAH como una dificultad independiente al niño, se propicia el cambio en la forma de tratarlo, y esto puede ayudar a mejorar su comportamiento. Una de las principales tareas de la familia en este aspecto es un ejercicio sano de la autoridad, que favorezca su independencia, sus sentimientos de seguridad y que le permita conocer los límites con los que se encontrará fuera de su casa para que no tenga mayores problemas al acatarlos y entenderlos como parte natural de la vida. Igualmente, un sano ejercicio de la autoridad, que trascienda la violencia o el maltrato para pasar a formas más apropiadas de sanción, puede enseñarle al niño a incrementar sus niveles de tolerancia ante la frustración ya que los padres pueden corregirlo con amor. La comunicación es de gran importancia en el ejercicio de la autoridad, tanto en los mensajes que se envían al niño, como en la comunicación entre padres o cuidadores, en la cual es indispensable que exista coherencia y sintonía para que el niño sienta que hay acuerdos en lo respectivo a su educación.

El estudio realizado destaca la importancia del tratamiento del TDAH desde varias esferas de manera alterna, que incluyan la farmacológica (sólo en los casos que el especialista lo considere necesario), la psicoterapia, el acompañamiento en la escuela, la vinculación de los padres y la familia, entre otras.

Ya se ha hablado a lo largo de este artículo, de la terapia familiar sistémica como una estrategia de intervención y acompañamiento para los casos de familias que tienen algún hijo diagnosticado con TDAH, la cual involucra no

solo la participación del niño diagnosticado en la terapia, sino la de los padres y aquellos otros integrantes de la familia que se consideren facilitadores en el proceso del cambio que se pretende. A diferencia de los tratamientos que centran su atención en estrategias precisas en el ejercicio de la autoridad y la crianza y que se consideran especialmente válidos en este tipo de situaciones, la terapia familiar supone la existencia de creencias y relaciones establecidas entre los diferentes miembros de la familia y el TDAH, y por lo tanto su desarrollo posibilita el afrontamiento de las situaciones problemáticas que puedan surgir a partir de la convivencia con el trastorno, que obstaculicen el adecuado afrontamiento de la situación o agudicen las situaciones que se desarrollan a partir de éste.

La terapia familiar posibilita a las familias la identificación de las situaciones atrapadoras que se convierten en el principal motivo de sus perturbaciones, además de la identificación de la manera en que se han constituido y consolidado dichas situaciones y los intentos fallidos que han aumentado la desesperanza frente al cambio. Al considerar que los problemas se instauran en la forma en que las personas se relacionan con diferentes acontecimientos de su vida, la terapia facilita que encuentren a su alcance el potencial que les permitirá lograr el cambio.

Especialmente en el estudio al que se refiere el presente artículo, se encontró-significativo el aporte del enfoque narrativo para los casos de niños diagnosticados con TDAH, esto en importante concordancia entre aquello que las familias identificaban como lo más problemático y lo que la terapia proporcionó como logro. Para ejemplificar mejor este asunto, es preciso mencionar que la estrategia de construcción de relatos alternativos, permitió a las familias cambiar los relatos dominantes saturados de problemas de los cuales se desprendían sus sentimientos de frustración, dado que no les permitían considerar otras posibilidades diferentes a las experimentadas por años. La externalización de los comportamientos problemáticos en el niño, les permitió tanto a los adultos como al niño experimentar una imagen positiva que brindaba mayores posibilidades de logro y a la vez el establecimiento de relaciones afectuosas con los demás y consigo mismo. El rótulo negativo con el que es etiquetado el niño diagnosticado con TDAH, se desvanece cuando se externalizan y diferencian de él, los comportamientos negativos.

Otra estrategia considerada apropiada para el ejercicio terapéutico en estos casos, fue la utilización de diplomas y certificados que connotaban

positivamente los nuevos o poco usuales comportamientos de los niños y que les permitían aumentar su autoconfianza. Las cartas como técnica de la terapia narrativa fueron utilizadas como medio que involucraba a otros miembros de la familia que no participaron de las sesiones pero que influían directamente en el afrontamiento de la situación problemática, se constituyó como una forma de vincularlos al proceso y facilitar nuevas formas de comprender lo que sucedía alrededor de ellos.

Especialmente en los casos en que los niños eran rotulados constantemente por otros familiares o intervenidos desde una autoridad contradictoria a la ejercida por los padres, las cartas (narrativas escritas) permitieron informar a estas personas de los cambios que los niños adelantaban y la importancia de su participación en ellos. Como lo mencionan White & Epston (1993), este tipo de documentos pueden llevar a que una persona adquiera un nuevo estatus que conduzca a nuevas responsabilidades y privilegios, muy apropiado para el caso de los niños diagnosticados con TDAH (p. 187).

Bibliografía

- Agudelo & Esrtada (2011). Fundamentos del construccionismo social y prácticas terapéuticas inspiradas en estos. (Trabajo de grado para optar al título de Mágister en Terapia de Familia). Facultad de ciencias sociales, Facultad de Trabajo Social. Medellín, Antioquia, Colombia.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorder (DSM VI-TR). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- Barkley, R. (Enero de 2002). *Fundaciónb TDAH, educar para cambiar atendiendo la diversidad*. Recuperado el 17 de Septiembre de 2013, de <http://www.tdah.com.ar/articulo-10.html>
- Bloom, B., & Cohen, R. (2007). *Summary Health Statisticsfor U.S Children:NationHealth Interview Survey, 2006. Series 10, No. 234* , 1-87.
- Delgado, A., & Ricapa, E. (2010). *Relación entre los tipos de familia y el nivel de juicio moral en un grupo de estudiantes universitarios. IIPSI, 13 (2)*, 153-174.
- DuPaul, G., & Power, T. (2000). *Educational interventions for students with attention-deficit disorders*. In T. E. Brown (Ed.). *Attention-deficit disorders and comorbiditiesin children, adolescents, and adults* (pp. 607-635). Washington, DC: AmericanPsychiatric Press.

- Fundación Gradas. (2006). *Déficit de Atención e Hiperactividad Bases Genéticas, clínicas y terapéuticas*. Medellín: Fundación Gradas.
- Gómez, P. & Henao, G. (2005). *Caracterización de los estilos de autoridad implementados por los padres de familia de niños con déficit de atención, hiperactividad y bajos logros en la ciudad de Medellín*. (Trabajo de grado para optar al título de psicóloga), Universidad de San Buenaventura. Facultad de Psicología. Medellín, Colombia.
- Herrero, G., García, R., Miranda, A., Siegenthaler, R., Jara, P. (2006). *Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados*. Revista Neurológica, 42(3), 137-143.
- López, O. (2011). Estudio preliminar sobre sistema de creencias en familias de origen antioqueño. (Tesis para optar al Título de Magíster en Terapia Familiar), Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Ciencias Sociales. Facultad de Trabajo Social. Medellín, Colombia.
- Montiel, C., Montiel, I., Peña, & Joaquin. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención - Hiperactividad. *Psicología conductual, Vol 13, No. 2* , 297-310.
- Olson, D. (1982). *Inventarios sobre familia*. (A. Hernández, Trad. 1989) Minnesota: University of Minnesota.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Recuperado el 29 de Agosto de 2012, de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Meditor, Madrid.
- Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos, tratamiento de familias en situación de crisis*. (L. Wolfson, Trad.) Buenos Aires: Paidós. Prmera ed.
- Raya, A. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema Vol 20 No.004* , 691-696.
- Rizo, M. (2004). El interaccionismo simbólico y la escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. Portal comunicación .com, 2-20.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Adelaida, Australia: Paidós.
- Zapata, M. (2003). *Las pautas de crianza como factor asociado al diagnóstico del TDAH*. (Trabajo de grado para optar al título de psicóloga), Universidad San Buenaventura. Facultad de Psicología. Medellín, Colombia.