

Sistematización de experiencias en TDAH: Dinámica relacional, hábitos familiares disfuncionales y percepción del síntoma

Cómo citar este artículo / To reference this article / Para citar este artículo: Patiño - De los Ríos, I. D. y Martínez-Patiño, A. F. (2020). Sistematización de experiencias en TDAH: Dinámica relacional, hábitos familiares disfuncionales y percepción del síntoma. Revista Criterios, 27(2), 11-43. DOI: <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/27.2-art1>

Fecha de recepción: 16/03/2020

Fecha de revisión: 27/08/2020

Fecha de aprobación: 09/11/2020



Artículo Resultado de Investigación.

Se deriva de la investigación titulada: Sistematización de la experiencia: "Estudio de caso de una familia en la que uno de sus integrantes presenta trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH)", desarrollado en el Colegio Filipense en la ciudad de Pasto, entre los meses de agosto y octubre de 2019, en la Ciudad de San Juan de Pasto, Nariño, Colombia.

¹Psicólogo (Universidad de Nariño); Especialista en Familia (Universidad Mariana). San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: psicoivanpa@gmail.com 

²Psicólogo (Institución Universitaria Cesmag). Magíster en Educación desde la Diversidad, Universidad de Manizales. Docente de la Universidad Mariana, Pasto, Nariño. Correo electrónico: andresmarpa@gmail.com / afmartinez@umariana.edu.co  

**Iván Darío Patiño-De Los Ríos¹
Andrés Felipe Martínez-Patiño²**

Resumen

La investigación tuvo como finalidad, reconocer algunos factores, patrones relacionales y hábitos que la familia objeto de investigación había adoptado en su cotidianidad y que hacían que el síntoma de su hijo se mantuviera; y, una vez identificados, fueron comprendidos y modificados a través de las intervenciones y asesorías del psicólogo.

La experiencia se realizó a través de un estudio de caso único, con una familia del Colegio Filipense, en once sesiones, siete de las cuales fueron con los padres de familia, y cuatro con el sujeto que presentaba el síntoma.

La metodología se enmarcó desde un paradigma metodológico cualitativo, siguiendo un enfoque interpretativo y tipo de sistematización de experiencias. Los resultados permitieron dar cuenta de varios elementos que, al interior de la familia, se habían convertido en disfuncionales y que generaban la mantención del síntoma mediante sus interacciones, entre ellos: pautas de crianza, desautorizaciones y sobreprotección.

Palabras clave: Sistematización de experiencias; TDAH; dinámica relacional; hábitos familiares disfuncionales.

Systematization of experiences in ADHD: Relational dynamics, dysfunctional family habits, and symptom perception

Abstract

The purpose of the research was to recognize some factors, relational patterns and habits that the family under investigation had adopted in their daily lives and that made their child's symptom remain, and once identified, they were understood and modified through the interventions and counseling of the psychologist.

The experience was carried out through a single case study, with a family from the Filipense School, in eleven sessions, seven of which were with the parents, and four with the subject who presented the symptom.

The methodology was framed from a qualitative methodological paradigm, following an interpretative approach and type of systematization of experiences. The results allowed us to account for several elements that had become dysfunctional within the family and that generated the maintenance of the symptom through their interactions, including patterns of parenting, disempowerment, and overprotection.

Keywords: Systematization of experiences; ADHD; relational dynamics; dysfunctional family habits.

Sistematização de experiências em TDAH: Dinâmica relacional, hábitos familiares disfuncionais e percepção de sintomas

Resumo

O objetivo da pesquisa foi reconhecer alguns fatores, padrões e hábitos relacionais que a família sob investigação havia adotado no cotidiano e que fazia com que o sintoma de seu filho permanecesse, e uma vez identificado, fosse compreendido e modificado através das intervenções e aconselhamento do psicólogo.

A experiência é realizada através de um estudo de caso único, com uma família do Colégio Filipense, em onze sessões, sete das quais foram com os pais e quatro com o sujeito apresentando o sintoma.

A metodologia foi estruturada a partir de um paradigma metodológico qualitativo, seguindo uma abordagem interpretativa e tipo de sistematização de experiências. Os resultados permitem explicar vários elementos que se tornaram disfuncionais dentro da família e que geraram a manutenção do sintoma por meio de suas interações, entre eles diretrizes para pais, desautorização e superproteção.

Palavras-chave: Sistematização de experiências; TDAH; dinâmica relacional; hábitos familiares disfuncionais.

1. Introducción

El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), se ha convertido en una de las situaciones más frecuentes en el contexto escolar y, por lo tanto, una de las que más dificultades asociadas presenta, tanto en la vida de la persona que la padece, como en la familia y en el colegio. El TDAH se considera una condición frecuente; según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido como DSM-5 hay una prevalencia del 5 % en individuos de edad escolar (Asociación Psiquiátrica Americana, APA, 2013).

Tradicionalmente, el TDAH ha sido considerado como un trastorno de carácter neurobiológico y, dada esta condición, ha sido abordado desde el punto de vista biológico-médico, proceso que inicia con un diagnóstico hacia el individuo que, presuntamente, presenta el 'problema', sin tener en cuenta perspectivas más incluyentes que abarquen a toda la familia; es decir, una visión más sistémica para su abordaje. En este sentido, enfoques excesivamente biomédicos priorizan el manejo del trastorno con medicamentos, descuidando otros factores que intervienen y hacen parte del proceso del TDAH, situación que reduce la problemática a una visión excesivamente neurológica (Vargas y Parales, 2017). Además, investigaciones como la de López-Villalobos, Sacristán - Martín, Garrido - Redondo, Martínez - Rivera, López - Sánchez, Rodríguez - Molinero, Camina - Gutiérrez y Andrés - de Llano (2019), encontraron que la medicación logra mejoras en el ámbito escolar, mas no arroja tamaños del efecto significativos en otras áreas afectadas como el bienestar psicológico, estado de ánimo y calidad de vida.

De esta manera, en Colombia no es tan fácil que las entidades prestadoras de salud (EPS) aborden el tema desde un punto de vista integral, como sí se hace en países como Argentina y España, a través de tratamientos multimodales; de hecho, en la mayoría de casos se ha optado por un abordaje unidireccional que, sumado a todas las complicaciones del sistema de salud, no solo no ha facilitado la comprensión y el diagnóstico de la situación problema, sino que además, ha generado deserción en los tratamientos que ofrecen. En este sentido, la visión tradicional que promueve la medicalización del TDAH ha generado que ciertos factores externos que propenden por mantener al TDAH con una perspectiva de excesivo manejo farmacológico, adquieran un papel protagónico (Conrad y Bergey, 2014).

Es así como el sistema de salud actual ha generado un sinnúmero de dificultades, entre las que se puede mencionar: citas iniciales con profesionales de la salud que no son expertos en la problemática, dificultades para la aprobación de los tratamientos, citas hacia fechas lejanas, dificultades en la continuidad de los tratamientos, percepción de poca efectividad dado el intervalo de tiempo prolongado, entre otras. Esto ha generado que las familias que consultan no tengan un tratamiento adecuado y se limiten exclusivamente al consumo del medicamento, dejando de lado los factores familiares asociados que influyen de manera directa en la generación, mantención o percepción de mejoría del síntoma.

En este orden de ideas, si la familia desempeña un papel trascendental en la vida de todos los seres humanos, dado que en ella recaen papeles tan importantes y trascendentales como la creación de vínculos afectivos, la socialización, la construcción de la norma, la formación en valores, entre muchos otros elementos, no se puede dejar de lado la comprensión del TDAH como una construcción individual, familiar y social. Al respecto, Delgado, Rubiales, Etchepareborda, Bakker y Zuluaga (2012) se refieren al papel de la familia, como coterapeutas en los tratamientos multimodales de los niños con TDAH, dado que el impacto de ésta podría influir directamente en la mejoría o exacerbación de los síntomas y, al referirse a los factores sociales y la construcción del TDAH, señalan que:

Si bien los factores psicosociales no [son considerados] causa de este trastorno, si [son tenidos en cuenta], puesto que el desarrollo de conflictos a nivel familiar presentes en niños con esta patología, ha denotado la exacerbación de los síntomas o la aparición de comorbilidad a nivel conductual. (p. 47).

El tener una visión holística de la situación problema y el pensar en la familia como un sistema familiar, es decir, un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad diferente al medio externo, permite que se deje ciertos sesgos en los cuales se culpabiliza a uno de los miembros del sistema familiar, y se pasa a una visión de corresponsabilidad inherente al mundo relacional, en donde la dinámica, los roles, la forma de resolución de conflictos, el manejo de autoridad, entre otras situaciones cotidianas, hacen posible que la sintomatología y la percepción positiva o negativa de la misma se evite o continúe en cada caso; así, cuando la familia hace consciencia de estas situaciones y asume un rol protagónico como un sistema abierto, en donde las interacciones entre los miembros y con el entorno generan modificaciones en los mismos, se empieza a generar modificaciones en la situación inicial.

Delgado et al., (2012) se refieren al abordaje de casos de niños con TDAH desde un 'tratamiento multimodal' en tres vías: el tratamiento farmacológico, el tratamiento individual al niño y la orientación psicosocial (asesoría a padres y docentes en la comprensión y atención del niño), para obtener resultados significativos en la mejoría de la situación inicial; esto es, que la efectividad del tratamiento aumenta si el abordaje se hace integralmente.

De este modo, la investigación tuvo como propósito, sistematizar el estudio de caso de una familia en la cual uno de los integrantes tenía un TDAH, con el fin de analizar el contexto y reconocer algunos factores que pueden mantener la situación problema o mejorarla. Al respecto, López-Villalobos et al., (2019) refieren que los niños con este trastorno presentan peor calidad de vida que los niños sin él, especialmente en las dimensiones escolares, en las de bienestar psicológico y las de estado de ánimo.

Bajo este entendimiento, la intervención objeto de esta investigación se realizó durante los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2019, en el Colegio Filipense 'Nuestra Señora de la Esperanza', en la ciudad de Pasto; este proceso se llevó a cabo en once sesiones, de las cuales cuatro fueron desarrolladas con

la persona que tenía la presunta situación problema y siete con la familia nuclear (específicamente con padre y madre); además, se estableció comunicación verbal con los docentes y el psicólogo escolar que llevaba el caso en los años previos, y se hizo una revisión documental de la historia psicológica escolar y los reportes y diagnósticos de terapias externas.

Con esta información se pretendía hacer comprensiones diferentes de la situación problema; es decir, no ver el caso de TDAH exclusivamente desde el punto de vista biológico o fisiológico (aun cuando el niño consumía ocasionalmente el medicamento), sino desde un punto de vista integral, enfocándose a la comprensión de conductas y los hábitos familiares recurrentes a lo largo de los años, así como también, aquellos patrones familiares que, de cierta manera, estaban manteniendo el trastorno. Para hacer este tipo de hipótesis iniciales se partía de la base de considerar que, desde la experiencia, un alto porcentaje de familias con integrantes con TDAH, son familias con algunas pautas disfuncionales. Desde este punto de vista, se vio la necesidad de una intervención interdisciplinaria, en donde se pueda trabajar en conjunto, observando a la familia como un sistema, y no solo otorgando la responsabilidad de la situación al miembro que aparentemente tiene la dificultad referida.

En este orden de ideas, se partió de la hipótesis que, si la familia recibía una orientación psicológica familiar mediante la cual pudiera hacer nuevas lecturas y comprensiones del caso y de la problemática referida, reorganizar ciertas pautas de la dinámica familiar que no funcionan de una manera óptima (pautas de crianza, estructuras familiares, dinámica familiar, jerarquías, relaciones entre los individuos), entonces la familia podría tener un reajuste, generando un funcionamiento más armónico y el síntoma podría disminuir su intensidad o, incluso, desaparecer.

Para la elección particular del caso, fueron analizados varios casos de niños con características similares y con un diagnóstico confirmado por especialista externo; sin embargo, la sintomatología específica del niño (que había sido evidenciada desde años previos) y el interés y motivación de la familia por recibir las orientaciones y tratar de mejorar la condición de su hijo, hicieron que, para efectos de la investigación, fueran seleccionados como la familia objeto de estudio.

En las indagaciones previas y las entrevistas iniciales con el niño se evidenció algunos comportamientos particulares como: distracción, falta de concentración, dificultades en memoria, charla constante en clase, entre otras, razón por la cual, en la primera sesión con los padres de familia, se contrastó dicha información con su percepción y los comportamientos observados en casa, encontrando que estas particularidades se habían presentado desde algunos años atrás, lo que los llevó a buscar acompañamiento terapéutico externo.

En consonancia, cabe resaltar que la intervención estuvo centrada en la modificación de pautas relacionales y algunos patrones de conducta cotidianos que hacían que la dinámica familiar particular se mantuviera y generara que el síntoma de TDAH no presentara una mejoría en casa ni en el ámbito académico.

2. Metodología

Aspectos sociodemográficos. El niño objeto de investigación tiene 9 años de edad, es hijo único y, en el momento de la intervención, cursaba cuarto grado de primaria. En cuanto a su diagnóstico, los especialistas lo registran como 'Trastorno de la actividad y la atención TDAH tipo combinado'; no obstante, el niño no tiene ningún compromiso cognitivo o de aprendizaje; su Coeficiente Intelectual (CI) es normal dentro del promedio. El tratamiento externo inició desde que tenía cuatro años de edad, con terapia de lenguaje y ocupacional; un año más tarde fue enviado a neuropediatría y posteriormente a neuropsicología.

La familia objeto de investigación tiene un estrato socioeconómico medio: 3; viven como familia nuclear desde hace cinco años, dado que solamente se independizaron cuando el niño cumplió cuatro años.

El padre tenía 33 años, un nivel de estudios universitarios, con un trabajo estable, con horarios de oficina; no obstante, tan solo dos meses antes había terminado sus estudios universitarios, lo que se veía reflejado en el poco tiempo compartido con la familia. Por su parte, la madre tenía 30 años, había terminado sus estudios universitarios un año antes y, en el momento de la intervención, se encontraba trabajando con horarios de oficina.

El niño, desde temprana edad estuvo bajo el cuidado de terceros; en un primer momento, de su abuela paterna de 55 años y una tía paterna que tenía 38 años, quienes salieron de la ciudad por motivos laborales. En el momento de la investigación, el niño estaba bajo el acompañamiento de una cuidadora -niñera de 22 años, quien permanecía todo el día con él y, ocasionalmente, con la abuela materna, de 52 años, algunos fines de semana; estas personas trataban de ejercer roles de cuidado, afecto y autoridad cuando sus padres estaban ausentes, aunque con ciertas limitaciones.

En el momento de la investigación, los padres buscaban un apoyo terapéutico que les permitiera lograr una mejor comprensión de la situación particular de su hijo y cambiar la situación familiar.

Contextualización. Durante la investigación, el niño asistía a consultas de neuropsicología (cada seis meses) y neuropediatría (cada ocho meses aproximadamente); ya no estaba asistiendo a terapia ocupacional desde hace aproximadamente un año. En ese momento había ausencia de trastornos comórbidos.

Paralelo a estos procesos clínicos externos, el psicólogo escolar realizó la intervención de la presente investigación durante un tiempo aproximado de tres meses entre agosto y octubre de 2019, con una frecuencia aproximada de una sesión por semana, para un total de once sesiones, divididas de la siguiente manera: siete con la familia, en donde a través del proceso de orientación se

buscó reestructurar algunos patrones de comportamiento, afianzar el ámbito normativo, brindar orientación en pautas de crianza y resignificar la situación problema; y cuatro sesiones con el estudiante, en las cuales se buscó que asumiera la responsabilidad de sus conductas, encontrara formas adaptativas y funcionales de responder a las mismas y lograra encontrar espacios en los cuales cambiara la percepción de sí mismo, ganando confianza en sus capacidades y mejorando su actitud y su motivación hacia el desarrollo de las actividades asignadas.

Intervención Terapéutica. Las sesiones, tanto con los padres como con el niño, tenían una duración aproximada de una hora a una hora y media; tenían como propósito, hacer una intervención desde un modelo integral, dado que el niño ya tenía el tratamiento farmacológico; no obstante, hacía falta complementarlo con un abordaje psicosocial, enfocándose especialmente en un proceso de psicoeducación a sus padres, convirtiéndolos en una especie de coterapeutas. A su vez, el niño necesitaba un proceso de aprendizaje de ciertas técnicas conductuales que le permitieran afrontar de una manera más funcional algunas situaciones cotidianas que le generaban dificultad. Todo esto, sumado a la necesidad de trabajar en los sentidos y significados que la familia tenía del TDAH y a ciertos factores propios de la dinámica familiar, reconociendo ciertos factores, patrones relacionales y hábitos que la familia había adoptado a su cotidianidad, siendo éste el objeto principal de intervención.

En ese orden de ideas, a continuación, aparecen relacionados algunos elementos trabajados con los padres y con el niño en el transcurso de las sesiones; cabe mencionar que, si bien había una programación previa, cada sesión se trabajaba de acuerdo con las necesidades de la familia y, en algunas sesiones se veía la necesidad de profundizar o recordar lo trabajado en sesiones anteriores:

Tabla 1. *Elementos trabajados en sesiones terapéuticas*

Padres	<ul style="list-style-type: none">- Evaluación diagnóstica de la situación inicial.- Orientación y entrega de material bibliográfico sobre el TDAH.- Análisis, reflexión y resignificación de pautas de crianza, hábitos, dinámica familiar.- Interacciones familiares disfuncionales y la manera como se convertían en mantenedoras del síntoma.- Evaluación de roles en el núcleo familiar.- Comprensión de desautorizaciones en familia nuclear e incidencia de la familia extensa.- Análisis de obligaciones y prohibiciones del niño en casa.- Reflexión acerca de formas de corrección de comportamientos negativos.- Reflexión acerca del significado del TDAH en la vida del niño y de los padres.- Análisis de roles y autoridad de cuidadora-niñera.- Reflexión y resignificación de desautorizaciones entre figuras de autoridad.- Establecimiento de hábitos y horarios en casa.- Entrenamiento en técnicas de respiración y relajación.- Orientación y entrenamiento en ejercicios para mejorar atención.- Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de conflictos.- Algunos elementos de detección de pensamiento y reestructuración cognitiva.- Orientación en comunicación asertiva.
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hijo

- Evaluación diagnóstica de la situación inicial.
- Percepción del niño acerca del significado del TDAH en su vida y su cotidianidad.
- Reflexión acerca de cómo el TDAH afecta la familia.
- Reflexiones personales acerca del síntoma TDAH.
- Evaluación y resignificación de los roles de sus padres, la niñera y las abuelas.
- Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de conflictos.
- Trabajo de técnicas conductuales para mejorar atención y concentración:
- Orientación y entrenamiento en ejercicios específicos para focalización, manejo de atención y memoria.
- Entrenamiento en técnicas de respiración y relajación. Manejo cognitivo del síntoma:
- Manejo de pensamientos automáticos.
- Manejo de pensamientos de minusvalía.
- Trabajo de autoestima.
- Resignificación de autoconcepto.

Método. La investigación se enmarca dentro de un paradigma metodológico cualitativo, siguiendo un enfoque interpretativo y su tipo es sistematización de experiencias. En este sentido, la metodología buscaba sistematizar la experiencia de una familia en la cual uno de sus integrantes tenía TDAH, identificando y analizando situaciones propias de la familia objeto de estudio para, posteriormente, lograr una comprensión y resignificación de estas, a través de las reflexiones hechas por la familia mediante la intervención y el acompañamiento del terapeuta.

El paradigma de la investigación fue cualitativo, dado que centró su atención en comprender los significados que la familia y el sujeto con TDAH les dan a sus acciones cotidianas y cómo éstas influyen en el síntoma, en la percepción del mismo y en las pautas relacionales. En este paradigma, de acuerdo con González (2013), la investigación cualitativa aborda lo real desde una perspectiva subjetiva, intentando comprender las acciones humanas: vivencias, experiencias, sentires, tratando de asignar significado a las cosas.

Así, desde este paradigma, se intenta comprender cómo la subjetividad de las personas (motivaciones, predisposiciones, actitudes, entre otras) explica su comportamiento cotidiano, y cómo éste influye o afecta las relaciones familiares y sociales. Por lo tanto, busca comprender algunas características de una realidad familiar que podría generar la sintomatología del TDAH en su hijo; es decir que, al lograr una interpretación y resignificación de las pautas relacionales y la dinámica familiar, se podrá establecer estrategias para cambiar la situación problema.

El enfoque de la investigación fue interpretativo, en cuanto sostiene la creencia fundamental de que la realidad no puede ser conocida independiente de la persona que conoce y ese conocimiento siempre es contextualizado y no neutro (Aguilar, 2013). En este caso, la investigación busca hacer comprensiones acerca de las dinámicas relacionales y los hábitos cotidianos que la familia tiene; es decir, que la familia estudiada tiene una realidad que ha sido generada por sus interacciones; por ende, para ser comprendida, debe ser analizada en su contexto.

Por su parte, Santos (2010) se refiere al paradigma interpretativo, como “un proceso en el cual no se pretende hacer generalizaciones a partir del objeto estudiado. Dirige su atención a aquellos aspectos no observables, no medibles ni susceptibles de cuantificación” (p. 5).

Entonces, la presente investigación busca comprender las pautas relacionales de la familia objeto de estudio y analizar la manera como estas interacciones inciden la mantención y/o mejoría del miembro con TDAH; en este sentido, la resignificación de la situación se da a partir de las comprensiones realizadas por la familia y el sujeto estudiado, con la orientación del terapeuta.

En lo concerniente al tipo de investigación, se estructura en una Sistematización de Experiencias, en tanto que, según lo referido por Expósito y González (2017):

La sistematización de experiencias es una interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso, los factores que han intervenido en él, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo. (p.1)

Se concibe la sistematización, como la reconstrucción y reflexión analítica de una experiencia mediante la cual se interpreta lo sucedido, para comprenderlo; por lo tanto, ésta permite obtener conocimientos consistentes y sustentados, comunicarlos, confrontar la experiencia con otras y con el conocimiento teórico existente, y así contribuir a una acumulación de conocimientos generados desde y para la práctica.

En este orden de ideas, el propósito de la sistematización en la presente investigación, fue aportar de una manera significativa a las comprensiones de una realidad social, cultural y de salud, como es el TDAH, tratando de asumirlo desde una perspectiva multimodal, pero, en este caso, enfocándose en la construcción del sentido familiar; es decir, no se desconoce la perspectiva biológica (como el paradigma biomédico lo estudia), sino que se hace un énfasis especial en elementos como pautas de crianza, límites, hábitos, formas de manejo de autoridad, entre otros; de modo que, al sistematizar la experiencia, resalte la importancia de que estos factores asociados sean tomados como elementos imprescindibles a la hora de hacer intervenciones terapéuticas, quitándole el tinte de ‘único responsable’, al individuo con TDAH, y tomando al sistema familiar, como generador o mantenedor de la situación problema.

Instrumentos de recolección de información: entrevista psicológica de actuación, entrevista estructurada y análisis documental, con el propósito de adquirir información y observar el caso desde años previos y, contrastarlo con las intervenciones realizadas por el psicólogo escolar en las once sesiones planeadas. De igual forma, se buscaba tener la visión de la familia y del sujeto con TDAH, y que ellos pudieran reflexionar acerca de las dificultades iniciales, de la intervención del terapeuta y de los resultados alcanzados.

En este sentido, la entrevista psicológica de actuación permitió abordar a la familia desde su diagnóstico de la situación problema, hasta la comprensión y modificación de las pautas relacionales que presentaban algunas dificultades; consistió en once sesiones con la familia (siete con los padres y cuatro con el estudiante); cada sesión fue grabada y sistematizada; el objetivo era hacer un diagnóstico de la situación inicial y ver los progresos de la intervención.

La Entrevista Estructurada consistió en un guion temático de cinco preguntas:

1. ¿Cuáles eran las principales características de la familia, cuando el proceso de orientación inició?
2. ¿Cuáles eran las principales características del estudiante, cuando el proceso de orientación a la familia inició?
3. ¿Qué aspectos de la dinámica familiar, las relaciones entre los miembros de la familia, el manejo del TDAH, han comprendido y han cambiado después de hacer el proceso?
4. ¿Cuáles han sido los cambios más significativos que han observado en el niño, con respecto a la evolución del TDAH posterior a las modificaciones que ha realizado la familia y las orientaciones del psicólogo?
5. ¿De qué manera la actuación del psicólogo derivó en la mejoría de los síntomas del TDAH?

La entrevista fue aplicada en la sesión final, como una manera de contrastar la información obtenida en las primeras sesiones (diagnóstico), con la percepción de los resultados alcanzados al finalizar el proceso. El objetivo era conocer de primera mano, los alcances, logros y dificultades de la intervención.

Como tercera fuente de recolección de información se utilizó el Análisis Documental, el cual tenía como fin, hacer una revisión de las historias psicológicas escolares de años anteriores, así como los reportes y evaluaciones clínicas externas realizadas al niño por los diferentes terapeutas externos que habían llevado el proceso. En adición, dentro de esta fuente de recolección de información, se agregó una Historia Clínica Psicológica, en aras de registrar las intervenciones que el psicólogo escolar realizó al consultante y a su familia durante el proceso de acompañamiento. Este instrumento tuvo como función, recolectar los datos personales, escolares, laborales, sociales, emocionales de cada uno de los miembros de la familia nuclear objeto de estudio, así como, ir evidenciando su proceso (avances y dificultades).

Ruta Metodológica. Inició con la aplicación del 'Consentimiento y Asentimiento informado', a los padres y al hijo respectivamente, explicado y diligenciado sin dificultades.

En lo relacionado con el proceso de sistematización de la información, en un primer momento se procedió a tomar cada objetivo específico y representarlo con una categoría deductiva, para crear una matriz de vaciado de información para cada instrumento. A continuación, se evidencia las categorías correspondientes a cada objetivo específico:

Tabla 2. *Objetivos específicos y categorías deductivas*

	Objetivo Específico	Categoría
1	Analizar los hábitos y patrones disfuncionales que cambiaron los miembros de la familia para lograr una mejoría en el proceso	Relaciones Familiares
2	Identificar la percepción del síntoma y del proceso que tuvieron la familia y el sujeto con TDAH	Percepción del Síntoma
3	Reconocer las reflexiones que hicieron los miembros de la familia en cuanto a las intervenciones del terapeuta.	Intervención del Terapeuta

El primer instrumento, **Entrevista psicológica de actuación**, requirió hacer una transcripción literal de cada entrevista, para poder realizar posteriormente el vaciado de la información y organizarla según lo solicitado en cada objetivo específico. Cabe resaltar que se hizo la distinción de cada sesión, designándola con la letra E y un número, dependiendo del número de la entrevista; y de igual manera, haciendo la distinción entre si el encuentro era con los padres o con el niño. El esquema de la matriz puede ser observado enseguida:

Tabla 3. *Esquema Matriz de vaciado de información: técnica entrevista psicológica*

Objetivo específico I: Analizar los hábitos y patrones disfuncionales que cambiaron los miembros de la familia para lograr una mejoría en el proceso		
Categoría:	Técnica:	
Relaciones Familiares	Entrevista Psicológica	
Categoría	Vaciado de información	Proposiciones
Padres E1		
Padres E2		
Padres E3		
Padres E4		
Padres E5		
Padres E6		
Padres E7		
Niño E1		
Niño E2		
Niño E3		
Niño E4		

Para el segundo instrumento, Entrevista estructurada, se continuó con una lógica similar, estableciendo la relación objetivo específico – categoría, y se procedió al vaciado de información tomando cada pregunta guía. El esquema de la matriz del primer objetivo puede ser observado en la Tabla 4:

Tabla 4. Esquema Matriz de vaciado de información: técnica entrevista estructurada

Entrevista estructurada	Vaciado de información	Proposiciones
Pregunta 1		
¿Cuáles eran las principales características de la familia, cuando el proceso de orientación inició?		
Pregunta 3		
¿Qué aspectos de la dinámica familiar, las relaciones entre los miembros de la familia, el manejo del TDAH, han comprendido y han cambiado después de hacer el proceso?		

Para el tercer instrumento, se tomó como base, la misma estructura y, al igual que los anteriores, se especifica las casillas ‘Vaciado de información’ y ‘Proposiciones’, por cada objetivo, con la única diferencia que en la primera casilla se detalla el tipo de documento entre Acompañamiento Psicología Escolar y Acompañamiento Terapéutico Externo, pero se continúa con la misma lógica de los instrumentos anteriores. La Tabla 5 permite evidenciar el esquema de la matriz:

Tabla 5. Esquema Matriz de vaciado de información: Técnica análisis documental

Acompañamiento psicología escolar	Vaciado de información	Proposiciones
Fecha		
xx/ agosto/ 2019		
xx/ nov / 2019		

De esta manera se lograba la identificación de las proposiciones, las cuales son oraciones cortas con sentido, que surgen del contenido de la respuesta de los participantes y que permiten tener mayor claridad de la información obtenida.

El paso siguiente fue la realización de la triangulación de la información, cuyo objetivo era obtener las Proposiciones Agrupadas que surgen al triangular las proposiciones de cada instrumento, tomando como punto de referencia, el objetivo específico. El esquema de la matriz puede ser observado a continuación:

Tabla 6. Esquema Matriz de triangulación de información

Objetivo específico 1: Analizar los hábitos y patrones disfuncionales que cambiaron los miembros de la familia para lograr una mejoría en el proceso			Categoría: Relaciones Familiares
Proposiciones Entrevista psicológica	Proposiciones entrevista estructurada	Proposiciones análisis documental	Proposiciones agrupadas
Objetivo específico 2: Identificar la percepción del síntoma y del proceso que tuvieron la familia y el sujeto con TDAH			Categoría: Percepción del Síntoma
Proposiciones Entrevista psicológica	Proposiciones entrevista estructurada	Proposiciones análisis documental	Proposiciones agrupadas
Objetivo específico 3: Reconocer las reflexiones que hicieron los miembros de la familia en cuanto a las intervenciones del terapeuta.			Categoría: Intervención del Terapeuta
Proposiciones Entrevista psicológica	Proposiciones entrevista estructurada	Proposiciones análisis documental	Proposiciones agrupadas

El proceso continuó con la realización de la Matriz de Categorías Inductivas, palabras o frases pequeñas que las representan, obtenidas de las proposiciones agrupadas, y que se convertirán en el insumo para el análisis de los resultados (Tabla 7):

Tabla 7. Esquema Matriz de categorías inductivas

Objetivo General: Sistematizar la intervención del psicólogo escolar a una familia con un integrante con TDAH, perteneciente al Colegio Filipense ‘Nuestra Señora de la Esperanza’, con el fin de reconocer algunos factores que inciden en la mantención y/o mejoría de la situación problema.		
Categoría	Proposiciones Agrupadas	Categorías inductivas
Relaciones familiares		
Percepción del Síntoma		
Intervención terapeuta		

El paso final fue la realización del análisis de los resultados, en donde se tomó cada categoría inductiva, se contrastó con la teoría y lo referenciado por la familia objeto de estudio, para conseguir los resultados de la investigación a través de su análisis e interpretación.

3. Resultados

La investigación, al ser una sistematización de experiencias, buscó nuevas comprensiones de una realidad social; en este caso del TDAH, visto desde la perspectiva familiar; así, el terapeuta logró crear escenarios en donde la familia pudo reflexionar y reconstruir su cotidianidad, tratando de interpretar lo sucedido para generar cambios. En el mismo orden de ideas, buscó hacer un análisis de la visión que la familia tuvo de las intervenciones del terapeuta.

Este proceso se logró sistematizar partiendo de tres objetivos específicos, los cuales fueron representados con una categoría deductiva, y que sirvieron para organizar y clasificar la información que surgió de los instrumentos de recolección. Posteriormente, se tomó dicha información, la cual se organizó tratando de encontrar elementos recurrentes en las relaciones familiares y en la percepción que la familia y el sujeto con TDAH tenían de su cotidianidad, dando como resultado, una serie de categorías inductivas que fueron comparadas e interpretadas a la luz de varios referentes teóricos.

Tabla 8. Matriz de Categorías Inductivas de la investigación

Categoría	Resumen de hallazgos en Proposiciones Agrupadas	Categorías inductivas
Relaciones Familiares	Dificultades en la dinámica familiar	<i>Dinámica Relacional</i>
	Poca claridad en los roles de autoridad y afecto	
	Poco tiempo compartido en casa entre padres e hijo	
	Escaso acompañamiento en casa en la supervisión de actividades escolares	
	Sentimiento de culpabilidad de los padres al no permanecer tanto tiempo con el niño (compensación)	
	Permanencia del niño con la cuidadora - niñera	
	Pautas de crianza poco funcionales	<i>Pautas de crianza</i>
	Dificultad en establecimiento de normas y reglas	
	Inconstancia en aplicación de normas en casa	
	Transferencia del rol de autoridad de los padres	
	Permisividad de la cuidadora - niñera al no hacer cumplir las normas y reglas	
	Autoridad permisiva por parte de las abuelas	
	Constantes desautorizaciones entre las figuras de autoridad (padres, abuelas, cuidadora)	<i>Desautorizaciones</i>
	Sobrepotección hacia el niño por parte de los padres	<i>Sobrepotección</i>
	Sobrepotección de la abuela materna	
	Sobrepotección por parte de la cuidadora	
	Comportamiento infantil no acorde con su edad, asociado al excesivo consentimiento de los adultos	
	Ausencia de horarios y hábitos de estudio	<i>Hábitos familiares disfuncionales</i>
	Ausencia de cronogramas u horarios en las tardes (fuera del colegio)	
	Ausencia de actividades cotidianas responsabilidad del niño	

Categoría	Proposiciones Agrupadas	Categorías inductivas
Percepción del Síntoma	Síntoma más significativo evidenciado por familiares: falta de concentración Foco atencional bajo y bajo nivel de comprensión en el colegio Fácil dispersión del niño, quien se dedica a jugar Respuestas no acordes a preguntas realizadas CI dentro del promedio (94), referido por los terapeutas que abordan el caso y la familia Dx de Trastorno de la actividad y la atención TDAH Fallas atencionales y bajo desempeño en funciones ejecutivas. Desarrollo insuficiente de los factores de regulación y control	<i>Inatención</i>
	Bajo rendimiento académico Dificultades en lectura y escritura Dificultad en proceso lecto-escritor Dificultad en recuperar o memorizar lo aprendido Difícil concentración	<i>Impacto en el ámbito escolar</i>
	Preocupación por la percepción que el niño pueda tener de sí mismo Intento de padres por mejorar la confianza de su hijo Inseguridades del niño, asociadas a su bajo desempeño académico y a la percepción negativa de sí mismo. Frustración y emociones negativas al obtener bajo desempeño académico Baja autoestima Baja tolerancia a la frustración Percepción negativa de sí mismo Dificultades en el proceso de autorregulación emocional Afectación de la confianza del niño por la aprobación de terceros	<i>Impacto emocional</i>
	Consumo diario de medicamento, con excepción de temporadas sin implicación escolar. Percepción positiva de los padres al ingerir el medicamento. Percepción positiva del niño al consumir el medicamento	<i>Efectos del medicamento</i>
Categoría	Proposiciones Agrupadas	Categorías inductivas
Intervención Terapeuta	Percepción de mejoría en dinámica familiar Logro de mayor integración familiar Establecimiento de roles parentales Mejoría en establecimiento de normas y reglas Mejoría en evitación de desautorizaciones entre figuras de autoridad Mejoría en rol y función de niñera Mejoría en comprensión de roles de padres y abuelos La familia refiere haber comprendido la importancia de establecer hábitos y horarios en casa	<i>Resultados de intervención familiar</i>

Mejoría del niño en disposición a realizar sus actividades
Percepción de familia en mejoría de acatamiento de normas por parte del niño
Percepción familiar de mejoría en procesos de percepción y atención relacionados con el ámbito académico
Referencia de la familia en cuanto a haber adoptado a su cotidianidad, la aplicación de ejercicios para mejorar la atención, aprendidos en consulta

*Resultados de
intervención
síntoma*

Agradecimiento y excelente valoración de la familia hacia la disposición, profesionalismo y ayuda que el psicólogo escolar brindó
Reconocimiento de la familia sobre la labor y el conocimiento del terapeuta para lograr cambios en la dinámica familiar
Gratitud de la familia respecto a la orientación del psicólogo, quien pudo fortalecer los lazos familiares
Reconocimiento de la familia respecto a la labor y el saber del terapeuta, para lograr cambios en el establecimiento de roles
Valoración de la familia en cuanto a la labor y el conocimiento del terapeuta para lograr cambios en la formación de hábitos y horarios.

*Efectividad
de la
intervención
psicológica*

Es así como se clasifica la información en doce categorías, de las cuales nueve representan el diagnóstico inicial de la familia, en una serie de elementos que debieron ser comprendidos y resignificados por sus miembros, y tres dan cuenta de la intervención terapéutica.

De esta manera, la presente investigación logró hacer una sistematización de las nuevas comprensiones de la familia, haciendo una reflexión de sus propias pautas y hábitos familiares, al lograr cambios en su cotidianidad (dinámica, funciones, roles, autoridad), logrando una mejoría del síntoma.

La intención del abordaje fue aportar, a través de la aplicación complementaria, un tratamiento que se podría considerar como 'multimodal', dado que el niño estaba en acompañamiento neuropediátrico para la asignación de su medicamento, y neuropsicológico para hacer un seguimiento de sus funciones cognitivas; en sus antecedentes reportaba haber estado en terapia ocupacional y de lenguaje, pero de acuerdo con los padres, hasta la fecha no se había abordado de una manera significativa las relaciones familiares o sociales, ni se había tenido un abordaje conductual de los comportamientos específicos del niño.

En este orden de ideas, los resultados positivos fueron alcanzados al complementar lo que ya se estaba haciendo con la adquisición de reflexiones y resignificaciones de sus pautas relacionales y de comportamiento.

4. Discusión

La investigación fue planteada para dar respuesta a tres situaciones específicas: la primera, enmarcada en el ámbito de las relaciones familiares, con la pretensión de analizar los hábitos y patrones relacionales que tenía la familia en el momento del diagnóstico, y que cambiaron con la intervención. La segunda, la categoría Percepción del Síntoma, que buscaba responder a la percepción que tuvo la familia del proceso y del niño que presentaba la condición de TDAH. Y con la tercera categoría, Intervención Terapeuta, se buscaba reconocer las reflexiones que hicieron los miembros de la familia en cuanto a las intervenciones del terapeuta.

Bajo este entendimiento, la investigación permitió identificar cada situación, analizando las características propias de la familia, comparándolas con las observaciones de los profesionales que habían manejado el caso con anterioridad, analizando las comprensiones y autorreflexiones que ellos hacían de sí mismos y, las comprensiones logradas con el acompañamiento terapéutico, comparándolas con diferentes referentes teóricos. A continuación, se aborda cada apartado.

Relaciones familiares

Las relaciones familiares están constituidas por las interacciones entre los miembros que integran el sistema; a partir de estas interacciones se [instaura] lazos que les permiten a los miembros de la familia permanecer unidos y luchar por alcanzar las metas propuestas. Dichas interacciones se manifiestan por medio de la comunicación, la cual permite observar los conflictos, las reglas y normas que regulan la homeostasis del sistema familiar, ya que el comportamiento de cualquier elemento del sistema, lo altera en su totalidad. (Amarís, Paternina y Vargas, 2004, p. 95)

La familia participante en esta investigación fue analizada tomando como base, el modelo circumplejo de Olson (2008), en el cual se considera tres características: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación, como indicadores del funcionamiento familiar. En cuanto a la primera, la familia presentaba características de amalgamada; es decir, que las fronteras se encontraban fusionadas, provocando confusión en los roles familiares y falta de claridad en las funciones de cada miembro; en cuanto a la adaptabilidad, la familia podía ser considerada caótica, puesto que existía una falta de estructura fuerte y liderazgo parental; los roles de poder cambiaban con frecuencia entre los miembros de la familia, incluyendo padres e hijos. El cambio es una constante en las estructuras caóticas y se caracteriza por una comunicación errática.

En ese orden de ideas, es importante considerar lo planteado por Korzeniowski y Ison (2008), quienes plantean que las dificultades de un niño con TDAH impactan en su contexto inmediato, creando desequilibrios y desajustes en sus relaciones interpersonales, haciendo que las pautas educativas tradicionales sean inefectivas para dirigir el comportamiento de estos niños. En este sentido,

las autoras manifiestan que los padres deben reaprender pautas para el proceso educativo de sus hijos y, por ende, se debe realizar un reajuste familiar, más aún cuando en situaciones como la de la familia de estudio, las características relacionales demuestran dificultades latentes. Con esta información, la acción del psicólogo se basó en evidencias para abordar las relaciones familiares como un foco de intervención.

A partir de esta categoría deductiva y retomando los hallazgos en la aplicación de las técnicas de recolección de información y las diferentes fuentes a las cuales éstas fueron aplicadas, emergen cinco categorías inductivas, analizadas de la siguiente forma:

Dinámica relacional. Para Agudelo (2005), la dinámica familiar comprende aspectos psicológicos, biológicos y sociales, que están presentes en las interacciones familiares y que posibilitan la cotidianidad, en lo relacionado con comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y los sistemas.

Al iniciar el proceso, la familia estudiada evidenciaba varias características particulares, entre las cuales se destaca: una dinámica familiar disfuncional, caracterizada por dificultad en el establecimiento de roles (poca claridad en rol paterno y materno), intromisiones de familia (extensa: abuelas y tía), poco tiempo compartido en familia, delegación de cuidado y acompañamiento del niño a cuidadora - niñera, una cohesión familiar aglutinada, entre otras.

Por lo tanto, frente a la categoría establecida, se puede dilucidar que la familia tenía, inicialmente, una dinámica familiar caracterizada por las dificultades normativas, en el establecimiento de roles, aglutinada y con continuas intromisiones de la familia extensa y la cuidadora (niñera).

Al respecto, investigaciones previas como la de Presentación, Pinto, Meliá y Miranda (2009), expresan la importancia y necesidad de realizar una intervención multimodal en la cual se incluya a la familia, en donde la conclusión más relevante para la práctica que se deriva de la literatura plantea una relación positiva existente entre el estrés que produce la crianza de niños con TDAH y la aplicación en la familia de técnicas de disciplina inadecuadas, que potencian la gravedad de la sintomatología y la aparición de trastornos de la conducta.

Algo similar plantean Mannuzza, Klein y Moulton (2008), para quienes el rol de la familia respecto al TDAH y los problemas de conducta, es primordial, debido al valor predictivo que dicha asociación tiene en la evolución hacia conductas adictivas y delincuencia.

Pautas de crianza. Las pautas de crianza son un conjunto de normas que fijan los padres, madres y adultos significativos, para guiar la crianza de los niños y las niñas, y se encuentran relacionadas con sus comportamientos. Dicha normatividad está influenciada por las construcciones sociales que se ha venido elaborando de generación en generación en cada grupo familiar.

Izzedin y Pachajoa (2009) mencionan que “las pautas de crianza se relacionan con la normatividad que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos, siendo portadoras de significaciones sociales” (p. 109). Esta normatividad tiene sus bases en las costumbres y significados culturales propios del grupo familiar.

Gómez y Henao (2005), por su parte, 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.

En la familia objeto de investigación se observó que los padres manejaban estilos de crianza permisivos; de hecho, tanto el padre como la madre, eran laxos en la implementación de normas y reglas o, simplemente, amenazaban y no las cumplían. La madre refiere que “el niño casi no le obedecía”, y cuando ella quería dar una instrucción, tenía que solicitar ayuda del padre de familia, quien tenía un manejo más firme de la autoridad; sin embargo, por motivos laborales y académicos, no pasaba mucho tiempo con la familia.

De igual manera, la cuidadora (niñera) también desempeñaba un papel determinante en la vida del niño y en las pautas de crianza, dado que era ella quien pasaba la mayor parte del tiempo con él, y quien se convertía en el referente de autoridad y afecto, en ausencia de los padres; no obstante, ella también era flexible en la aplicación de normas y reglas, haciendo que el niño la percibiera como par, y no como una figura de autoridad. Por lo tanto, se puede decir que las pautas de crianza en la familia objeto de investigación eran altamente elásticas, lo que contribuyó en la mantención del síntoma, al no crear un espacio normativo eficiente.

Al respecto, Castiblanco y Valbuena (2012) mencionan que,

Si bien, estas pautas son transmitidas de manera generacional, también son transmitidas por las personas que tengan contacto verbal y visual con el niño o niña, así pues, los infantes aprenden las pautas de crianza de acuerdo a aquello que escuchan y observan por parte de los adultos miembros de su familia. (p. 18)

Y, en este caso, de miembros significativos que acompañan el proceso de crianza, como son la cuidadora y las abuelas.

Desautorizaciones. Definidas como contradicciones entre las figuras de autoridad en el momento de implementar una instrucción, las desautorizaciones entre los miembros de la familia (tanto nuclear como extensa) en la familia objeto de investigación, son muy evidentes.

Por su parte, López Hoyos (2010), define la desautorización, como “recíproca”, y la explica diciendo que: “éstas se dan cuando cada uno de los padres piensa y actúa distinto respecto a lo que se le debe enseñar y exigir al niño” (p. 114). En la presente investigación, no solo hablamos de los padres, sino de todas las personas adultas que son significativas y representativas para el niño (abuelas materna y paterna, tía materna y cuidadora), en tanto se evidencia una gran cantidad de desautorizaciones en la familia, respecto a lo que tiene que ver con el cuidado y la crianza del niño, no solo en los aspectos trascendentales, sino en la cotidianidad.

En la familia estudiada se aprecia constantes desautorizaciones en el núcleo familiar por el manejo de autoridad entre los padres; la madre permanece más tiempo con el niño, pero no es contundente con el manejo de normas y reglas;

el padre no está mucho tiempo en la casa, pero es quien maneja la autoridad y la disciplina cuando sí está; por motivos laborales y académicos, ambos padres están ausentes y han delegado la función de cuidado a la niñera, quien no ejerce el rol de una manera efectiva, siendo causante de más desautorizaciones en el hogar; de este modo se configura una dinámica aglutinada, sin claridad de límites y con la posibilidad de que el niño actúe a conveniencia.

El estudio de Vásquez (2011) mostró que, para los padres de niños con TDAH, el trastorno se expresa principalmente en dificultades cotidianas para la convivencia y el seguimiento de la autoridad y las normas sociales, haciendo necesario un manejo de autoridad apropiado y estable. Para esto, la existencia de desautorizaciones constantes implica magnificar las consecuencias relacionadas con el seguimiento a la autoridad, precisamente porque denota que en la familia no hay una delimitación clara de los roles en el manejo de la autoridad parental.

Sobreprotección. Puede ser definida como un tipo de interacción que lleva a ahogar las demandas de autonomía de la persona protegida, generando sentimientos de baja competencia y desvalimiento y, en cierta medida, una relación de dependencia mutua, tanto desde el que tiene la necesidad de sobreproteger, como del que necesita ser protegido; ambos dependen altamente del otro para dar sentido a su vida. La relación puede así desembocar en la anulación de la persona protegida o, bien, en la aparición de una crisis cuando la persona protegida busca un distanciamiento o busca otro protector (Espinal, Gimeno y González, 2004).

En la familia objeto de estudio se evidenció una fuerte sobreprotección hacia el niño por parte de todas las figuras adultas representativas; es decir, los padres lo sobreprotegían como una forma de compensación por no compartir mucho tiempo en las tardes, además, por ser hijo único.

La abuela materna, a pesar de que solo convive con el niño los fines de semana, se instaura como una figura que suple todas sus demandas, pasando sobre la autoridad de los padres, quienes refieren que “malcría” al niño; la percepción de ellos indica que el nivel de sobreprotección de la abuela le ha ocasionado dificultades de desarrollo al niño, en especial en cuanto a su lenguaje, situación que se respalda desde los hallazgos de investigaciones previas al respecto (Quispe Prieto, 2013; Mosquera y Gutiérrez, 2016).

Las figuras emergentes como la abuela paterna y la tía paterna, también son generadoras de sobreprotección cada vez que aparecen en la vida del niño, al igual que la influencia de la cuidadora, quien al ocupar la función de par y dedicarse al cuidado del niño sin convertirse en una figura de autoridad, también genera un comportamiento infantilizado del niño, asociado a sobreprotección y consentimiento.

Hábitos familiares disfuncionales. Los hábitos son factores poderosos en la vida de las personas, dado que se trata de pautas consistentes y que de modo constante y cotidiano expresan el carácter y generan nuestra efectividad o ineffectividad. Lo anterior se complementa con lo planteado por Castaño (2011): “el hábito es una disposición a actuar de una determinada manera, y esa determinación está impulsada por un propósito” (p. 10).

A nivel familiar, se puede referir que los hábitos son un conjunto de costumbres, prácticas que son formadas, en general, cuando una persona hace algo de la misma manera y en el mismo lugar, una y otra vez, hasta que lo realiza automáticamente, sin esfuerzo o planeación. Los hábitos empiezan a ser estructurados en la infancia y, usualmente, son aprendidos por modelamiento de las figuras representativas del niño.

En la familia estudiada, los padres describen que el niño no tenía hábitos estructurados en casa, ni en lo relacionado con la elaboración de actividades académicas o en la organización de actividades en los tiempos libres, como tampoco, en la asignación de actividades específicas del hogar sobre las cuales podría tener algún tipo de responsabilidad (arreglo del cuarto, organización de juguetes, entre otras).

En este sentido se observó que, el no tener una estructuración clara de actividades, influía en su desorganización del tiempo, su desmotivación y su disciplina, especialmente en lo que tenía que ver con el cumplimiento académico.

Cabe resaltar que sus padres, al no compartir tiempo en las tardes, delegaban toda la función en la niñera y, en ocasiones, asumían la función de elaboración de tareas a altas horas de la noche, cuando el niño ya estaba cansado y su capacidad de concentración se encontraba disminuida, lo que generaba que éste demorara más la realización de las mismas y acrecentara los signos de desatención.

La necesidad de generar hábitos adaptativos en el interior de la familia se vislumbró como una necesidad, debido a que, como lo plantean los resultados obtenidos por Rubiales, Bakker y Delgado (2011), los niños con diagnóstico de TDAH presentan mayor dificultad en la capacidad de organización y planificación y, por ende, la desorganización familiar y falta de hábitos acrecienta las dificultades. En el niño sujeto de estudio, debido a su diagnóstico, la falta de hábitos adaptativos implicaba consecuencias negativas en las relaciones familiares.

Percepción del síntoma

Para efectos de esta investigación, se toma el 'Síntoma', como el resultado de las pautas de relación del sujeto, que en este caso tiene TDAH, con los diferentes miembros del sistema familiar y con su contexto relacional (social, familiar, escolar).

De acuerdo con Arbeláez (2017), el síntoma visto desde el punto de vista de la salud mental, es comprendido como "la incapacidad de soportar el estrés, trabajar de forma productiva y de aportar a la comunidad en la que se está vinculado" (p. 162).

Por otra parte, Vásquez (2002) se refiere al síntoma desde el modelo sistémico, planteando que lo que comúnmente denominamos síntoma, es el resultado del funcionamiento defectuoso o disfuncional de las familias a las que pertenecen los sujetos portadores de la situación problema.

De esta forma, el enfoque sistémico ubica el síntoma o situación problema de un sujeto, como una “expresión metafórica de la crisis que vive el sistema de familia” (Arbeláez, 2017, p. 165). Así, en la familia investigada, el TDAH es la situación problema o síntoma más visible, el cual se convierte en el motivo de consulta original.

Los padres, al iniciar el proceso, no eran conscientes de la visión de familia como sistema, sino que la abordaban como una situación ajena a ella y que debía ser contenida con terapias y medicamentos que buscaban ‘controlar’ las características negativas y poco funcionales que el niño demostraba, dejando de lado la posibilidad de comprender y aceptar las características familiares disfuncionales como posibles generadoras y mantenedoras del TDAH. En palabras de Arbeláez (2017), el síntoma “no solo es mensajero de lo patológico; también se configura como creación posibilitadora de nuevas configuraciones familiares, de movimientos morfogénéticos que potencializan y empujan al sistema familiar hacia el cambio” (p. 165).

A partir de la categoría ‘Percepción del síntoma’, la cual emergió del segundo objetivo específico, surgen cuatro categorías inductivas, las cuales serán interpretadas de la siguiente forma:

Inatención. Para precisar esta categoría, cabe explicar que el TDAH aparece definido desde diferentes disciplinas y con conceptualizaciones variadas a través de la historia. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) en la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE10) y la American Psychiatric Association (APA, 2002) 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 tres componentes básicos: impulsividad, hiperactividad y dificultad en la atención. Los rasgos principales del trastorno son, por una parte, la dificultad para mantener la concentración (déficit de atención), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociados con inquietud motora (hiperactividad-impulsividad); estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados.

En la familia estudiada, los padres percibían desde el inicio del acompañamiento que, el síntoma que más se evidenciaba en el niño era la falta de concentración; de hecho, manifestaban que el niño jugaba y se dispersaba con facilidad; de igual manera, notaban que su foco atencional era bajo y tenía bajo nivel de comprensión.

Al hacer la valoración y el análisis de los antecedentes, se encuentra que el niño tiene un acompañamiento terapéutico constante, que inició cuando tenía cuatro años, pero que en los últimos tres años ha sido más metódico. En su historia personal resalta que ha sido valorado por varios especialistas (psicología, neuropsicología, neuropsiquiatría, terapia ocupacional, terapia de lenguaje) y su diagnóstico se ha mantenido constante: Trastorno de la actividad y la atención TDAH, haciendo énfasis en que tiene un CI dentro del promedio.

Estos síntomas han sido recurrentes a lo largo del tiempo, variando su intensidad en algunos momentos; sin embargo, era evidente el sufrimiento, pero también el alto nivel de resignación que estaba generando en su núcleo familiar, la vida escolar y la percepción negativa de sí mismo.

Impacto en el ámbito escolar. Esta categoría se puede definir como las alteraciones de comportamiento que presenta el niño en el colegio y las dificultades para alcanzar un nivel escolar óptimo.

De acuerdo con Shapiro (2011), los niños que presentan TDAH tienen una serie de comportamientos característicos en el aula, entre los cuales se puede mencionar: dificultad de aprender lectura básica (decodificación), para comprender y recordar detalles, con el aprendizaje de las tablas de multiplicación y otros problemas matemáticos. De igual manera, se observa dificultades con la organización de sus pensamientos y con el proceso lectoescriptor. Zúñiga Zambrano (2013) asegura que:

El TDAH se ha relacionado con un pronóstico negativo en el ámbito escolar, encontrando que el bajo rendimiento académico es más alto en los estudiantes con trastorno por déficit de atención, comparados con estudiantes sin este diagnóstico. De igual manera, se ha encontrado que presentan tasas más altas de pérdida de años escolares y mayores dificultades en lectura y matemáticas. (p. 12)

En la familia estudiada, el rendimiento escolar es uno de los temas que mayor impacto negativo genera en los padres, ya que manifiestan su preocupación sobre el futuro profesional y económico de su hijo; refieren que cuando los síntomas iniciaron, sintieron temor al pensar que su hijo no podría valerse por sí mismo, hecho que fue descartado por los profesionales que abordaban el caso.

Cabe mencionar que las principales dificultades que ha presentado el niño a lo largo de su historia escolar y que con frecuencia demuestra en el aula, son: inatención, dificultad para atender las instrucciones, bajo rendimiento académico, dificultades en lectura y escritura, en comprensión y retención de la lectura, en recuperar o memorizar lo aprendido, movimiento continuo, entre otras.

Las dos asignaturas que mayores dificultades le han generado son lenguaje y matemáticas, por lo que la familia ha tenido que recurrir a docentes externos que fortalezcan su proceso de aprendizaje, forjando que, si bien en algunas ocasiones el niño ha tenido que llegar a las nivelaciones y recuperaciones de final de año, hasta la fecha no ha presentado pérdida de años escolares.

Por estas razones, se evidencia un impacto en el ámbito académico, referido más a situaciones de su autopercepción y su autoeficacia, desencadenadas obviamente por su bajo rendimiento académico y, las dificultades en atención, concentración y memoria; no obstante, se resalta que el comportamiento del niño en el aula es adecuado, ya que, si bien en algunas ocasiones se levanta del

puesto y charla, no ha sido reportado con situaciones graves que afecten el funcionamiento normal de la clase.

Impacto emocional. Los niños con TDAH usualmente sufren un impacto en todas las esferas de su vida, desde la personal, la social, la escolar y por supuesto, la familiar. El impacto se terminará por el grado de afectación que el niño tenga y la manera cómo afronta la situación.

Al respecto, Moreno (2014) refiere que los síntomas TDAH “tienen un gran impacto en el desarrollo social, emocional y cognitivo del individuo, causando una importante morbilidad y disfuncionalidad no solo en el paciente, sino también en su entorno” (p. 231).

Varios autores hablan acerca de la afectación de los niños con TDAH, tomando como eje central la autoestima; Calderón (2003) manifiesta que el TDAH “tiene un impacto significativo en la calidad de vida de niños y adolescentes, encontrando que estos niños tenían más problemas en su funcionamiento emocional, comportamental y en su autoestima” (p. 56). Un estudio relacionado asegura que los niños con diagnóstico de TDAH presentaban niveles más bajos de autoestima y motivación (García y Hernández, 2010).

Cuando se analiza la familia objeto de investigación, se evidencia un impacto emocional en varias esferas de su vida cotidiana; por una parte, manifiestan su preocupación por la percepción que el niño pueda tener del síntoma, por la forma como lo tratan sus compañeros o lo que puedan pensar otras personas de él. Se ha generado una especie de desesperanza aprendida hacia la imagen que los demás puedan tener de él (en la mayoría de los casos por percepciones subjetivas de minusvalía sin bases sólidas), situación que ha sido asociada con algunos comportamientos que han tendido sus compañeros en el colegio y que han sido magnificados por sus padres (algunos comentarios acerca de su falta de concentración); no obstante, el niño muestra unas habilidades sociales adecuadas y, por su personalidad y temperamento, es bien recibido por los niños de su salón.

Por otra parte, la familia refiere que el niño presenta inseguridades asociadas a su bajo desempeño académico y a la percepción negativa de sí mismo. Estos dos factores ejercen gran influencia y se relacionan entre sí, en el sentido que, uno de los aspectos que más inseguridad genera en él es su bajo rendimiento académico. Cuando esto sucede y el niño obtiene notas bajas, se molesta y se frustra y empieza a dudar de sus propias capacidades; en efecto, en varias ocasiones ha referido que “quisiera ser más inteligente”, aun cuando todos los estudios y valoraciones realizadas dan cuenta que su CI está en el promedio normal. De igual manera, sus inseguridades están ligadas a los momentos en los que tiene que leer en público o cuando no lo eligen para hacer una determinada actividad.

Por estas razones, se evidencia que, a nivel personal, tiene una percepción negativa de su autoeficacia; en algunas situaciones demuestra una baja autoestima y altos niveles de frustración, cuando las cosas no salen como él las espera.

Por estas razones, se concluye que el impacto emocional del niño se ve manifestado de una manera más evidente en el colegio, dado que es allí donde pone a prueba sus habilidades y donde tiene que demostrar sus capacidades, valiéndose por sí mismo, sin la intercesión de la familia.

Efectos del medicamento. Para que el tratamiento del TDAH sea efectivo, éste debe ser personalizado y multimodal, con intervenciones farmacológicas, psicológicas y educativas. A su vez, Moreno (2014) manifiesta que los fármacos psicoestimulantes son la primera opción terapéutica, siendo el metilfenidato (MTF), el de elección principal.

Para abordar esta categoría se toma como punto de referencia, el fármaco MTF, primero, dado que es el medicamento que ingiere el niño objeto de la presente investigación y segundo, porque es el medicamento más formulado en Colombia para tratar casos de TDAH.

De acuerdo con Papaseit, García-Algar, Simó, Pichini y Farré (2013), el MTF:

Es considerado uno de los fármacos de primera línea en el tratamiento del TDAH, tras demostrar su eficacia en la reducción de la hiperactividad-impulsividad y falta de atención, la mejoría del rendimiento académico, la concentración, la memoria (especialmente la memoria de trabajo) y el comportamiento social. (p. 123E2)

En la familia estudiada, la percepción de los sujetos hacia el medicamento es variada; por ejemplo, el niño percibe el medicamento como “algo muy positivo”, en el sentido que refiere que éste “le ha servido mucho para mejorar la concentración”, y hace un énfasis especial al mencionar que toma una pastilla diaria “para mejorar su concentración y su rendimiento académico”, y que deja de tomarla únicamente cuando no tiene clases como tal, sino que va al colegio a otras actividades recreativas, refiriendo que “se nota la diferencia”. Por lo tanto, el niño atribuye al medicamento su mejoría en la atención y en su rendimiento académico.

Por otra parte, la familia ve el tratamiento farmacológico, como parte fundamental del proceso terapéutico, aunque reconocen que tardaron “mucho en iniciar este proceso, porque tenían temor de los efectos negativos colaterales que estos pudieran tener en el niño”. Sin embargo, ahora que el niño lleva algunos meses con el consumo del mismo, le dan una connotación positiva, afirmando que sí han visto “sus efectos favorables”, pero, solo le dan “una pastilla diaria, antes de ir al colegio, y los días que no tiene clases y en vacaciones”, evitan en lo posible el consumo.

Así, la familia percibe los medicamentos como algo positivo a la hora de controlar los síntomas, pero muestran sus reservas en la parte cognitiva y su temor en hacer un uso prolongado de los mismos.

Cabe resaltar que, con la intervención, los padres de familia pudieron hacer conciencia de muchas situaciones cotidianas, que ellos hacían sin darse cuenta y que afectaban la convivencia y el comportamiento del niño; por lo tanto, se destaca la importancia de hacer un acompañamiento integral. Por estas

razones, se concluye que la percepción de la familia hacia el medicamento es positiva, ya que la han asociado a la 'presunta mejoría' del niño, especialmente en el ámbito académico; sin embargo, en casa no había una mejora evidente antes del inicio del proceso terapéutico objeto de investigación.

Intervención del terapeuta

Se parte de la premisa que uno de los objetivos propuestos era la realización y sistematización de una intervención familiar, a través de modificaciones en la vida relacional de la familia; por lo tanto, Bedoya y Alviar (2013) consideran que:

La terapia familiar puede considerarse una forma de intervención terapéutica que propone no solo 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. (p. 242)

En la familia objeto de investigación se explicó los objetivos de intervención y se informó que el fin último era la realización de una sistematización de experiencias, ante lo cual mostraron una total disposición. El terapeuta logró una buena empatía y pudo conformar una relación terapéutica de confianza y seguridad, tanto con los padres como con el niño, lo que facilitó el proceso y los posteriores resultados.

A partir de esta categoría deductiva, nacieron tres categorías inductivas, las cuales serán interpretadas de la siguiente forma:

Resultados de Intervención Familiar. Para comprender esta categoría, se menciona a Moreno (2014), quien refiere que “el proceso terapéutico presta atención a los rasgos diferenciales y específicos de cada familia, aquello que la hace diferente y que es el resultado de sus pautas o juegos interaccionales” (p. 273).

En lo relacionado con el desarrollo de la terapia, Bedoya y Alviar (2013) manifiestan que 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” (p. 254). En consecuencia, la intervención terapéutica tendría por objetivo, la modificación de la actual organización estructural del sistema, por cuanto está manteniendo el problema presentado (Moreno, 2014).

La familia estudiada expresa que, posterior a la intervención del terapeuta escolar, ha logrado evidenciar una serie de cambios positivos en su interior, los cuales parten de una reflexión, análisis y resignificación de algunos hábitos, conductas, patrones y situaciones que, sin darse cuenta, se estaba generando en la interacción de los miembros y, a su vez, se configuraban en mantenedores de la situación inicial: TDAH.

También refieren haber mejorado en aspectos como la comprensión de la dinámica y la integración familiar, el manejo de la autoridad (desde el establecimiento de normas y reglas, asumiendo roles de autoridad y evitando las desautorizaciones entre ellos y las personas que permanecen con el niño en la tarde), el establecimiento de roles, la formación y estructuración de hábitos cotidianos (realización de actividades escolares en las tardes, instauración de actividades lúdicas y de tiempo en familia, interacción con figuras significativas, generando actividades que fomenten la responsabilidad a través de la delegación de actividades sencillas –como arreglar su cuarto o sus juguetes-).

De igual manera, la familia resalta un cambio muy significativo en el niño, ya que, de acuerdo con ellos, “mejoró en su disposición a hacer las cosas”; así mismo, los padres refieren que “el proceso sirvió para que el niño tome conciencia de lo que tiene que hacer y siga más fácilmente las normas”.

Por todo esto se concluye que la familia percibe una labor positiva del terapeuta, dado que evidencian una mejoría en el ámbito familiar, hecho que se ve reflejado en la actitud, disposición y eficacia del niño.

Resultados de Intervención Síntoma. Para dar sentido a esta categoría, cabe mencionar que la terapia familiar sistémica articula lo relacional y considera la influencia de las interacciones en el cambio. En este sentido, Bedoya y Alviar (2013), al referirse a las familias que tienen niños con TDAH, manifiestan que:

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 solo del TDAH sino de las situaciones que se desencadenan o enmascaran con él. 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. (p. 253)

La familia objeto de investigación valora la ‘mejoría’ de los síntomas en el niño, y hace énfasis en tres elementos: la mejoría en su rendimiento académico: “el niño ha mejorado en sus procesos de percepción y atención relacionados con el ámbito académico”; la mejoría en su disposición a hacer las cosas: “el proceso sirvió para que el niño tome conciencia de lo que tiene que hacer y siga más fácilmente las normas”; y, la mejoría en la eficacia de las mismas.

En adición, la familia manifiesta que percibe una mejoría en los síntomas gracias a algunos ejercicios para optimizar la atención, enseñados y orientados en el proceso terapéutico; refiere que han adoptado a su cotidianidad, la aplicación de algunos de estos ejercicios y los practican en familia, observando que el niño ha mejorado en dichos procesos.

Por estas razones, se puede afirmar que la familia tiene una percepción positiva del terapeuta dado que, a través de sus orientaciones y la enseñanza de algunos ejercicios, pudieron observar avances y mejoría en los síntomas que estaba presentado el niño, relacionados con el TDAH.

Efectividad de la Intervención Psicológica. Para abordar esta categoría, es necesario considerar lo mencionado por Bedoya y Alviar (2013), en cuanto a que “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” (p. 254).

Consecuentemente, el papel del terapeuta, en este caso, consistió en estudiar e intervenir en los problemas que afectaban a la unidad familiar y las relaciones entre sus miembros; no centró su trabajo solo en el individuo sintomático, sino que concibió la familia como un sistema.

Al iniciar el proceso de intervención terapéutica y, teniendo en cuenta que la familia podría tener un nivel alto de saturación frente a los acompañamientos de los especialistas externos por haber pasado tantos años en acompañamientos clínicos, uno de los principales objetivos fue garantizar la adherencia al tratamiento y establecer procesos de sintonía emocional (empatía), elementos que fueron ampliamente reconocidos por todos los integrantes de la familia. En concordancia, Szmulewicz (2013) sostiene que:

Los pacientes traspasan una gran barrera de pudor, desconfianza y miedo al depositar en el terapeuta toda su esperanza de ser contenidos, entendidos y ayudados. Esta entrega es un privilegio único. Participar tan profundamente de los relatos de vida de los pacientes enriquece la propia vida del terapeuta; le permite incorporar nuevas narrativas sobre sí mismo, sobre su paciente y sobre otros pacientes. (pp. 61-62)

White (2002) por su parte, se refiere al quehacer del terapeuta como un impacto en la vida del mismo y de los pacientes, al ser incluido de una manera tan íntima en el mundo interno de los últimos. De este modo, la familia objeto de investigación resalta la disposición y profesionalismo del psicólogo escolar (terapeuta) en la superación de dificultades, en tanto que, gracias a su intervención, lograron hacer conciencia de sus pautas interaccionales, las cuales estaban afectando el sistema relacional y estaban generando que el síntoma TDAH se mantuviera.

Bajo estos criterios, la familia resalta una mejora significativa en la dinámica familiar, en el fortalecimiento de los lazos familiares, en el establecimiento de roles y en la formación de hábitos y horarios. Entonces, la mutualidad y reciprocidad del proceso terapéutico es uno de los elementos esenciales en la co-construcción del vínculo, aun cuando se debe considerar la asimetría del encuentro (Szmulewicz, 2013).

Así, el encuentro terapéutico transformó los sentidos y significados de todos los asistentes a la consulta; esto es, tanto de los pacientes (la familia objeto de investigación), como del terapeuta; en los primeros, al hacer conciencia de todas las situaciones que podían modificar para mejorar la dinámica familiar y a través de la resignificación que hacen los pacientes de su propia vida; y, en el segundo, al reflexionar sobre la atribución de significados que hace de sí mismo, de su vida y de su trabajo.

Desde la visión del psicólogo escolar, los objetivos terapéuticos establecidos desde el inicio del proceso y el plan de intervención, cumplieron de manera satisfactoria las once sesiones planeadas sin contratiempos y en el tiempo asignado; el terapeuta logró la modificación y resignificación de las dinámicas relacionales familiares.

Cabe destacar que el psicólogo fue más allá de su rol como psicólogo escolar, en tanto que gracias al aval generado por la Universidad Mariana, el Colegio Filipense y la familia (a través del consentimiento y asentimiento informado), pudo realizar un verdadero proceso terapéutico en once sesiones, lo que favoreció los resultados positivos del proceso. De igual manera, resalta la integralidad del proceso, en el sentido que se continuó con las terapias externas, los controles de neuropsicología y el consumo del medicamento formulado por el neuropediatra, encontrando una excelente aceptación por parte de la familia al tratamiento multimodal.

Esto permite inferir que la familia, después de haber reflexionado y analizado los procedimientos y los resultados de la intervención del terapeuta, los valoran de una manera positiva y destacan el profesionalismo, la disposición y la efectividad de los mismos, en la superación de las dificultades asociadas al TDAH, a través de la modificación de las dinámicas relacionales familiares.

5. Conclusiones

La investigación resalta la importancia del tratamiento multimodal para conseguir resultados más significativos en el abordaje terapéutico del TDAH, dado que se evidencia que en la familia objeto de investigación, el tratamiento exclusivamente farmacológico no logró efectos significativos que perduraran en el tiempo, sino que se limitaban al control y/o disminución de los síntomas conductuales negativos, especialmente en el ámbito escolar, pero que perdían efectividad en el transcurso del día, mientras el cuerpo del niño asimilaba y eliminaba el producto, situación que cambió al agregar el acompañamiento terapéutico familiar, el cual evidenció mejoría en los ámbitos relacionales, cognitivos y conductuales significativos más permanentes, no solo en el niño, sino en todo el grupo familiar.

Se reconoce la importancia de los padres como co-terapeutas; es decir, como personas que asumen la responsabilidad del síntoma desde sus propias actuaciones, hecho que cambia la antigua perspectiva del 'miembro enfermo del sistema familiar', a quien hay que 'curar', y a quien se le asigna toda la carga emocional y responsabilidad de la situación problema; ahora se da un papel activo y protagónico a todo el sistema en la mantención, eliminación o superación del síntoma. Así las cosas, la familia pudo analizar ciertos patrones, hábitos cotidianos y dinámicas relacionales que, sin darse cuenta, estaban afectando su dinámica familiar y que incidían en la mantención del TDAH.

Este estudio da cuenta de los cambios significativos logrados en la familia a través del proceso terapéutico, siendo algunos de ellos: la resignificación de la situación problema inicial, una estructuración más óptima de las dinámicas familiares y las pautas relacionales, resignificación en los roles y en los estilos normativos. Asimismo, se evidenció mejoría en el niño-estudiante, especialmente en los procesos emocionales, autopercepción y escolares, visión que también es compartida por la familia.

En cuanto a las reflexiones que hicieron los miembros de la familia acerca de las intervenciones del terapeuta, se concluye que dan una valoración altamente positiva, primero porque resaltan su disposición, profesionalismo y conocimiento, y segundo, porque percibieron los cambios posteriores a las sesiones, tanto en las interacciones familiares como en la mejoría del niño en varios aspectos de su vida, incluyendo su disposición y motivación para hacer las cosas, la mejoría en los procesos atencionales y en el rendimiento académico.

Al finalizar este trabajo investigativo, se considera que la relevancia de la sistematización radica en el mejoramiento y la transformación de la propia práctica. A partir de un proceso reflexivo por parte del investigador y de la familia objeto de estudio, se buscaba mejorar las condiciones relacionales que podían profundizar los efectos adversos del TDAH. El trastorno podría mantenerse o no presentar una evolución positiva, motivo por el cual conviene hacer una reflexión en cuanto a considerar el TDAH como un trastorno del comportamiento infantil que impacta directamente al sistema de relaciones del cual el niño hace parte, en este caso, la familia.

Para finalizar, cabe mencionar que el proceso de sistematizar una experiencia profesional, en el caso del investigador, es novedosa y altamente gratificante, dado que en nueve años de experiencia profesional no se había presentado una oportunidad para observar las prácticas terapéuticas desde un ángulo totalmente opuesto; esto permitió observar algunos elementos por mejorar en próximas oportunidades y, generó motivación y confianza en cuanto a que el quehacer terapéutico va por buen camino, y eso se nota en los resultados de la intervención y en las expresiones de agradecimiento de la familia con la cual se trabajó.

6. Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses sobre el trabajo presentado.

Referencias

- Agudelo, M.E. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 153-179.
- Aguilar, J. (2013). Enfoques epistemológicos de la investigación sobre desigualdades educativas en México, 1971-2010. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, RMIE*, 18(59), 1077-1101.
- Amarís, M., Paternina, A. y Vargas, K. (2004). Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en "la cangrejera" (corregimiento de Barranquilla, Colombia). *Psicología desde el Caribe*, [fecha de Consulta 11 de Noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21301405>
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales: DSM-5 (5.ª ed.)*. American Psychiatric Association.
- Arbeláez, L. (2017). El síntoma como metáfora co-creada en el sistema familiar. *Poiésis*, 1(32), 158-168. DOI: 10.21501/16920945.2308.
- Bedoya, L. y Alviar, M.M. (2013). Familias atrapadas en la hiperactividad. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, (29), 237-259.
- Calderón, C. (2003). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Evaluación y Tratamiento psicológico (Tesis doctoral)*. Universitat de Barcelona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/2531#page=1>
- Castaño, A. (2011). Introducción al concepto de hábito de Charles Sanders Peirce para el comportamiento del consumidor. *Revista Punto de Vista*, (3), 10-14.
- Castiblanco, C.C. y Valbuena, M. (2012). *Pautas de crianza, implicación directa en la construcción de tejido social (Trabajo de Grado)*. Corporación Universitaria Minuto de Dios. <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/1261>
- Conrad, P., & Bergey, M. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31-43.
- Delgado, I.D., Rubiales, J., Etchepareborda, M.C., Bakker, L. y Zuluaga, J.B. (2012). Intervención Multimodal del Tdah: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 45-51.
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2004). El Enfoque Sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas*, (14), 21-34.
- Expósito, D. y González, J.A. (2017). Sistematización de experiencias como método de investigación. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(2), 10-16.
- García, A.M. y Hernández, S. (2010). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, (1), 17-24.

- Gómez, P. y 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)*. Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.
- González, E.M. (2013). Acerca del estado de la cuestión o sobre un pasado reciente en la investigación cualitativa con enfoque hermenéutico. *Uni-pluri/versidad*, 13(1), 60-63.
- Izzedin, R. y Pachajoa, A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza: Ayer y hoy. *Liberabit, Revista de Psicología*, 15(2), 109-115.
- Korzeniowski, C., & Ison, M.S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 65-71.
- López Hoyos, M.L. (2010). *Conflictos en la crianza: la autoridad en cuestión. Un estudio intercultural*. Editorial Universidad Santiago de Cali.
- López-Villalobos, J.A., Sacristán-Martín, A.M., Garrido-Redondo, M., Martínez-Rivera, M.T., López-Sánchez, M.V., Rodríguez-Moliner, L., Camina-Gutiérrez, A.B., Andrés-de Llano, J. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con/sin tratamiento farmacológico. *Anales de Pediatría*, 90(5), 272-279. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.016>.
- Mannuzza, S., Klein, R., & Moulton, J. (2008). Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*, 160(3), 237-246.
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Desclée de Brouwer.
- Mosquera, Y. y Gutiérrez, S. (2016). Desarrollo Social en Niños Sobreprotegidos. Corporación Universitaria Adventista.
- Olson, D.H. (2008). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE-10). Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. [//ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf](http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf)
- Papaseit, E., García-Algar, O., Simó, S., Pichini, S. y Farré, M. (2013). Metilfenidato en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en pediatría: monitorización en matrices biológicas. *Anales de Pediatría*, 78(2), 123E1-123-E10.
- Presentación, M.J., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, 2(3), 18-26.
- Quispe Prieto, S.C. (2013). Relación del desarrollo del lenguaje oral con la sobreprotección de los padres en los niños de 5 años del Centro Educativo Inicial Alfonso Ugarte 396 del Distrito Gregorio Albarracín de Tacna-2012. *Ciencia & Desarrollo*, (16), 105-110. DOI: <https://doi.org/10.33326/26176033.2013.16.362>.
- Rubiales, J., Bakker, L. y Delgado, I.D. (2011). Organización y planificación en niños con TDAH: evaluación y propuesta de un programa de estimulación. *Cuadernos de Neuropsicología*, 5(2), 145-161.

- Santos, Y. (2010). ¿Cómo se pueden aplicar los distintos paradigmas de la investigación científica a la cultura física y el deporte? *PODIUM, Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, 5(1), 1-10.
- Shapiro, B. (2011). Bajo Rendimiento Escolar: Una perspectiva desde el desarrollo del sistema nervioso. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(2), 218-225.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69.
- Vargas, Á. y Parales, C. (2017). La Construcción Social de la Hiperactividad. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 245-262. DOI: <https://doi.org/10.15446/rpc.v26n2.59891>
- Vásquez, C.E. (2002). El diagnóstico en terapia familiar sistémica: análisis de un caso de patología infantil. <http://psiqu.com/2-3231>
- Vásquez, R. (2011). ¿Qué es la hiperactividad y cómo ven el problema los padres? Análisis de los motivos de consulta y las estrategias de afrontamiento del TDAH en una muestra de estratos socioeconómicos altos de Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 488-503.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa Editorial.
- Zúñiga Zambrano, Y.C. (2013). *Rendimiento académico en escolares con déficit de atención/hiperactividad en una muestra de colegios de la ciudad de Bogotá (Trabajo de Grado)*. Universidad Nacional de Colombia. www.bdigital.unal.edu.co/598753.2014.pdf