

# Efectos de la terapia breve estructural y del equilibrio energético en niños en edad escolar con déficit de atención: reporte preliminar\*

Jaime Montalvo Reyna\*\* • Nalleli María Cedillo Morales\*\*\*  
María Guadalupe Hernández Cruz\*\*\*\* • María Rosario Espinosa Salcido+  
UNAM FES Iztacala

*El presente trabajo tuvo como objetivo probar los efectos de la aplicación del sistema de equilibrio energético life (life System) en cinco niños con problemas de déficit de atención (da). Se planteó la hipótesis de que el sistema generaría cuando menos un pequeño cambio en el grado del da de los sujetos bajo estudio. También se aplicaron algunas estrategias de la terapia breve sistémica, como la retroalimentación estructural familiar, todo lo cual se correlacionó con una modificación en las variables de disfuncionalidad familiar y bienestar psicológico individual, de pareja y familiar. Los resultados sugieren que las estrategias empleadas con estas familias pueden ser útiles en casos similares con la debida adaptación de las intervenciones en cada caso particular.*

**Palabras clave:** *Terapia breve sistémica, equilibrio energético, retroalimentación estructural familiar, déficit de atención y disfuncionalidad familiar.*

*The purpose of the present report was to test the effects of implementing a system of energy balance (life System) in five children with attention deficit (ad). The hypothesis raised was that the system would cause the least a small change in the degree of ad. Also were implemented some brief therapy strategies such as family structural feedback to the children's families all of which correlated with a change in variables family dysfunctionality, psychological individual, couple and family welfare. The results indicate that it is possible to suggest that the strategies employed by these families may be useful in similar cases with the necessary adaptation of interventions in each particular case.*

**Key words:** *Systemic brief therapy, energy balance, structural family feedback, attention deficit, family dysfunctionality.*

---

\* Proyecto apoyado por el Papime de la DGAPA, UNAM

\*\* UNAM FES Iztacala E Infasi Act [

\*\*\* FES-Iztacala, UNAM

\*\*\*\* FES-Iztacala, UNAM]

+ FES-Iztacala, UNAM] Correo-e: resolv123@yahoo.com.mx

## Marco teórico

### Trastorno por déficit de atención

El trastorno por déficit de atención (TDA) se inscribe en el grupo de los denominados *trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*, y en particular en la clase de *trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*. En términos generales, y en consistencia con el modelo conceptual del manual *DSM-IV*, el término “trastorno” apunta a definir un patrón comportamental de significación clínica asociado con un malestar, un impedimento o un riesgo significativamente alto de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (López-Ibor y Valdés, 2002).

Los rasgos principales del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) 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.

La *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)* ofrece una caracterización similar del TDA; sin embargo, contempla el diagnóstico diferencial del TDAH o trastorno hiperkinético (Barkley, 1982) asociado con trastorno disocial. Parecería entonces que el TDA se conceptualiza en términos comportamentales, con componentes biológicos y genéticos. Brown (2000) lo define como una afección neurobiológica que padece de 3 a 7% de la población. En la mayoría de los casos se piensa que el TDA/H es heredado, y tiende a presentarse en algunas familias más que en otras. Es además una afección de por vida que impacta a niños, adolescentes y adultos de todas las edades,

hombres o mujeres, de cualquier raza o cultura.

Entre los síntomas y problemas comunes de vivir con TDA/H se encuentran:

- Falta de atención y excesiva facilidad de distracción.
- Inquietud física o hiperactividad.
- Impulsividad desmedida; hablar o actuar sin pensar.
- Inclinação a postergar decisiones o acciones de manera excesiva y crónica.
- Dificultad para comenzar tareas.
- Dificultad para completar tareas.
- Tendencia a perder cosas con frecuencia.
- Falta de habilidades de organización, planeación y gestión del tiempo.
- Olvido excesivo.

No todas las personas que padecen TDA muestran todos los síntomas, ni tampoco toda persona con TDA los experimenta con el mismo nivel de gravedad o discapacidad, lo cual resulta en impedimentos significativos para su diagnóstico oportuno (Avilés, 2000).

No existe hasta el momento una conceptualización universalmente aceptada sobre el TDA a pesar de que comparte criterios más o menos uniformes a nivel conductual con instrumentos diagnósticos como el *DSM-IV* y el *CIE-10*. En esta línea, podemos predecir que tampoco existirá un método universalmente aceptado que nos permita un diagnóstico oportuno. Sin embargo, el *CIE-10* menciona que el trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura en la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión de que pierden la atención en una porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con preci-

sión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficit en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado (*CIE-10*).

En los últimos años este campo ha sido abordado por múltiples investigaciones aplicadas alrededor del mundo. Por ejemplo, en Estados Unidos, a través del Programa CHADD, el National Resource Center on AD/HD desarrolló una escala llamada WWK18 (We What Know 18) para el diagnóstico del déficit de atención en adultos. Los investigadores consideraron el TDA como una disfunción neurobiológica que es muy común y afecta de 5 a 8% de niños en edad escolar, y determinaron que los síntomas permanecen en la edad adulta hasta en 60% de los casos. Sin embargo, identificaron que existe una serie de condiciones biológicas y psicológicas, como ansiedad, depresión y ciertos tipos de trastornos del aprendizaje que podrían contribuir a que un sujeto presente conductas similares a los síntomas del trastorno por déficit de atención. Por ello concluyeron que el WWK18 no es por sí solo un instrumento diagnóstico, porque para ello primero se necesitaría establecer un criterio que prevea la coexistencia (presencia o ausencia) de otras condiciones.

Partiendo de una conceptualización del TDA similar a la del estudio anterior, Compains, Álvarez y Royo (2002) intentaron diagnosticar, tratar y pronosticar el curso del TDA con o sin hiperactividad en niños en edad escolar. Aunque su diagnóstico parte de un estudio neurológico detallado y una exploración física completa, concluyen que son necesarias otras pruebas complementarias para lograr un diagnóstico diferencial del trastorno; sin embargo, no se cuenta con este tipo de instrumentos (Joselevich, De Quiros, Giusti, Heydl *et al.*, 2000). Como parte de esta misma investigación se rea-

lizó un tratamiento multidisciplinario que abarcó los aspectos médico, psicológico y pedagógico. El tratamiento médico se enfocó en el uso farmacológico de psicoestimulantes en los niños bajo estudio, tratando de reducir los efectos colaterales; el psicológico se realizó a través de un programa de modificación de conducta, en el que destaca la importancia del trabajo con las familias y el tipo de relación que establecen los padres con sus hijos afectados por el TDA-H (Quiñones, 2002). Por último, el tratamiento pedagógico fue remitido a la oficina de servicios educativos para el seguimiento de los pacientes. Los investigadores concluyeron que a pesar de la información con la que se cuenta sobre el TDA, existen limitantes para realizar un diagnóstico diferencial.

En México, los trabajos de investigación sobre el TDA se han realizado con una tendencia médica enfocada en la evaluación de los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, Ortiz (2007) hace una contribución que consideramos sumamente relevante, pues desarrolló un instrumento para el diagnóstico del TDA creado y validado en población infantil mexicana en edad escolar. Dicha escala, llamada ESAN (escala de autoidentificación de síntomas de TDA/TDAH para niños y niñas en edad escolar) se caracteriza por ser breve y de lenguaje sencillo.

### **Terapia breve sistémica: retroalimentación estructural familiar**

Domínguez (2008) sostiene que la terapia breve sistémica (TBS) puede aportar beneficios al manejo de las dificultades de aprendizaje, incluyendo el TDAH, ya que aunque no es una terapia que trabaje con procesos cerebrales de manera directa, tiene en su concepción acerca cómo funcionan los seres humanos, muchos procedimientos, conceptos, estrategias y herramientas que han comprobado ser útiles, con alto nivel de éxito, para el ma-

nejo de distintos problemas (algunos considerados graves). Entre otras aportaciones sobresalientes de la TBS al tratamiento del TDAH, encontramos las siguientes: permite tener una visión circular del trastorno, pues se cambia la relación causa-efecto por un análisis sistémico en el cual se detectan los círculos sistémicos en que caen los síntomas de TDAH y los patrones interaccionales que le son comunes; ofrece una visión despatologizante del TDAH, pues a través de los reencuadres se guía a la familia para que vea lo útil y benéfico del problema, o lo define como una etapa o estilo de vida; involucra a la familia, principalmente a los padres, a tomar un rol activo en la solución, definiendo claramente jerarquías, tareas específicas y rituales de control y cambio; por último, utiliza estrategias de los enfoques centrados en soluciones (O´Hanlon, 1990), tales como la escala, la tarea de fórmula y la pregunta del milagro, entre otras. Del modelo estructural y estratégico se retoman la definición de jerarquías, el establecimiento de alianzas estratégicas y la ruptura de patrones disfuncionales, mientras que de los modelos basados en la narrativa se retoman la externalización y resignificación del problema y el uso de rituales.

En el enfoque sistémico se han planteado muchas técnicas para la intervención. Por ejemplo, la retroalimentación estructural familiar (REF) desarrollada por Montalvo (2009) parte de las bases teóricas del modelo estructural (Minuchin, 1989). La técnica consiste en entrevistar a la familia para identificar los parámetros estructurales que le dan forma a sus relaciones y realizar un mapa o familiograma de sus interacciones significativas. Posteriormente se le presenta a la familia dicha información conectándola con situaciones problemáticas. Si bien la REF por sí sola no resuelve todos los problemas, ha demostrado su efecti-

vidad motivacional en el proceso terapéutico, ya que propicia pequeños cambios que ayudan a una serie de intervenciones posteriores adecuadas a cada caso específico (Montalvo, 2009).

### **Sistema de retroalimentación energético (life System)**

Proponemos en esta investigación, para fines de diagnóstico y tratamiento, el uso del sistema *LIFE* creado por el médico homeópata estadounidense Chris Kesser. El sistema *LIFE* aparentemente es capaz de escanear y evaluar en forma precisa el desequilibrio bioenergético del cuerpo y contribuye a balancearlo, además de que puede conducir a una reducción del nivel de estrés con el que llega la persona. Este sistema de medicina cuántica y energética le proporciona al cuerpo la información y energía necesarias para que se repare a sí mismo, y nos permite encontrar a nivel subconsciente las razones que ocasionaron el desequilibrio energético que se transformó en enfermedad o problema psicológico. El sistema *LIFE* es uno de los primeros en su clase en el que se utiliza el enfoque de “doble testigo ciego”. Al efectuar el escaneo a nivel del subconsciente, el sistema interacciona sobre los miles de puntos del cuerpo que están siendo escaneados y evaluados. Ni el operador del sistema ni el cliente pueden influir en el escaneo.

Con base en lo anterior, el objetivo de esta investigación consistió en evaluar qué tan efectiva es una combinación de la intervención psicológica sistémica (en la familia) y el equilibrio energético en niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención.

### **Método**

Se realizó una investigación cuasi experimental, cuantitativa, exploratoria y transversal.

## **Población**

Participaron en el estudio cinco familias, dos de ellas uniparentales, dos familias intactas y una reconstituida, todas con un menor con diagnóstico de TDA: dos niñas y tres niños, con un promedio de edad de 9.4 años, quienes cursan entre tercero y sexto año de primaria en escuelas públicas. Todos los participantes cuentan con apoyo pedagógico desde hace 6.2 meses en promedio, y no están recibiendo tratamiento farmacológico.

## **Escenario**

La aplicación de los instrumentos se efectuó en los cubículos de la clínica INFASI, ubicada en Cd. Satélite, Naucalpan, Estado de México.

## **Instrumentos**

Se utilizaron los siguientes instrumentos.

- El sistema LIFE (sistema de retroalimentación energética) consta de una caja metálica pequeña conectada a cinco arneses, uno para la cabeza de la persona, dos para las muñecas de las manos y dos para los tobillos. El equipo se enlaza a un ordenador que ejecuta el *software* del instrumento.
- La escala de autoidentificación de síntomas de TDA/TDAH para niños y niñas en edad escolar (ESAN; Ortiz, 2007). La escala consta de 34 reactivos tipo Likert.
- La prueba ADHDT aplicada a los padres, que consiste en una guía de entrevista para identificar la estructura familiar. La prueba evalúa ocho áreas de dicha estructura a través de preguntas abiertas dirigidas a un informante.

## **Variables**

Familia, TDAH, estructura familiar, sistema LIFE.

## **Procedimiento**

Constó de dos fases y la evaluación continua durante el estudio. Se convocó y explicó a las familias el objetivo del estudio y se firmó el consentimiento informado, que contempla la grabación en audio y/o video de las sesiones, la aplicación al paciente del sistema de retroalimentación energética, la protección de la identidad y la publicación de resultados.

- **Fase diagnóstica.** Se aplicó a los padres la prueba ADHDT y la entrevista para identificar la estructura familiar. A los niños se les aplicó la escala ESAN y la prueba de cerebro del sistema LIFE. Tanto a los padres como a los hijos se les formularon preguntas de la escala de bienestar psicológico (EBP).
- **Fase de intervención.** Consistió de tres sesiones de retroalimentación energética con el sistema LIFE a cada niño(a) y entrevistas con los padres con el fin de aplicar la técnica REF, además de una segunda aplicación de la prueba ADHDT a los padres, y una segunda aplicación de la ESAN a los niños. Durante la intervención fueron utilizadas algunas técnicas de terapia breve sistémica para apoyar a las familias hacia los cambios que se trazaron como meta derivados de la intervención con la REF.
- **Evaluación continua.** Consistió en las preguntas de la escala de bienestar psicológico tanto a los padres como a los pacientes, así como en un reporte verbal de la familia sobre los cambios observados en el niño(a): psicológicos, interaccionales y físicos.

## Resultados

**Fase diagnóstica.** En la aplicación de las pruebas de ESAN (ver tabla 1) y LIFE (ver tabla 2), los puntajes obtenidos en cuatro de los cinco casos coincidieron en los criterios para considerar positivo en TDA/TDAH. En el caso de la prueba ADHDT aplicada a los padres, la puntuación en las cinco familias fueron indicativos para TDA (fig. 1).

cleo y por lo menos una relación conflictiva entre algunos miembros de la familia.

**Fase de intervención.** En esta etapa se aplicó la técnica REF, en la cual se dio retroalimentación a las familias sobre los elementos disfuncionales y funcionales encontrados en el familiograma. Las cinco familias participantes se mostraron receptivas y atentas a la información. Se les retroalimentó con la demos-

**Tabla 1.** Puntuaciones obtenidas en la primera aplicación de la ESAN a los pacientes identificados.

ESAN	A	B	C	D	E
Puntuación total	68	100	92	76	100
Trastorno de conducta	24	47	39	32	46
Déficit de atención	29	35	35	27	29
Hiperactividad	15	18	18	17	25

**Tabla 2.** Puntuaciones obtenidas en la prueba del cerebro del sistema LIFE.

LIFE	A	B	C	D	E
Cerebro	DA 94 DAH 38	DA 100 DAH 99	DA 76 DAH 46	DA 38 DAH 63	DA 53 DAH 75
% Rectificación	89	75	24	81	65

En cuanto a las preguntas de la escala, se puede observar que los padres califican con puntuaciones altas el bienestar psicológico de la familia, personal y de pareja, mientras que las puntuaciones bajas se observan en la calificación del bienestar psicológico del hijo (ver tabla 3 a y b).

En la evaluación de la estructura familiar se encontraron entre cuatro y ocho elementos disfuncionales en las familias participantes, siendo comunes en todas los siguientes elementos: el sobreinvolucramiento de la madre con el paciente identificado(a), la periferia del padre, la centralidad negativa del paciente identificado(a), límites difusos al interior del nú-

tración de ejemplos de las interacciones asociadas con cada elemento disfuncional o funcional. Asimismo, en colaboración con el terapeuta trazaron metas para los cambios que consideraron necesarios en su familia, y la intervención se apoyó en las tareas de fórmula del modelo de soluciones. (O'Hanlon, 1990).

En las sesiones posteriores a la aplicación de la técnica REF se observaron en promedio hasta tres cambios relacionales funcionales en cada familia.

Se aplicó por segunda ocasión la prueba ADHDT a los padres y la prueba ESAN a los pacientes. Además, se realizó una comparación intrasujeto entre las puntuaciones en ambas aplicaciones, la

**Tabla 3.** Escala de bienestar psicológico (EBP) aplicada a los padres de familia y a los pacientes

a)

Padres	A	B	C	D	E
EBP personal	9	8	9	7	9
EBP familiar	8	6	9	8	8
EBP de pareja	Na	6	10	9	Na
EBP hijo	7.5/8	6	9	5	7

b)

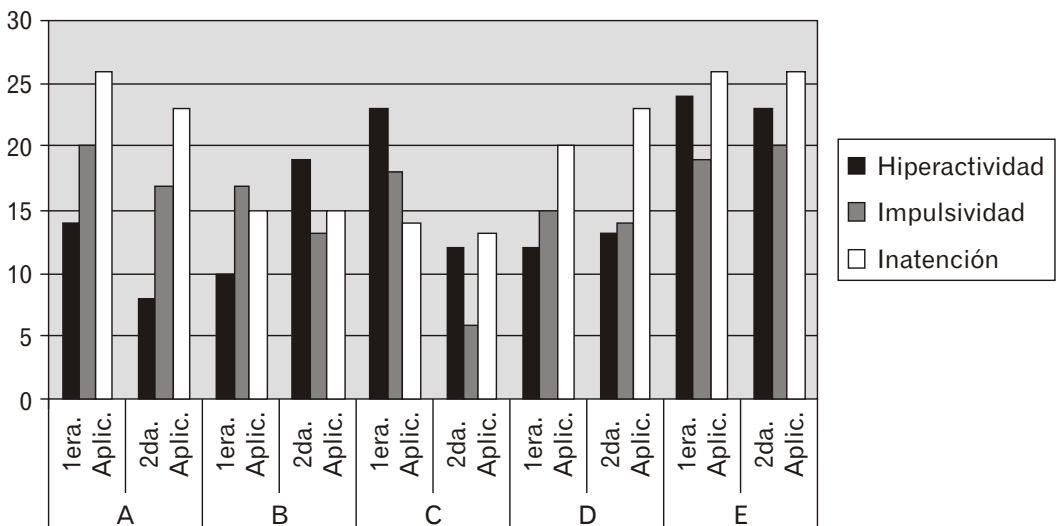
Pacientes	A	B	C	D	E
EBP personal	7	6	9	8	7
EBP familiar	8	5	9	8	9
EBP en la escuela	6	7	7	8	8

cual arrojó disminuciones en los puntajes obtenidos (figuras 1 y 2).

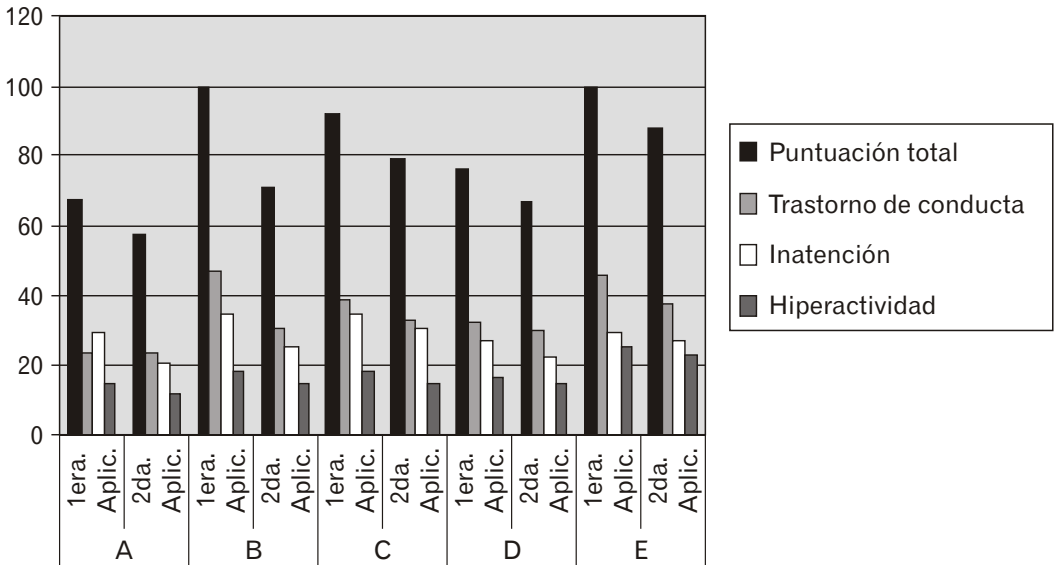
Las cinco familias presentaron disminuciones en la prueba ADHDT en por lo menos dos de las subescalas. En el caso de la hiperactividad, en los sujetos B y D se registró un aumento en la puntuación

(ligero en el D y casi del doble en el B). En la prueba ESAN, el puntaje total mostró una reducción en los cinco casos, con un promedio de 20 (10) puntos menos en la segunda aplicación después del tratamiento. La misma tendencia se observó en la aplicación y resultados del sistema

**Figura 1.** Comparación de puntuaciones entre la primera y segunda aplicación de la prueba ADHDT.



**Figura 2.** Comparación de las puntuaciones entre la primera y segunda aplicación de la prueba ESAN.



LIFE, donde las puntuaciones comienzan a disminuir entre la primera y la cuarta sesiones.

**Evaluación continua.** Las puntuaciones se elevaron en el bienestar psicológico del hijo identificado con TDA según la percepción de los padres; lo mismo sucedió en la autoevaluación de los niños, sobre todo en la escuela. En cuanto al motivo de la queja, cuatro de las cinco familias dijeron que el motivo inicial se superó de forma significativa, de modo tal que no representaba ya un problema en las relaciones familiares. Sólo una de las familias consideró estar en proceso de resolución de la queja.

### Discusión y conclusión

Los hallazgos más significativos de este estudio indican que el total de las familias participantes reportó cambios en los niveles interaccional y psicológico, lo que se corrobora con las puntuaciones de la segunda fase de las pruebas ADHDT y

ESAN. Comprobamos la efectividad de la técnica REF aplicada en las cinco familias, aunque una de ellas obtuvo menos cambios, por lo que debemos reflexionar sobre el proceso seguido e identificar con mayor precisión las variables involucradas que podrían haber complicado la intervención.

En cuanto a la percepción de los niños(as) sobre su propia situación, muestran mejoría como lo indica el aumento en el puntaje de las escalas de bienestar psicológico, sobre todo en la que se refiere a la escuela, donde sabemos que se presentan los principales conflictos emocionales debido a las continuas llamadas de atención de los profesores e incluso el rechazo de los condiscípulos ante los síntomas del menor con TDA (Joselevich, Moyano y Scandar, 2003).

En relación con la efectividad de la intervención en casos con diagnóstico de TDA como lo señalan varios especialistas, es difícil establecer un diagnóstico



diferencial se demuestra, al menos en el estado actual de nuestra investigación, que las variables relacionadas con el funcionamiento físico/mental de un individuo y su dinámica familiar responden ante la aplicación del sistema LIFE, que aparentemente es capaz de escanear y evaluar en forma precisa el desequilibrio bioenergético del cuerpo y además contribuye a balancearlo, ya que le proporciona a éste la información y energía necesarias para que se repare a sí mismo. Y también se demuestra, una vez más, que la terapia sistémica, en sus diferentes variaciones, está indicada para coadyuvar a la familia en el proceso de cambio ante el TDA.

Asimismo, consideramos que es necesario ampliar la investigación para evaluar de forma sistemática la efectividad y utilidad de la técnica REF y la retroalimentación bioenergética en poblaciones de diferentes edades y contextos ♦

## Referencias

Avilés, C. L. (2000). *Desorden de déficit de atención DDAH: herramientas prácticas para maestros, padres y estudiantes*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.

Barkley, R. A. (1982). *Niños hiperactivos*. Argentina: Paidós.

Brown, T. E. (2000). *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

*Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)*, 10a. revisión.

Compains, J., Álvarez M. J., Royo, J. (2002). "El niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. Abordaje terapéutico multidisciplinar." *Boletín*

*de Pediatría de Sis*. San Navarra, núm. 25, supl. 2, p. 93-108.

Domínguez García, J. (2008). *TDAH. La terapia breve sistémica en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Un modelo bio-psico-social sistémico*. México: Cree-Ser.

Joselevich, E., De Quiros, G. B., Giusti, E., Heydl, P. et al. (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (AD/HD) en niños, adolescentes y adultos*. Argentina: Paidós.

Joselevich, E., De Quiros, G. B., Moyano, M. B. y Scandar, R. O. (2003). *ADHD. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Qué es, qué hacer. Recomendación para los padres*. Argentina: Paidós.

López-Ibor Aliño, Juan J. y Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.

Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.

Montalvo Reyna, J. (2009). *Terapia familiar breve*. México: Trillas.

National Resource Center on AD/HD (EUA).

O'Hanlon, W. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

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

Quiñones, A. J. (2002). Necesidades y conocimientos de las madres de niños/as con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, económicamente desventajadas. ProQuest database.