

Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH*

Narrative Therapy in the Co-Construction of Experience and Family Coping when Facing an ADHD Diagnosis

Recibido: julio 11 de 2007 | Revisado: noviembre 23 de 2007 | Aceptado: agosto 8 de 2008

STEVE FERNANDO PEDRAZA-VARGAS** Universidad Manuela Beltrán, Bogotá, Colombia
MARÍA FERNANDA PERDOMO-CARVAJAL Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia
NÉSTOR JAVIER HERNÁNDEZ-MANRIQUE*** Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, Colombia

RESUMEN

Este trabajo de investigación/intervención pretendió comprender la organización de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad-TDAH, desde las narrativas construidas por el sistema en un contexto terapéutico. El diseño comprendió cuatro momentos y doce escenarios de intervención. Los resultados mostraron cómo las familias construyen narrativas dominantes de los síntomas manifiestos del niño desde las distinciones, prejuicios y creencias; y tienden a evidenciar coalición entre el niño y el cuidador, y culpabilización mutua entre los padres.

Palabras claves autores

Narrativas, experiencia familiar, dinámica familiar, conversación terapéutica, TDAH.

Palabras claves descriptores

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, transferencia de experiencia (Psicología), relaciones familiares.

ABSTRACT

This investigation/intervention work sought to understand the organization of the experience and family coping in families dealing with a diagnostic impression of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) from the narratives built by the system in a therapeutic context. The design understood four moments and twelve intervention scenarios. The results showed as the families they build narrative dominant of the boy's apparent symptoms from the distinctions, prejudices and beliefs, and they spread to evidence coalition between the child and the person in charge of the child and the guiltiness between parents.

Key words authors

Narratives, Family Experience, Family Dynamic, Therapeutic Dialogue, ADHD.

Key words plus

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Transfer (Psychology), Domestic Relations.

* Artículo de investigación.

** Universidad Manuela Beltrán, Av. Circunvalar No. 60-00, Edificio Administrativo. Correo electrónico: stevepsi@hotmail.com, s_pedraza@savethechildren.org.co

*** Carrera 18 No. 9-27, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: nejaherna@hotmail.com

La *familia* desde una perspectiva sistémica, se concibe como un todo, diferente a la suma de las individualidades de sus miembros, cuya dinámica se basa en mecanismos propios, diferentes a los que explican la dinámica del sujeto aislado.

Es un sistema en la medida en que está constituida por una red de relaciones; es natural, porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana y tiene características propias, ya que no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazarla, como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano.

Como todos los sistemas sociales, la familia intenta mantener un funcionamiento homeostático usando sus capacidades para enfrentar sus demandas o exigencias, conforme a los significados que la misma construye de dichas exigencias así como de sus propias capacidades para resolverlos. Estos tres factores: estresores, capacidades y significado, interjuegan para lograr un funcionamiento balanceado, que se conceptualiza en términos del ajuste y la adaptación familiar, ubicados en un continuo de mejor a peor (Hernández, 2001, 2004).

Los estresores son acontecimientos que exigen cambios en el sistema familiar; pueden ser normativos o no normativos. Cuando éstos son más insidiosos aparecen las Tensiones, que pueden resultar de estresores anteriores o de exigencias de cumplimiento de rol. Los estresores pueden interactuar con las tensiones y exacerbarse mutuamente. De todos modos, sea cual sea la causa, las exigencias acumuladas no satisfechas generan estrés y crisis.

Para satisfacer las exigencias es necesario recurrir a las capacidades, que son de dos tipos: los Recursos y el Afrontamiento. Los Recursos son capacidades que la familia posee (herramientas que se construyen desde lo ecológico-relacional que posibilita al ser humano estar en acción), mientras que el Afrontamiento es una capacidad que se actualiza activamente.

Los estresores y las capacidades se validan desde el significado, que puede ser de dos tipos: Situacional y Global. El Significado Situacional tiene que

ver con la percepción que la familia tiene de las exigencias y capacidades, así como de la relación entre ellas, mientras que el Significado Global tiene que ver con los supuestos nucleares que se mantienen en torno a los esquemas familiares, como el sentido de control y de propósito común y de colectividad (Johnson & McCown, 1997).

Si bien los significados atribuidos a las exigencias y capacidades son sostenidos por cada individuo, la mayoría son compartidos y contrastados dentro del grupo de convivencia, es decir, la familia u otros grupos significativos dentro de la comunidad. De hecho, los significados surgen cuando adquirimos el lenguaje a través de las transacciones con los demás, en los diversos contextos sociales y se van modificando continuamente, para responder a cambios en el ambiente externo o a perturbaciones externas.

Uno de los estresores no normativos que parecería requerir de cambios al interior del sistema familiar es la impresión diagnóstica de *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad [TDAH]*. Así, los niños que no pueden responder normalmente a un adulto, o entender peticiones o sugerencias sencillas a consecuencia de una deficiencia neurológica, suponen (en algunos casos) una gran carga para los padres. Los padres, enfrentados a la creencia de que el “impedimento” de su hijo es a la vez fundamental y permanente, soportan no sólo la carga de tener que vérselas con el pequeño y ayudarlo, sino también con una carga adicional de culpa, cólera o desesperación (Roselló, García, Tárraga & Mulas, 2003; Joselevich, 2003). Las repercusiones que tiene en el resto de la familia la convivencia con el niño pueden ser considerables: queda menos tiempo y menos energías parentales disponibles para el resto de los hermanos, quienes pueden sentirse en ocasiones menospreciados o llenos de resentimiento.

McCubbin y Patterson (1983) describen las tensiones inherentes a lo que ellos definen como “enfermedades crónicas” de la siguiente forma:

1. Tensiones intrafamiliares, reflejadas generalmente en sobreprotección sobre el niño enfermo; coaliciones entre el enfermo y la persona

encargada de cuidarlo (casi siempre la madre); mutua culpabilización entre los padres o hacia el niño; rechazo abierto o encubierto hacia el enfermo; competencia entre los hermanos por reconocimiento, la atención y el tiempo de los padres.

2. Modificaciones en las actividades y metas familiares, relativas a la reducción de actividades de entrenamiento, limitaciones profesionales de los padres e incertidumbre acerca de tener más hijos, si al trastorno se le asocian causas genéticas.
3. Aumento de los quehaceres domésticos propios de la atención del niño e incremento de los gastos por atención médica y cuidado general, el cual puede incluir adquisición de aparatos especiales, cambio y adecuación de la vivienda, dieta, medicamentos costosos, etc.
4. Aislamiento social por temor al rechazo o por limitaciones físicas propias de la enfermedad.
5. Preocupación y aflicción por las alteraciones físicas y del desarrollo, así como por la adecuada atención médica y el aprovechamiento escolar del niño, en la medida en que sus condiciones se lo permitan.

Los autores mencionados también sugieren tres tipos de estrategias más saludables para afrontarlas: 1) mantenimiento de la integración y la cooperación familiar, dentro de una definición optimista de la situación; 2) mantenimiento del apoyo social, la autoestima y la autoconfianza y 3) comprensión del proceso de la enfermedad por medio del contacto con otros padres con el mismo problema y de una adecuada información por parte de los médicos.

De aquí que, la definición familiar del estresor implicaría dos niveles: el primero correspondiente a una evaluación del estresor o tensión específica, y el segundo, a una evaluación contextual que incluye las definiciones subjetivas de la familia acerca de la relación entre las exigencias y las capacidades, tomando como referentes su propia experiencia y su entorno sociocultural. En palabras de González (2002):

Las familias construyen e interpretan con significado y sentido sus particulares realidades cotidianas y experiencias de sí misma, de su identidad como grupo y la de sus integrantes, de sus relaciones y vínculos, funciones roles, etc., así como de sus capacidades, recursos, limitaciones, dificultades o experiencias problemáticas. (p. 17)

Esto conlleva a preguntarse: ¿Cómo organizan las familias la experiencia y el afrontamiento familiar en torno al posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de un hijo menor de edad desde las narrativas construidas por el sistema en un contexto terapéutico?

Cuando un individuo o una familia experimenta un estresor o una tensión que no comprende, bien porque no conoce la causa o porque no sabe cómo manejarla, acude por lo general a alguien que les ayude a encontrar interpretación y significado. Esa búsqueda puede ser religiosa, social o profesional, lo cual señala la trascendencia que puede tener para la vida de una familia el “diagnóstico” y la definición que de una dificultad en particular haga el neurólogo, el docente, el religioso, el terapeuta o el neuropsicólogo.

Las definiciones que se hacen del evento estresante dentro de los sistemas amplios (principalmente el colegio) van a contribuir en la construcción de las historias que se cuentan de la experiencia. Los relatos sobre el comportamiento del niño dentro del aula, en el recreo, en la iglesia o en cualquier contexto, generan sentidos y significados sobre lo vivido.

Sin duda, desde un paradigma sistémico-constructivista-construccionista-ecológico-complejo, se comprende a la familia como un sistema con capacidad de autorregulación; inmerso en un contexto amplio y complejo con dimensiones múltiples en las relaciones que se co-construyen; se comprende además el diagnóstico de TDAH como un fenómeno con propiedades cambiantes que genera posibilidades de acción conjunta entre los diversos actores de la familia, de la comunidad educativa y del equipo de salud, potencializando el desarrollo y el curso de evolución de los sistemas.

Los teóricos de la construcción social creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento evoluciona en el espacio, entre las personas, en el ámbito del “mundo común y corriente.” Y es sólo a través de la permanente conversación con los demás que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior.

Cada quien organiza para sí un relato de su experiencia y además lo narra a otros. Sin embargo, más que relatos personales individuales de experiencias y acontecimientos vividos individual o aisladamente, existen relatos narrados colectivamente. El relato personal es conformado dinámicamente por las participaciones, puntualizaciones, acotaciones, selecciones, aportes, etc. de otros, en la conversación social situada:

Si se acepta que las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio del relato, y que en la construcción de estos relatos expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida, se deduce que estos relatos son constitutivos: modelan la vida y las relaciones (White, 1993, p. 29).

El círculo hermenéutico de interpretación-acción entonces puede describirse así: las creencias sostenidas por los individuos construyen realidades y las realidades se mantienen a través de la interacción social, lo que, a su vez, confirma las creencias que, entonces, se originan socialmente.

Análogamente cabe enunciar como la poli-determinación multidimensional del TDAH y su papel en la experiencia vivida por las familias, se considera entonces como una construcción social; es decir, el que sea valorada como un hecho frustrante, así como los recursos que son posibilitados para afrontarlo, son mediados y viabilizados por las significaciones y prácticas sociales propias de los contextos sociales del sistema familiar.

Se comprende entonces la importancia de la *narrativa* como el producto emergente de la conversación social, y es en este sentido que en principio se considera como una co-construcción entre

interlocutores o co-narradores. Para Gonçalves (2002): el fenómeno psicológico está en el nivel de la construcción activa de los significados y del proceso mediante el cual dichos significados constituyen la realidad de los sujetos. Por lo tanto, entender el comportamiento humano es en esencia entender los sistemas de interpretación que los sujetos usan para desarrollar y dotar de significado a sus experiencias cambiantes. Esta posición es fundamental para uno de los supuestos de la teoría hermenéutica: que la creación dialogal de significado es un proceso permanente organizado en unidades temporales.

Algunas veces, la manera en que las familias describen sus vidas los limitan para elaborar nuevas ideas o enfoques respecto de su situación vital. La importancia del trabajo terapéutico consiste en unirse a las familias en el desarrollo de una nueva historia de la vida de éstos, que les ofrezca una visión algo diferente de su situación (Freeman, 2001). La terapia es el proceso de seguir interviniendo en una conversación con la intención de facilitar/co-crear/co-escribir una nueva narración, junto con los participantes y sin imponerles una historia. El punto de partida es siempre el relato de la familia acerca de su comprensión del mundo, dentro del contexto de la conversación terapéutica en que ella le cuenta algo al terapeuta como observador/participante. Así la familia genera una dinámica relacional que les posibilita un afrontamiento más funcional del evento estresor.

Cabe entonces señalar el interés por comprender las construcciones narrativas que la familia hace de su experiencia y su relación con el afrontamiento familiar en torno al posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de un hijo menor de edad dentro de un contexto terapéutico.

Finalmente, esta investigación/intervención también pretende volver a las conversaciones que pueden configurar realidades nuevas, volver a escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de su vida, es decir volver a construir desde el significado.

Metodología

En este proceso de investigación/intervención, se asume el dominio del *paradigma sistémico constructivista construccionista ecológico complejo*, para explicar los modos de conocer el mundo en tanto que este paradigma asume tanto la percepción y la capacidad creadora del cerebro como la comprensión del ser humano en tanto creación en la experiencia interaccional y simbólica, de ahí que el dominio hermenéutico permite centrarse en la elaboración social de los significados que llevan al acto.

La convergencia de estas dos epistemologías conduce a definir la realidad como una proposición explicativa de la experiencia, donde son válidas las múltiples realidades y la simultaneidad de posibilidades de variación en la organización del vivir; así cobra relevancia entonces la lógica divergente y el sentido de las intervenciones dentro del proceso.

Para el análisis de los resultados se condensaron los relatos en unidades analizables, creando categorías con ellos o a partir de ellos: *codificación*. Estos vienen a representar el vínculo decisivo entre los “datos brutos” o la materia textual producto de las transcripciones de los diferentes escenarios, y las categorías de análisis del proyecto. Luego, se procedió a dar cuenta de los fenómenos relevantes, recoger ejemplos de estos fenómenos y analizar aquellos fenómenos a fin de encontrar lo común, lo diferente, los patrones y las estructuras. Además, se analizó la estructura del discurso dentro del cual se construía la conversación es decir las unidades funcionales del círculo hermenéutico.

Diseño

El proceso de investigación/intervención se llevó a cabo en cuatro momentos y doce escenarios de intervención terapéutica narrativa con tres sistemas familiares diferentes, mediante estrategias de conversación y reflexión frente a las narrativas construidas en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. Durante el proceso se registraron en audio y video los relatos de los participantes y, pos-

teriormente, se realizó un análisis cualitativo de los resultados. La figura 1 detalla el proceso.

Categorías de análisis

Experiencia familiar

Relato de los miembros de la familia que da cuenta de una secuencia singular de eventos, estados mentales y acontecimientos dentro de la escena parental en la que ellos participan como personajes o actores. Estos relatos (significados situacional y global) se recogen en una historia oficial frente a la cual existe la posibilidad de consenso. Los personajes se representan en situaciones que cambian, y esos cambios, a su vez, revelan aspectos ocultos de las situaciones y de los personajes que pueden discrepar de la versión oficial, dando lugar a una situación problemática que requiere nuevos pensamientos y/o acciones (Bruner, 1991).

Afrontamiento familiar

El afrontamiento comprende los esfuerzos o acciones que la familia hace de manera consensuada o no, para satisfacer las exigencias o estresores (normativos y no normativos) que se presentan a lo largo de la historia familiar. Los esfuerzos pueden ser acciones directas que reduzcan las exigencias o bien acciones que mantengan o aumenten los recursos (personales, familiares, comunitarios). También pueden ser intentos de manejar la tensión como condición de presión creada por las exigencias o bien de modificar el significado de las mismas (McCubbin & Patterson, 1983).

Conversación terapéutica

La conversación terapéutica se refiere a una empresa en la que está en juego una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los “problemas”. La terapia y por ende la conversación terapéutica, implica un proceso de “participación conjunta”. Cada persona habla “con” el otro, no le habla “al” otro. Éste es un mecanismo por el cual el terapeuta y el cliente participan del co-desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narraciones (Gergen, 1996).

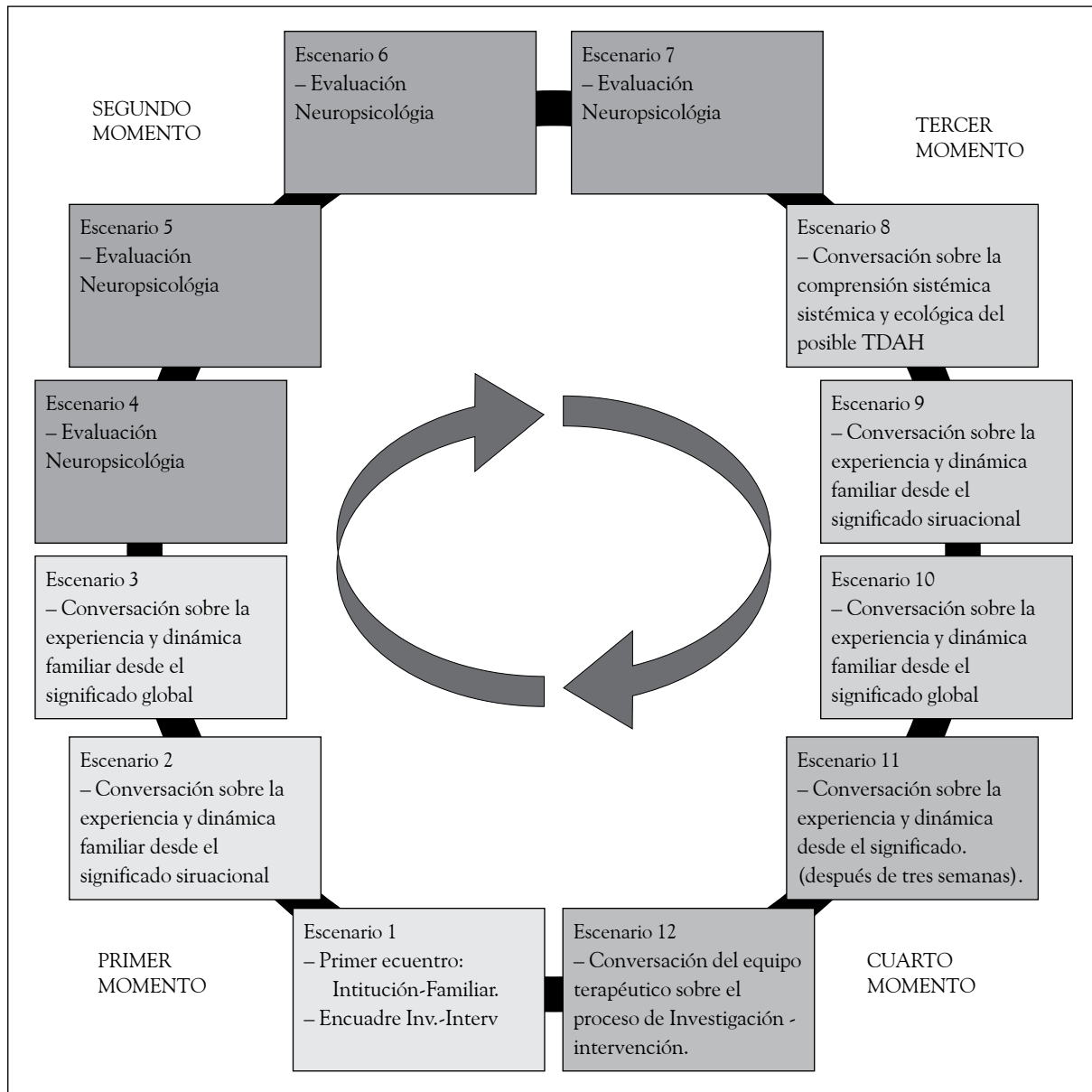


FIGURA 1
Detalle del proceso de investigación-intervención seguido.

Fuente: elaboración propia.

Participantes

En este proceso de investigación/intervención se concibe que lo pragmático está constituido por los aspectos formales de la situación de intervención y lo hermenéutico, por el marco de referencia de

las tres familias participantes y los terapeutas, de forma tal que su entrelazamiento genera el tejido del cambio. En la Tabla 1 se presentan algunas de las características de las familias participantes donde uno de sus miembros presentaba impresión diagnóstica de TDAH.

TABLA 1
Características sociodemográficas de los participantes

FAMILIA G. G.						
Nombre y Apellido	Rol con el P.I.	Edad	Estudios	Ocupación	Estado Civil	Lugar de Nacimiento
E. G. V.	Papá	37	Universitarios	Instructor Gimnasio	Casado	Bogotá
M.G. G.	Mamá	30	Tecnológicos	Secretaria	Casada	Bogotá
S. A. G. G.	P. I.	9	4° Primaria	Estudiante	Soltero	Bogotá
D. G. G.	Hermana	1,3	/	/	/	Bogotá
FAMILIA O. P.						
Nombre y Apellido	Rol con el PI	Edad	Estudios	Ocupación	Estado Civil	Lugar de Nacimiento
C. E. O. B.	Papá	51	Universitarios	Ingeniero Civil	Casado	Córdoba
M. R. P.	Mamá	48	Tecnológicos	Secretaria	Casada	Bogotá
C. O. P.	Hermana	10	5° Primaria	Estudiante	Soltera	Bogotá
C. A. O. P.	P. I.	8	2° Primaria	Estudiante	Soltero	Bogotá
FAMILIA S. Z.						
Nombre y Apellido	Rol con el PI	Edad	Estudios	Ocupación	Estado Civil	Lugar de Nacimiento
P. Z. G.	Mamá	34	Universitarios	Médica	Viuda	Bogotá
F. S. S.	P. I.	8	1° Primaria	Estudiante	Soltero	Bogotá

PI: *paciente identificado.*

Fuente: elaboración propia.

Instrumentos

Historia clínica

Pruebas neuropsicológicas

- Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-III) (Wechsler, 1980).
- Evaluación Sistemática del Comportamiento para Niños (BASC) (Reynolds & Kamphaus, 2007).
- Escala de Valoración para Padres de Connors (1989).
- Evaluación sistemática del comportamiento.
- Escala de validación para padres.

- Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST) (De la Cruz, 1997).
- Trail Making Test (TMT) (Reitan, 1992).
- Prueba de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey-Osterrieth (Rey, 1941)
- Prueba de la Familia (Porot, 1952 citado por Wallon, Cambier & Engelhart, 1992).
- Cuestionario de Personalidad para Niños - CPQ (Porter & Cattell, 2002).

Terapia narrativa

- Registros en audio y video de las sesiones.
- Equipos reflexivos:

La familia es entrevistada por uno de los terapeutas (lo que se conoce como sistema de entrevista) mientras el equipo reflexivo compuesto por otros dos terapeutas a menudo se encuentra detrás de un espejo unidireccional. Este equipo reflexivo, que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el sistema de entrevista va a decir o cómo sus miembros deben hablar. Cada miembro del equipo reflexivo escucha en silencio la conversación. Los miembros no se hablan sino que cada uno de ellos se habla a sí mismo haciéndose preguntas.

Posteriormente, los miembros del equipo presentan sus ideas cuando el sistema de entrevista los

convoca. Los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre el/los tema(s) presentado(s), mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan. En otras palabras, cada miembro da su versión sobre los temas definidos como problemáticos. Si las versiones no son demasiado diferentes, servirán como perspectivas mutuas para cada uno de ellos, y las otras dos o más versiones tenderán a crear nuevas versiones a medida que los miembros del equipo se hablan en forma de preguntas (Anderson, 1994).

Las siguientes figuras muestran las diferentes formas de funcionamiento de la terapia con el equipo reflexivo. Todas ellas comienzan con una conversación entre el terapeuta y el sistema fami-

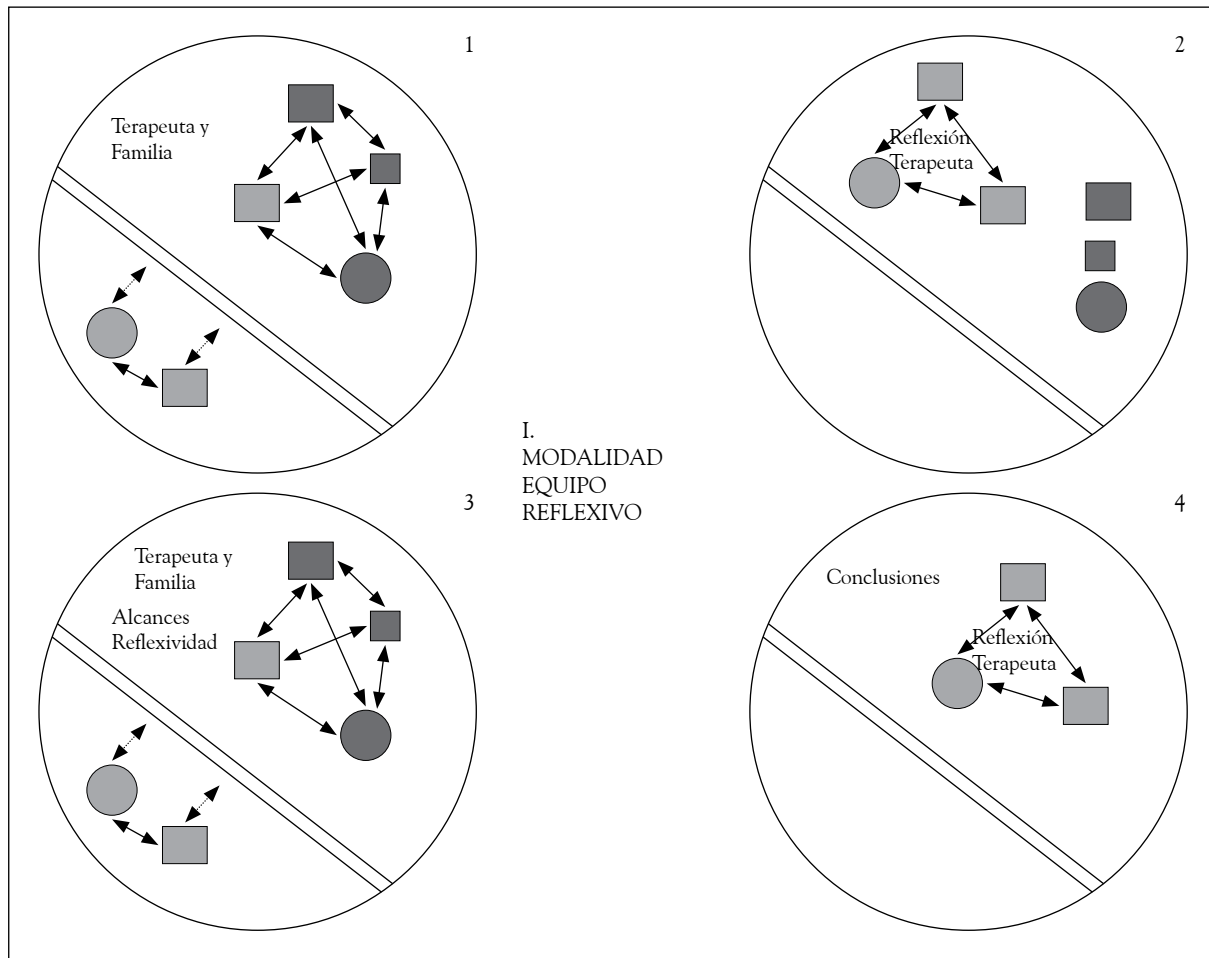


FIGURA 2
Primera modalidad de funcionamiento del equipo reflexivo (el sistema conoce sus impresiones de manera directa).

Fuente: elaboración propia.

liar, y terminan con la producción de conclusiones en un intercambio entre el terapeuta y su equipo reflexivo. Difieren en los pasos intermedios, pues el equipo puede reunirse para compartir impresiones en algún momento de la entrevista mientras el sistema los oye y después continuar con su observación (figura 2), pero también es posible que el terapeuta se una con el equipo sin que el sistema tenga posibilidad de oír sus impresiones (figura 3). También es posible que parte del sistema se convierta temporalmente en equipo reflexivo (figura 4).

Resultados

Experiencia familiar

Los relatos de las familias con un hijo con una impresión diagnóstica de TDAH revelan significados donde prevalecen temáticas en las cuales: “es el niño el que padece, el que tiene un trastorno”, de tal forma que se evidencia que el sistema gira en torno “al rótulo”, es decir, al síntoma manifiesto.

White (1993) llama a estas descripciones saturadas del problema relatos dominantes de la vida

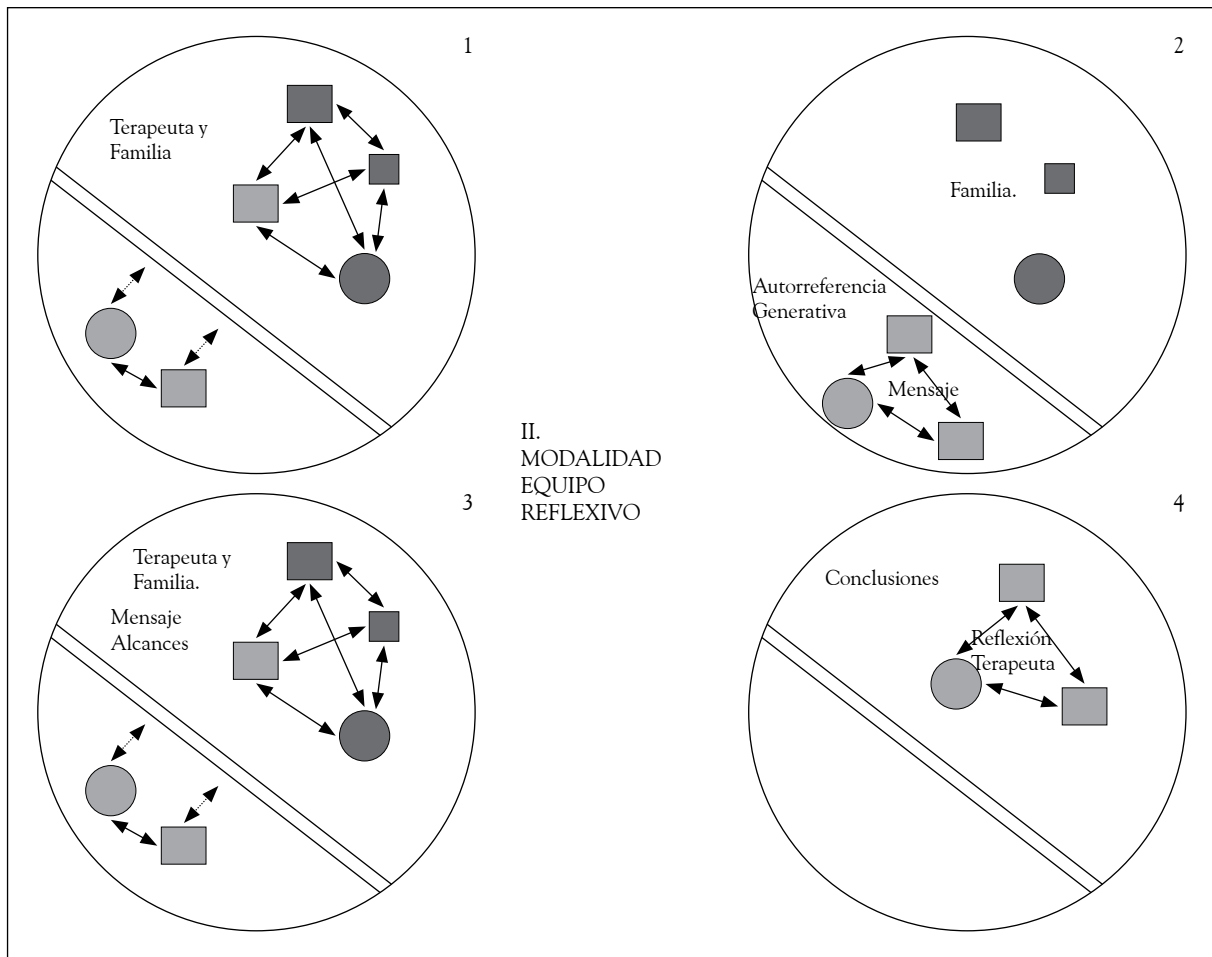


FIGURA 3

Segunda modalidad de funcionamiento del equipo reflexivo (la deliberación entre terapeuta y equipo reflexivo ocurre sin contacto directo con el sistema).

Fuente: elaboración propia.

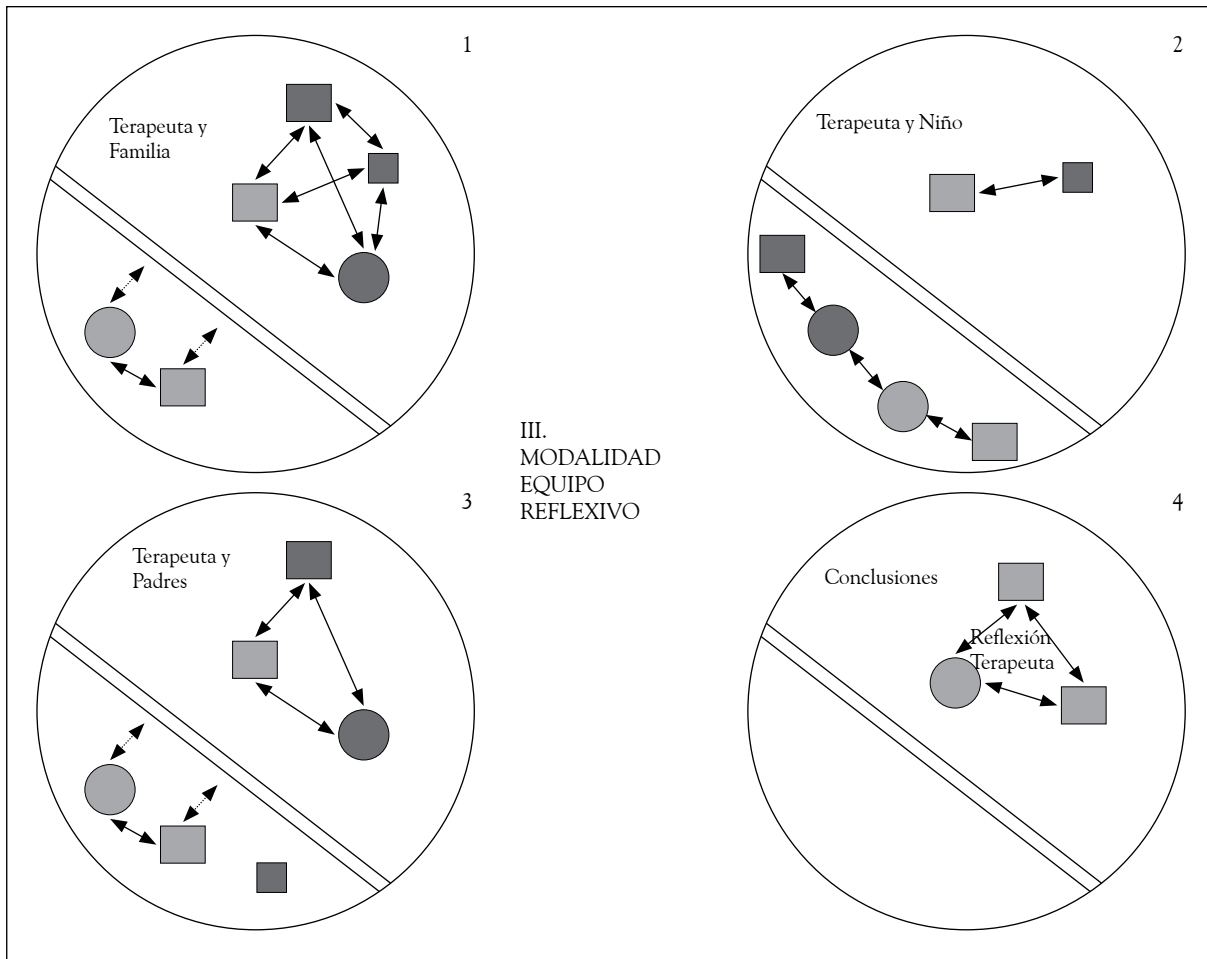


FIGURA 4

Tercera modalidad de funcionamiento del equipo reflexivo (parte del sistema deviene equipo reflexivo temporalmente).

Fuente: elaboración propia.

de una persona. El terapeuta acepta y se toma en serio esta descripción, pero debe, al mismo tiempo, asumir que es solamente parte de la Historia.

(Escenario 2, relato 313):

Exactamente... entonces desde el primer momento a nosotros nos lo han dicho que es *hiperactivo*, entonces a eso lo hemos asociado; en la casa él *salta, él brinca, él hace lo que quiera*, juega... lo único que se le dice es: no grites tanto, cálmate, juega más despacio, si... pero ya cuando está en un grupo y que tiene que hacer caso a la profesora y ella le pide que se quede quieto mientras explica el tema, no lo hace, por eso dicen que es *hiperactivo*. (Mamá, familia G. G.)

(Escenario 2, relato 9):

... o sea, él se le ha diagnosticado como *hiperactivo* no es como uno esperaría en los niños de su edad, *le cuesta mucho trabajo concentrarse, terminar de hacer una tarea, le tiene mucha pereza al colegio*, aunque yo a veces pienso, no se, pues en el colegio me han dicho que *le cuesta mucho trabajo la concentración, la atención*, que a veces es muy disperso, *no quiere realizar trabajos en la clase*, pero, no se al fin que, pues en muchas partes han dicho muchas cosas. (Mamá, familia S. Z.)

Al parecer la Historia saturada del problema tiende a construirse como si se tratara de un proceso

de sumatividad de elementos aislados que sólo cobran sentido desde el modelo del observador. Como dirían White y Epston (1990), la estructuración de una narración requiere la utilización de un proceso de selección por medio del cual se dejan de lado (del conjunto de los hechos de la experiencia) aquellos que no encajan en los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos de nosotros mismos. Así, a lo largo del tiempo y quizá por necesidad, gran parte del bagaje de experiencias vividas queda sin relatar y nunca es contado o expresado. Permanece amorfo, sin organización y sin forma.

Sin duda las narraciones que se hacen de nuestra experiencia de vida son también una representación de los mecanismos de afrontamiento adoptados frente a los distintos estresores, y a la vez son validadas en la conversación con otros significativos. Desde el rótulo, se cuentan historias que validan el sentido de la experiencia familiar y a la vez cierran la posibilidad de generar nuevas narrativas y posibilidades para el cambio del sistema.

Estas narrativas dominantes facilitan la construcción de pautas relacionales donde se considera que el niño es el responsable directo de las dificultades del sistema familiar (especialmente las conyugales) y por lo tanto el cambio debe partir de él. Las familias entonces establecen una relación parental donde se pretende generar un vínculo más estrecho con el hijo, que contribuya a aumentar el nivel de cohesión, adaptabilidad y comunicación entre los subsistemas, y dar cumplimiento a los imaginarios del *deber ser* propio y colectivo.

(Escenario 3, relato 68):

Me decía a mí mismo: *ojalá C. no sea como yo, decía, ojalá sea ambicioso, que tenga iniciativa, que no le de miedo ir a pedir alguna cosa, buscar un trabajo, inventarse un negocio, porque a mí me hace falta eso* (Papá, familia O. P.).

Así, al asumir el constructo de TDAH como entidad patológica limita muchas de las posibilidades del sistema familiar pues se puntúa desde los imaginarios de “trastorno”, es decir, imposibilidad, limitación, perturbación, enfermedad, invalidez (Castillejos & Zenteno, 2005).

(Escenario 3, relato 63):

En primera medida es *un niño tan pequeño, tan indefenso que no sabe uno como poderlo ayudar, no sabe uno si va a estar bien o no, es una sensación de vacío* (Papá, familia G. G.).

Para Botella y Meritxell (2002), en concordancia con lo anterior, los problemas psicológicos se pueden concebir como resultado de: a) el bloqueo en los procesos discursivos, narrativos y relacionales de construcción del significado de la experiencia y b) del fracaso de las soluciones intentadas contra dicho bloqueo.

Afrontamiento familiar

El afrontamiento familiar aquí aparece caracterizado por la emergencia de pautas coercitivas que buscan eliminar aquellos eventos que generan exigencias en el rol parental; difícilmente se considera la posibilidad de modificarlas a través de pautas de crianza no punitivas. Además, las parejas establecen límites intrasistémicos que develan acuerdos ilusorios sobre las relaciones conflictivas conyugales no resueltas. La pareja pretende tranzar su insatisfacción marital mediante las exigencias propias del rol parental.

(Escenario 3, relato 9 a):

Pero a veces no, a veces no coincidimos y con Margarita hablamos y siempre pues estamos en ese plan de que es un niño y hay que entenderlo, pero a veces como que nos desesperamos, yo trato de poner como tranquilidad a la cosa y Margarita insiste en sus métodos, la cantaleta y la correa en la mano y la amenaza y entonces yo digo; *calma, calma mujer. Y a veces pues terminamos como discutiendo entre nosotros* (Papá, familia O. P.).

Las familias tratan de manejar el nivel de tensión eliminando, castigando, premiando a los niños frente a situaciones que se hacen “insoportables” o difíciles de controlar (Álvarez, Gómez, Maqueo & Durán, 2004). Esto conduce a generar pautas recurrentes donde la problemática central la constituyen los comportamientos poco funcionales del

niño. Las estrategias resolutorias están entonces dirigidas a lo manifiesto y evitan contactar con eventos no resueltos en el sistema.

(Escenario 2, relato 212):

O sea, ellos a veces pelean mucho, si, o hacen cosas que a uno no le gustan, por ejemplo, *a mí no me gusta que me esculquen mis cosas buscando lo que es mío, si, es mío porque yo pienso que es mío, si. Entonces yo los castigo* y les digo: 'o no tienen televisión o no les doy tal cosa que les iba a comprar o sí, o no los llevo a tal parque que los pensaba llevar, entonces no los llevo' (Mamá, familia O. P.).

White (1997), señala que los seres humanos viven de acuerdo con las historias que cuentan a partir de sus vidas; en realidad estos relatos cincelan nuestra vida, la constituyen, la engloban.

(Escenario 3, relato 20):... F. me dice: 'sí mi papá me hace mucha falta, y todos los días nos vamos a acordar de él', entonces yo le digo: 'que tal si yo te dijera que a mí se me murió un paciente por estar pensando en tu papá, yo tengo que seguir trabajando y tú debes seguir estudiando'. Me le fui por ese lado y él no me volvió a hablar de ese tema; F. le insiste a uno hasta que uno le dice tienes la razón y entonces se queda callado, creo que aquí él se dio cuenta que no podemos siempre estar pensando en eso (Mamá, familia S. Z.).

Sin duda las familias experimentan las demandas conciente o inconscientemente, interpretándolas desde el contexto de experiencias anteriores. Esta interpretación incluye muchos componentes tales como el valor que el hecho tiene para los afectados, el grado de control de la situación y la magnitud del cambio requerido.

Conversación terapéutica

Partimos del supuesto de que las familias experimentan los síntomas manifiestos del niño desde las narrativas con las que historizan su experiencia y/o las que otros utilizan para historizarla no representan suficientemente su experiencia real; y que, en

esas circunstancias, su experiencia tendrá aspectos muy significativos contrapuestos a estas narrativas dominantes. También podemos afirmar que un desenlace aceptable de la conversación terapéutica fue la identificación o generación de relatos alternativos que les permitió llevar a cabo nuevos significados en torno al síntoma y que traían consigo logros apetecidos, nuevos significados que las familias experimentaron como más satisfactorios, útiles y abiertos a múltiples finales.

(Escenario 9, relato 4):

Los pelados siguen igual, siguen inquietos, todavía no han entrado al colegio, están en vacaciones todavía entonces *hacen sus travesuras normales*, pero por lo demás todo dentro de lo normal (Papá, familia O. P.).

En este sentido se evidencia en cada relato, tanto del padre, como de la madre, la evocación de las historias de "ser niño", de esta manera logran resignificar esa misma experiencia a partir de las nuevas narrativas sobre la experiencia de sus hijos.

Además, los relatos de los niños en torno a sus síntomas también comenzaron a develar nuevos significados que les permitieron darse cuenta de que existían algunas circunstancias que podrían ser modificadas y de esta manera responder a sus propias expectativas y a las de los demás, quizá en la medida en que se logró una percepción de menos tensiones se promovieron los ajustes necesarios ante el evento estresor.

Los relatos comienzan a girar en torno a temáticas más factibles, como disciplina y diversión, que aquellas donde los síntomas manifiestos eran recogidos bajo el rótulo de TDAH y constituían el eje central de un proceso donde confluían una serie de eventos que imposibilitaban recoger la experiencia familiar en significados más posibilitadores de cambio.

Al promover la emergencia de diferentes puntuaciones sobre lo que ya se tenía, la familia inicia movilizaciones conectadas con sus recursos, permitiéndoles tener un papel importante en la dinámica familiar de afrontamiento, para así ir reduciendo las exigencias.

(Escenario 9, relato 100):

Las buenas costumbres que se deben ir implementando, *el recurso de saber escuchar y analizar...* estar dispuestos a poner eso en práctica (Papá, familia G. G.).

Los recursos personales posibilitan en la familia enfrentar situaciones, asumir roles, etc. No es que el rol parental no sea conciente, o que ellos hallan descubierto cómo ser papás, no, sino que ya incorporan en la construcción de la escena la narrativa de ser padre, de ser madre y de ser hijo. Así en la construcción de los recursos personales cobra sentido el proceso de *lenguajear* con los otros significativos, mediante lo cual se construye un sentido de identidad que matiza las relaciones interpersonales y éstas a la vez, la identidad individual, como si se tratase de un bucle.

Es importante señalar cómo los recursos parten desde lo personal pero encuentran sentido y significado en los recursos construidos a partir de la experiencia familiar y cómo a la vez esto se revierte en la dinámica de afrontamiento.

A medida que se entiende al otro se comprende su situación; es decir, se va construyendo, en consenso, un significado distinto. Todos los recursos de estas familias se revierten en la conversación terapéutica, para abrir caminos que desde los recursos viabilizan el afrontar los dilemas de la familia, de la pareja, del hijo. En definitiva, el construir con los otros y a través de los otros, les abre un espectro de posibilidades.

(Escenario 10, relato 216):

Pero habilidades que también debe explotar el maestro, lo debe coger como una guía y pedirle explique a sus compañeros, sí, tú entendiste ya pasa y explícales, *mantenerlo en un rol de pronto un poquito más elevado para que el niño en un momento dado no moleste*, sí, porque de pronto eso es lo que al profesor molesta, pues pienso yo por ese lado (Madre, familia O. P.).

El proceso de investigación/intervención abrió el abanico de los recursos, pues no solamente se vislumbraron las capacidades individuales y familia-

res, sino que también se posibilitaron aquellos que se construyen en la interacción con los sistemas amplios dentro de los cuales las familias se encuentran inmersas, erigiendo así un significado que les permite solventar los distintos eventos estresores, entre ellos la pauta disfuncional del niño.

La co-construcción de narrativas dentro de la conversación terapéutica facilita hacer puntualizaciones sobre la realidad de una manera diferente, lo que promueve intentos más funcionales que permitieron manejar la tensión, surgen nuevos relatos, nuevas narraciones y una nueva realidad.

Discusión

En la conversación terapéutica se logra comprender que en estas familias prevalece una comprensión determinista del síntoma, que conlleva a adjudicarle las carencias del sistema al niño y éste se constituye entonces en el “chivo expiatorio” de las conflictivas no resueltas. Incluso, las narrativas que dan sentido a la experiencia de los niños en torno al síntoma presentan una temática donde prevalecen las expectativas de los adultos significativos y la autopercepción de carencia, inseguridad y minusvalía.

Muchas veces aparecen relatos dominantes que dan cuenta de una especie de ancla situada en el terreno de los síntomas manifiestos, que impide que salgan a flote relatos posibilitadores de nuevos horizontes, para el sistema familiar. Los relatos que viven las familias determinan su interacción y su organización, y la evolución de las vidas y de las relaciones se produce entonces a partir de la representación de tales relatos o narraciones.

Para Ramos (2001) el ser humano es, ante todo, un narrador. Todas las personas tienen una historia que contar; y si no la tienen, dejan de existir como personas. Son sus historias las que los hacen humanos, pero también las que los aprisionan haciéndolos extremadamente fieles a sus trágicos relatos, y es aquí donde entra la conversación terapéutica. Lentamente, el terapeuta se compromete a co-escribir una nueva historia. Y las familias a

construir una nueva realidad en torno a los síntomas manifiestos del niño.

A medida que las Memorias se prestan a ser representadas, es posible expresar y difundir otros aspectos, amables pero anteriormente negados, de la experiencia familiar. Invitar a las personas a convertirse en espectadores de su propia representación de estos relatos alternativos favorece la supervivencia de los relatos y el sentido de agencia personal. Esto puede facilitarse alentando a las personas a identificar aquellas expresiones de aspectos de la experiencia vivida que previamente habrían quedado sin relatar, y a revisar los verdaderos efectos de estas expresiones sobre sus vidas y sus relaciones.

En efecto, la comprensión que conduce a una modificación del sentido atribuido al evento estresante lo hace más manejable; esto implica modificar expectativas, reconocer recursos y revisar el proyecto de vida descartando las connotaciones pesimistas y fatales adjudicadas a la tensión inherente al evento estresor.

La familia co-construye los significados que le atribuye a los eventos estresantes a partir de permitirse volver a contar su historia de una manera diferente donde priman los “síntomas”, pero narrados desde una perspectiva más funcional.

McCubbin & Patterson (1983) han formulado sobre lo anterior una serie de premisas para la evaluación del funcionamiento familiar, entre las que se destaca como la evaluación constructiva de una situación estresante, la que está positivamente relacionada con la capacidad de la familia para la resolución de problemas. En este sentido la co-construcción de narrativas contribuye a la adopción de mecanismos de afrontamiento más funcionales a partir de la re-significación por parte de los integrantes del sistema familiar.

Así, las preguntas del terapeuta forman parte de la co-construcción de un relato, que deben ser transparentes y explicar con franqueza los objetivos y las teorías que subyacen a sus interrogantes.

En la terapia narrativa se hacen preguntas que forman parte de un diálogo y expresan un interés genuino en lo que la familia cuenta de su experiencia. Su objetivo es animar a los participantes

a explorar su pasado, su presente y su futuro y a identificar desenlaces inesperados y urdirlos en una secuencia de la que puede brotar una nueva narración. Con su ayuda podemos estudiar detalladamente el significado de los desenlaces inesperados y conseguir que la persona se percate de ellos.

La co-construcción (examen crítico y cuidadoso) de los supuestos socioculturales que influyen en la construcción del síntoma (TDAH) también se logra a través de las siguientes estrategias:

1. Una vez que los participantes han mencionado aspectos de su experiencia que parecen negar, contradecir o modificar su relato saturado del problema, el terapeuta, por medio de preguntas, los invita a explayarse sobre los Acontecimientos y Memorias y a considerar la medida en que desentonan con la Historia. Esta formulación detallada y focalizada, permite que la descripción alternativa se fortalezca en lugar de disolverse. Las preguntas del terapeuta siguen siendo integrales, centradas en los sentimientos, pensamientos y conductas de la persona en el pasado, el presente y el futuro. El terapeuta les pide que imaginen cómo habrían interpretado estos desenlaces inesperados las personas importantes para ellos. A través de la conversación terapéutica las familias contemplan su experiencia con mayor perspectiva, escriben una historia más rica y sientan las bases para el cambio.
2. Otra técnica dentro de la conversación terapéutica consiste en *lenguajear* con los participantes y dentro del equipo reflexivo sobre el “diagnóstico”, realizando una lectura compleja de los resultados de una evaluación neuropsicológica. Su objetivo es ayudar a las familias a distanciarse de la pauta comportamental del hijo y a concebirlo como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales, no de su personalidad o patología. Por otro lado, esta técnica apuntaba a dos tipos de descripción: a) la influencia que el posible diagnóstico de TDAH ha tenido y tiene en las vidas de las familias y b) la influencia que las familias han tenido y tienen en la vida del problema.

3. Una última técnica es la incorporación de equipos reflexivos que tienen como objetivo crear un vínculo, señalando los elementos problemáticos comunes a todas las personas y fortaleciendo los subargumentos (que las familias comienzan a integrar en sus narraciones) al comunicar momentos de la vida del terapeuta o de sus conocidos, semejantes a los que las familias habían mencionado.

Los miembros del equipo comentan entonces las resonancias de los relatos de las familias, para resaltar las narrativas alternas, no como recuerdos, disertaciones o ejemplificaciones, sino con el fin de ayudar al sistema. Se exploran conjuntamente las experiencias evocadas por la conversación terapéutica, facilitando el descentramiento y rindiendo tributo a las construcciones de las familias en torno al problema que sean más posibilitadoras para el cambio.

También se invita a abandonar la búsqueda de fundamentos: un punto de vista único y singular sobre el funcionamiento humano que predominará sobre los demás. Así, en el co-desarrollo de nuevos significados se re-descubren también los recursos familiares que en algún momento han quedado casi perdidos en el tiempo en respuesta a los rótulos construidos (narrativas dominantes).

La creación conversacional de estas nuevas narraciones nos transforma en narradores cambiantes y, por lo tanto, en cambiantes hacedores del mundo. En la conversación terapéutica el cambio pasa a ser la narración de una nueva historia y de un nuevo presente que es más tolerable, coherente y continuo de lo que permitían las narraciones centradas en el posible diagnóstico de TDAH.

Toda acción social puede ser concebida como el resultado de un sistema de individuos que interactúan, ajustan y conectan su comportamiento con relación a sí mismos y a los demás, mediante un proceso hermenéutico personal (Newman & Holzman, 1999).

La conversación terapéutica subsecuentemente contribuye a la construcción de diferentes guiones a partir de los cuales cada miembro del sistema

familiar interpreta un papel diferente dentro de la misma escena. Es así como se generan movimientos distintos que conducen a elaborar mecanismos de afrontamiento más funcionales.

Referencias

- Álvarez, A., Gómez, L., Maqueo, E. & Durán C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Revista de Salud Mental*, 27(4), 18-25.
- Anderson, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Botella, L. & Meritzell, P. (2002). *Un enfoque constructivista de la terapia familiar: narrativas y relaciones*. Barcelona: Universidad de Autónoma de Barcelona.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Castillejos, L. & Zenteno, L. (2005, junio). *Alternativas en la conceptualización e intervención del TDAH*. Ponencia presentada en el XXX Congreso Interamericano de Psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Conners, C.K. (1989). *Conners' Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems
- De la Cruz, M. V. (1997). *Manual de test clasificación de tarjetas de Wisconsin: adaptación española*. Madrid: TEA.
- Freeman, J. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1996). *Realities and relationships. Soundings in social constructions*. Cambridge: Harvard University Press.
- Goncalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa, manual de terapia breve*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- González, O. (2002). *Elementos para la investigación intervención-intervención de la narrativa*. Tesis de Magister en Psicología Clínica y de Familia, Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.
- Hernández, A. (2001). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: El Búho.
- Hernández, A. (2004). *Psicoterapia sistémica breve: la construcción del cambio con individuos, parejas y familia*. Bogotá: Códice Ltda.

- Johnson, J. & McCown, W. (1997). *Terapia familiar de los trastornos neuroconductuales. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar*. Bilbao: Desclée De Brouwer. Joselevich, E. (Ed.) (2003). *AD/HD ¿Qué es?, ¿qué hacer?* Buenos Aires: Paidós.
- McCubbin, H. & Patterson, J. (1983). The impact of family life events and changes on the health of a chronically ill child. *Family Relations*, 32, 255-264.
- Newman, F. & Holzman, L. (1999). Beyond narrative to performed conversation. *Journal of Constructivist Psychology*, 12, 23-41.
- Porter, R. B. & Cattell, R. B. (2002). *CPQ cuestionario de personalidad para niños (8-12 años) (3a ed.)*. Madrid: TEA.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas. Un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Reitan, R. M. (1992). *Trail Making Test: Manual for Administration and Scoring*. Tucson, EE.UU: Reitan Neuropsychology Laboratory.
- Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. *Archives de Psychologie*, 28, 215-285.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2007). *BASC, Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Roselló, B., García, A., Tárraga, C. & Mulas, B. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 79-84.
- Wallon, P, Cambier, A. & Engelhart, D. (1992). *El dibujo del niño*. Madrid: Siglo XXI.
- Wechsler, D. (2001). *Test de Inteligencia para niños WISC III*. Madrid: TEA Ediciones.
- White, M. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Paidós.
- White, M. (1997). *Narratives of therapist's lives*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.