



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**El niño referido con TDAH: La perspectiva de sus  
madres**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A

**David Isaac Aguilar Caudillo**

Director: Dr. **Andrés Mares Miramontes**

Dictaminadores: Lic. **Rodrigo Martínez Llamas**

Lic. **Gonzalo Agamenón Orozco Albarrán**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *Dedicatoria:*

*A los que viven sin más censuras,*

*A los que buscan las libertades,*

*A los que aprecian estas tierras,*

*A los que hablan con las verdades,*

*A los que se preocupan por los demás, que no les importa dar más y más,*

*A los que muestran su corazón,*

*A los que siempre usan la razón,*

*A los que viven con humildad, sin yugos, sin egos, sin encasillar,*

*A los que sufren la desigualdad,*

*A los que intentan volver a empezar,*

*A los que luchan junto a los miedos,*

*A los que ahogan las desigualdades,*

*A los que unen diferentes mundos,*

*A los que invaden mil ansiedades,*

*A tod@s ell@s por continuar...*

*Nunca será en vano, si hay nuevos cimientos aún por levantar....*

## *Agradecimientos:*

Por todo su tiempo, su apoyo, su cariño, amor y comprensión; porque a pesar de las adversidades ha estado para mí en todo momento, no importando nada...

*¡Gracias Mamá!*

A *Ti*, que estuviste presente en los momentos más difíciles y siempre me supiste comprender y escuchar sin juzgarme. Te llevo en la memoria y en el corazón.

A *Marcela*, por su apoyo y amistad, sus recomendaciones y sugerencias al iniciar la carrera.

*Karen*, ¡*Infinitas Gracias!*, por ser la compañía más agradable y sincera que pude encontrar. Gracias por el apoyo, la confianza, y por escucharme en todo momento.

A *Fabiola*, por ser mi gran compañera desde el principio y estar junto a mí en todas las peripecias por las que atravesamos, por tantas cosas compartidas, por las noches de desvelos, y tantos y tantos momentos que hemos pasado, ¡*Mil Gracias!*

A ti *Alejandra*, por tu amistad, apoyo y escucha, y porque sin ti la graduación no hubiera sido posible.

A *Alejandro, Arlett, Giselle, Monserrat, Frida, Mara, Eloísa y Paola*, por aligerar la estancia en la escuela; por todos los momentos compartidos que hicieron del salón un lugar muy feliz, en particular el último año. Pero sobre todo por su comprensión, amistad y apoyo.

A *Andrés*, por su interés y participación en este trabajo, por su asesoría, sus correcciones, tiempo y paciencia. Gracias por la sinceridad y el gran apoyo mostrado a lo largo de este tiempo, principalmente como un amigo.

A *Rodrigo*, por sus valiosas aportaciones y sugerencias para terminar este proyecto y para muchas otras cosas. Gracias por ser un amigo y compañero sincero.

A *Agamenón*, por su amabilidad y disposición que demostró en las clases y para formar parte de este trabajo.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	I
INTRODUCCIÓN.....	II
I. ANTECEDENTES Y PERSPECTIVA GENERAL DEL TDAH.....	1
1.1 Concepto del TDAH.....	1
1.2 Prevalencia del TDAH.....	2
1.3 Etiología del TDAH.....	3
1.4 Diagnóstico del TDAH.....	4
1.4.1 Criterios para el diagnóstico.....	4
1.4.2 Subtipos de TDAH según el DSM-IV y la CIE-10.....	6
1.5 Tratamiento para el TDAH.....	6
1.5.1 Tratamiento farmacológico.....	7
1.5.2 Intervención psicopedagógica.....	8
1.5.3 Tratamiento psicológico.....	8

<b>II. INTERACCIONISMO SIMBÓLICO.....</b>	<b>10</b>
2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Objeto de estudio.....	12
2.3 Premisas básicas.....	13
2.4 Implicaciones respecto al entendimiento de la acción humana.....	15
2.4.1 Institución e interacción.....	16
2.5 Aspectos metodológicos.....	17
<b>III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>20</b>
3.1 Objetivos.....	20
3.1.1 Objetivo general.....	20
3.1.2 Objetivos específicos.....	21
3.2 Participantes.....	21
3.3 Instrumentos y materiales.....	21
3.4 Procedimiento.....	22
3.4.1 Acercamiento a los escenarios.....	22
3.4.1.2 Calendarización de entrevistas.....	22
3.4.2 Aplicación de entrevistas.....	23
3.4.2.1 Transcripción de las entrevistas.....	24
3.4.3 Análisis de la información.....	24

<b>IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Diagnóstico.....</b>	<b>27</b>
<b>4.2 Impacto.....</b>	<b>31</b>
<b>4.3 Entendimiento.....</b>	<b>33</b>
<b>4.4 Escuela.....</b>	<b>35</b>
<b>4.5 Situación familiar.....</b>	<b>37</b>
<b>4.6 Acciones.....</b>	<b>40</b>
<b>V. DISCUSIÓN: SENTIDO E INTERPRETACIÓN.....</b>	<b>43</b>
<b>5.1 Institucionalización.....</b>	<b>43</b>
<b>5.2 Adherencia a la medicación.....</b>	<b>45</b>
<b>5.3 Control, obediencia e imagen.....</b>	<b>47</b>
<b>5.4 Un destino anticipado.....</b>	<b>49</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>VI</b>
<b>Anexo 1.....</b>	<b>VII</b>

## RESUMEN

La idea expuesta por los medios de comunicación acerca de la consideración de especialistas de la salud, de que el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una enfermedad que aqueja a gran parte de la población infantil a nivel mundial, ha contribuido significativamente en el uso indiscriminado de dicho concepto para referir a niños que presentan un comportamiento desatento y disruptivo particularmente en ambientes institucionales. Hecho que lejos de ayudar a entender lo que pasa en cada uno de ellos, los perjudica, pues al no actuar como normativamente se espera son sujetos a la medicación y a un trato consecuente por parte de sus progenitores. En este sentido, con base en el Interaccionismo Simbólico, el presente trabajo se orientó al entendimiento del impacto que tiene en las madres, la rotulación diagnóstica TDAH del cual es objeto su hijo, así como del sentido implicado en su perspectiva al respecto. Para ello, se empleó la entrevista a profundidad, como método indagatorio respecto a la perspectiva de las madres participantes de manera voluntaria. Se exploraron áreas temáticas tales como: conceptualización, tratamientos y participación, cambios y expectativas, entre otras. La información obtenida fue analizada en función de su categorización, caracterización, tendencia de la perspectiva y sentido implicado. Los resultados, dan cuenta de que las madres aluden a un comportamiento disruptivo, falta de atención y desobediencia como los aspectos definitorios de la condición de su hijo, secundando el señalamiento de especialistas en cuanto a que la causa de ello es un trastorno orgánico que repercute en la conducta y aprovechamiento escolar del hijo, razón por la cual asumen la medicación como la opción más viable y conveniente para la solución del problema; restándole importancia a entendimientos, tratos y relaciones alternas que pudieran ayudar al hijo. Se concluye que la perspectiva de las madres participantes, implica una postura de alivio y deslinde de responsabilidad personal respecto a la condición del hijo etiquetado diagnósticamente con TDAH, lo importante para ellas es sobrellevar la situación de una forma conveniente.

# INTRODUCCIÓN

Actualmente, el TDAH es el término de la nosología médico-psiquiátrica que con mayor frecuencia es utilizado para referir a niños que presentan un comportamiento considerado desatento y disruptivo, tanto a nivel familiar como en el ámbito escolar. En ese sentido, cuando se presenta alguna situación de esta naturaleza, inmediatamente se relaciona con los llamados trastornos de aprendizaje o de conducta. A partir de esto, a los niños se les evalúa en función de perspectivas con un fuerte sesgo organicistas, considerando sólo aquellas conductas que se observan “trastornadas” en función de referentes como son el DSM-IV y la CIE-10 (Dueñas, 2011).

Es en las instituciones escolares donde se inicia este proceso de etiquetación y estigmatización de niños que presentan conductas disruptivas o contrarias a las establecidas por el centro educativo. Principalmente, son los docentes quienes suelen quejarse del desempeño de éstos en clase, debido a que muestran una imposibilidad de mantener la atención por largo tiempo, dificultad para concentrarse y, dificultad en el rendimiento de las actividades escolares a pesar de que son inteligentes (Furlan, 2003, En Rivas, 2013).

Anteriormente, a este tipo de niños, se les orientaba a abandonar sus estudios y eran encaminados a aprender un oficio, ya que sus pocos o nulos avances escolares, se relacionaban con una falta de inteligencia o con pocas aptitudes para los temas académicos (Gratch, 2000). Sin embargo hoy en día, los “problemas escolares” se transforman en “problemas de los escolares”, en consecuencia, este tipo de niños son referidos y canalizados a diversas instituciones médico-psiquiátricas para su evaluación y tratamiento.

Debido a que el trastorno de déficit de atención se ha definido desde una perspectiva médico-psiquiátrica, su origen se atribuye a una disfuncionalidad de carácter neurobiológico, que se manifiesta en problemas de atención, impulsividad y exceso de actividad; se asume por tanto a la medicación como medida viable para restablecer la función dañada en el cerebro. De lo contrario, de no recibir tratamiento farmacológico, estos niños representarán un alto riesgo, pues como lo señala Harpin (2005), los niños con

TDAH no tratados con ritalin, atomoxetina, etc., se asocian con un elevado riesgo de abuso de sustancias, fracaso escolar, y accidentes, así como un aumento de las tasa de trastornos psiquiátricos.

Es entonces cuando el discurso médico-psiquiátrico adquiere un lugar primordial como dispositivo normatizador-normalizador, al que las madres de los niños rotulados con TDAH se adhieren y terminan por ceder a su hijo a esta visión, convirtiéndolo en enfermo, lo que da lugar a la medicación. En ese sentido, la medicalización de la organización social, supone la implementación de dispositivos de control que regulan la vida cotidiana, con producción de discursos y prácticas, muchas de las cuales tienen particulares efectos sobre los niños. (Terzaghi, 2001, En Dueñas, 2011).

A partir de lo anterior y al descuido o abandono que existe de la visión psicológica del problema, la presente investigación busca contribuir al entendimiento del TDAH, desde otra óptica, no sólo con base en los discursos oficiales, sino también desde la práctica social, generada a partir del sentido que en un marco institucional crean y atribuyen los actores sociales, en este caso las madres de niños referidos con TDAH. Con base en lo anterior, el objetivo del trabajo se orientó a la descripción y análisis del sentido implicado en la perspectiva de las madres participantes cuando su hijo es rotulado con TDAH.

Se parte de la premisa de que el lenguaje es una construcción histórico-social, producto de la interacción entre individuos, desde el cual se le otorga sentido y significado al mundo que se habita, dando lugar a un orden simbólico.

En consecuencia, el marco teórico del que se echa mano, para hacer la lectura del fenómeno abordado en el presente estudio, es el Interaccionismo Simbólico a partir del enfoque de Herbert Blumer (1969/1982). En razón, de que se trata de una concepción psicosocial del individuo a partir de la cual se plantea que todas las organizaciones, culturas y grupos están constituidos por actores envueltos en un proceso constante de interpretaciones de un mundo circundante. Los actores sociales asimilan y establecen sus interpretaciones y definiciones de las situaciones a las que se enfrentan cotidianamente, a partir de la interacción simbólica donde están implicados.

De acuerdo con Charon (1992), desde el Interaccionismo Simbólico las perspectivas se conceptúan como un modelo interiorizado de asunciones, valores, creencias, acciones y expectativas, que se construyen a partir de la interacción comunicativa e interpretativa hecha por los actores en función de las normas de referencia, y sobre todo, del sentido individual dado. Por ende, las instituciones se incorporan en la experiencia individual por medio de las perspectivas creadas a partir de la interacción de los actores, y son objetivadas en un orden lingüístico, es decir, constituyen un comportamiento básico de su realidad (Blanco, 1988).

En su dimensión interactiva, las perspectivas instauran una relación dinámica donde el individuo y sociedad se articula, de tal forma objetividad y subjetividad se expresan creando el significado y sentido de la acción desempeñada. De ahí, el proceso de interacción entendido como el desempeño de roles, tal como arguye Blanco (1988), no se limita a ser un proceso de asumir roles, sino que implica la construcción del rol mismo por parte del propio actor.

De esta forma, las perspectivas revelan las mediaciones entre los significados objetivados en una sociedad y las maneras en cómo éstos cobran sentido para las personas. Es así como la realidad social se hace inteligible a través de las interacciones de los individuos y grupos sociales. En consecuencia, se asume la posibilidad de analizar en las colectividades, los aspectos objetivados de una situación específica y también en la manera que ésta se manifiesta en el orden personal.

A partir de estas consideraciones y con la intención de dar cuenta de los aspectos teóricos y metodológicos que dieron sustento a la presente investigación, así como de la información y su interpretación, el trabajo se estructuró de la siguiente manera:

En el primer capítulo, se detallan los aspectos generales de la perspectiva médico-psiquiátrica del déficit de atención, con el propósito de dar cuenta de la conceptualización, definición y tratamiento que se le da al TDAH hoy en día, ya que es a partir de esta visión que se tiene del trastorno, que actualmente hay un sobrediagnóstico de los niños desde edades muy tempranas.

En el segundo capítulo, se describen, de los aspectos teórico-conceptuales y metodológicos del Interaccionismo Simbólico. A partir de los principales postulados planteados por George Mead, y esencialmente de la orientación de Herbert Blumer, por constituir ésta, la base teórico-metodológica del presente estudio. En primera instancia se hace referencia a los antecedentes de este enfoque, posteriormente se desarrolla su objeto de estudio y premisas básicas, para finalmente concluir con los aspectos metodológicos.

La metodología empleada en el trabajo se describe en el tercer capítulo. En éste, se especifica el objetivo general, así como los objetivos específicos, la población e inserción al campo, además de situaciones y condiciones consideradas en los procedimientos definitorios de dicha estrategia. Por último, se detalla lo relativo a la recolección y análisis de la información obtenida.

En el cuarto capítulo, se presenta a manera de resultados el proceso de análisis de la información, es decir, las tendencias de la perspectiva de las madres con respecto a sus hijos referidos con TDAH dentro de un marco institucional, ordenadas por categorías: diagnóstico, impacto causado del diagnóstico, entendimiento de la problemática, escuela, la situación familiar y las acciones emprendidas por la madre.

Posteriormente en el capítulo cinco, se presenta la discusión de los resultados obtenidos a la luz del marco teórico empleado para tal propósito. Se describe el sentido implicado en la perspectiva, empleando ejes de análisis para mostrar las construcciones simbólicas de las madres.

Finalmente en las conclusiones, se exponen los hallazgos y alcances de la investigación, dando cuenta de los aspectos esenciales del TDAH, en el marco de las interacciones simbólicas de las madres.

# I

## **ANTECEDENTES Y PERSPECTIVA GENERAL DEL TDAH**

De acuerdo con Vasen (2011) el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en los últimos años se ha expandido de un modo casi “epidémico”, siendo el trastorno psiquiátrico más diagnosticado en la infancia. Su causa se considera de origen neurobiológico que inicia en edades tempranas y está caracterizado por la presencia de un desarrollo inapropiado de los mecanismos que regulan la atención, la impulsividad y la actividad, por lo que requiere necesariamente de un tratamiento médico-farmacológico. Con la finalidad de entender al TDAH desde esta perspectiva medica-psiquiátrica, en el presente capítulo se describen sus aspectos conceptuales, diagnóstico y tratamiento, principalmente tomando como referencia lo dicho en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE-10).

### **1.1 Concepto del TDAH**

Desde la perspectiva medica-psiquiátrica el TDAH o trastorno hiperquinético, se define como una entidad patológica caracterizada por la dificultad de sostener la atención enfocada al realizar tareas y de poder controlar los impulsos e inquietudes físicas, que se presenta por al menos seis meses en forma más frecuente y grave de lo que se observa en niños de sexo y edad similar. Así mismo, debe presentarse en varios ambientes como el familiar, la escuela y en su entorno general.

En dichos manuales se considera que este trastorno, afecta a ambos géneros y se manifiesta de manera continua aunque variable durante toda la vida de quien la padece. Los pacientes muestran diversos grados de intensidad de los síntomas y, según la predominancia de éstos, pueden manifestar alguno de los tres subtipos en los que dividen al déficit de atención: el predominante inatento, el impulsivo y el mixto.

## **1.2 Prevalencia del TDAH**

Los sostenedores del déficit de atención, calculan que afecta a entre el 5 y el 9% de la población escolar de más de seis millones de niños en los Estados Unidos y que el 70% de ellos arrastrará la enfermedad hasta la adolescencia (Wilens, 2009). De acuerdo con Ruiz (2007), en México se calcula que hay cerca de 1 millón 500 mil niños portadores del TDAH, lo que indica que se ha incrementado considerablemente en los últimos años. En la década de los 50, uno de cada 10 mil niños presentaba este síndrome, y hoy lo padece el 12% del total de la población, según datos de la Facultad de Psicología (FP) de la UNAM.

Aunque depende mucho del lugar y la población estudiada, la relación de presentación entre varones y mujeres (de acuerdo al síntoma valorado, especialmente en la hiperactividad) es de 2:1 hasta 4:1. Así, las personas que padecen TDAH predominantemente inatento son proclives a pertenecer al género femenino en edad escolar, con problemas académicos y no conductuales. En cambio, los pacientes con el subtipo mixto o predominantemente hiperactivo casi siempre son del género masculino, están afectados con problemas de comportamiento y agresividad más acentuados (Barragán, 2002).

La edad en la que se manifiesta el TDAH es variable, algunos de los síntomas aparecen de modo habitual en la etapa preescolar y se exacerban cuando los niños ingresan al último año del jardín de niños o la primaria. Así mismo, tradicionalmente se consideraba que este trastorno era exclusivo de la infancia y la adolescencia, sin embargo según Sánchez (2007, En Ruiz, 2007) 60% de los individuos con TDAH en la infancia continuará con síntomas en la edad adulta que se han vinculado, entre otras cosas, con dificultades

interpersonales en los lugares de empleo, ausentismo, errores laborales y con frecuencia cambios de trabajo. En el hogar, las relaciones con la pareja también son difíciles y hay mayor cantidad de rompimientos matrimoniales; el riesgo de uso y consumo excesivo de sustancia y de presentar psicopatología concomitante es también mayor que en la población adulta sin TDAH.

### **1.3 Etiología del TDAH**

Existen actualmente varias teorías que intentan explicar los factores causales del TDAH, se hace mención de factores tanto biológicos, genéticos así como la combinación de ambos. Entre los factores biológicos no genéticos se han apuntado diversas complicaciones prenatales y perinatales, por ejemplo el consumo materno de alcohol, drogas o tabaco, bajo peso al nacer, retraso en la maduración neurológica o las lesiones cerebrales que repercuten negativamente en el control cerebral de las actividades relevantes (Miranda, Jarque, Soriano, 2008).

Dentro de los factores genéticos considerados causantes del TDAH, Barragán (2002) plantea que éste, es una condición neurobiológica de base genética causada por una alteración en la función del neurotransmisor que se origina entre la parte inferior cerebral y las estructuras límbicas que controlan las respuestas emocionales en relación al medio ambiente. Según este autor, la presencia y la regulación de la dopamina (DA) y la norepinefrina (NE) en las áreas prefrontales del cerebro son cruciales para el funcionamiento apropiado de los lóbulos frontales. Una escasez de NE y de DA puede hacer que las neuronas cerebrales interrumpan prematuramente la actividad de enfoque causando el déficit atencional.

Otros estudios, señalan un funcionamiento defectuoso de determinadas regiones cerebrales. En particular, que la corteza prefrontal derecha, dos de los ganglios basales (el núcleo caudado y el globo pálido) y algunas zonas del cuerpo caloso que vinculan las

regiones cerebrales frontales y parietales tienen un tamaño más reducido en los niños hiperactivos respecto a los niños normales (Barkley, 1998, En Miranda, *et. al.*, 2008).

Sin embargo, resulta evidente que a pesar de existir ciertas similitudes en las características principales causantes del TDAH, no es posible todavía ofrecer una conceptualización unánime de este trastorno.

## **1.4 Diagnóstico del TDAH**

Dada la gran heterogeneidad de anomalías que presentan estos pacientes, sumada a la dificultad para medir la hiperactividad, se necesita una atención inicial amplia para llevar a cabo el diagnóstico.

Barragán (2002) menciona que las técnicas específicas para obtener estos datos dependen de cada profesional e incluyen: historia clínica, antecedentes familiares de psicopatología y trastornos del desarrollo, entrevista con el niño y un examen físico completo. Algunas otras técnicas de apoyo pueden resultar en la aplicación de escalas y cuestionarios para padres y maestros, informe escolar, entrevista con el maestro, evaluación psicométrica y valoración neuropsicológica.

De ser necesario se deben realizar estudios de gabinete o laboratorio (electroencefalograma, concentraciones de plomo, nutrimentos, neuroimagen, y otros) ya que pueden ayudar a establecer la existencia de otras entidades patológicas asociadas, pero de ninguna manera conforman herramientas diagnósticas del TDAH.

### **1.4.1 Criterios para el diagnóstico**

Los criterios generales para considerar la existencia del TDAH, de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10 y que son aceptados internacionalmente son los siguientes:

### *Inatención*

1. No pone atención a los detalles y comete errores evidentes al momento de realizar sus tareas escolares, trabajos o actividades diarias.
2. Tiene dificultades para mantener la atención en juegos o tareas asignadas en el hogar.
3. No parece escuchar lo que se le dice.
4. No sigue correctamente las instrucciones, ni termina las tareas escolares, ni asume las obligaciones en el hogar a pesar de comprender las indicaciones.
5. Tiene dificultades en organizar actividades o tareas.
6. Evita actividades o cosas que requieran un esfuerzo mental sostenible (como la realización de tareas o completar rompecabezas).
7. Pierde sus utensilios escolares o los objetos necesarios para sus actividades.
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.
9. Se olvida de datos importantes en las actividades diarias.

### *Hiperactividad*

1. Está inquieto con las manos o los pies mientras está sentado.
2. Se levanta de su lugar en el salón de clases o en otras situaciones donde se espera que se mantenga sentado (p. ej., a la hora de comer o con las visitas).
3. Corre o trepa en situaciones inapropiadas.
4. Tiene dificultades al jugar o compartir sus juguetes.
5. Actúa como si estuviera “manejado por un motor con batería continua”.
6. Habla demasiado.

### *Impulsividad*

1. Contesta o actúa antes de que se concluya la formulación de preguntas.
2. Tiene dificultades para esperar turno.
3. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás.

### **1.4.2 Subtipos de TDAH según el DSM-IV y la CIE-10**

El DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría, describe 3 subtipos según los síntomas que estén presentes:

- a) Subtipo con predominio inatento (cuando sólo hay inatención). Entre el 20-30% de los casos.
- b) Subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo (cuando sólo hay hiperactividad e impulsividad) del 10-15%, cuestionado por algunos autores.
- c) Subtipo combinado (cuando están presentes los 3 tipos de síntomas). Del 50-75% de los casos.

De acuerdo la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, es necesaria la existencia simultánea de los 3 tipos de síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, constituyendo el cuadro de “alteración de la actividad y la atención”.

### **1.5 Tratamiento para el TDAH**

La intervención en el trastorno de déficit de atención no ha podido adoptar un modelo único al no existir en la actualidad un tratamiento definitivo y curativo, por lo tanto se ha enfocado desde diferentes perspectivas como la farmacológica y conductual, que coinciden esencialmente con las distintas interpretaciones.

El tratamiento requiere de un diagnóstico específico y puntal, y debe favorecer la participación y la interacción entre la familia, la escuela, el médico y el terapeuta o terapeutas involucrados. La terapéutica integral debe considerarse a largo plazo; además ha de evaluarse de manera periódica la disminución o desaparición de los síntomas del TDAH (Barragán, 2002, En Ruiz, 2007).

De acuerdo con Rodríguez (2010) hay diferentes formas de tratar la hiperactividad, pero podemos destacar tres de las terapias tradicionales que habitualmente son complementarias: tratamiento farmacológico, intervención psicopedagógica y tratamiento psicológico, que se exponen a continuación.

### **1.5.1 Tratamiento farmacológico**

Al ser considerado el TDAH una enfermedad de origen neurológico, se cree imprescindible el uso de medicamentos que faciliten la acción de la dopamina y de la noradrenalina. El fármaco tiene que individualizarse en cada niño, identificando a la dosis mínima eficaz y bien tolerada por él mismo.

El tratamiento habitual es mediante psicoestimulantes, que mejoran la liberación de noradrenalina y dopamina, uno de ellos el Metilfenidato, que según la perspectiva médica, es el más eficaz para ayudar a controlar la hiperactividad y los trastornos de la atención al actuar sobre el sistema nervioso y permitir un mejor funcionamiento del sujeto.

Otra sustancia eficaz, puede ser la atomoxetina que aparentemente es la única sustancia que puede competir con el Metilfenidato de liberación lenta. La risperidona es un antipsicótico que funciona muy bien como tratamiento coadyuvante sobre el TDAH, especialmente asociado con el metilfenidato. Además de las sustancias mencionadas, también se prescriben ocasionalmente antidepresivos del tipo de los tricíclicos.

Aunque los tratamientos farmacológicos alcanzan un éxito valorado en un 70-80% en pacientes adecuadamente diagnosticados, las diferencias individuales en dicha respuesta son amplias. Los resultados en el terreno académico no son claros, la respuesta no se prolonga más allá de la permanencia del fármaco en el organismo, y la generalización de las ganancias es, por tanto, escasa. Además, los efectos secundarios son a veces demasiado intolerables, y los logros iniciales en ocasiones desaparecen con el tiempo.

Recapitulando podemos decir, que desde la perspectiva médico-psiquiátrica se considera al TDAH un trastorno neurobiológico que se inicia en edades tempranas y puede prolongarse hasta la adultez. Está caracterizado por un desarrollo inapropiado de los

mecanismos que regulan la atención, la impulsividad y la actividad. La falta y/o el exceso de estas características son los principales criterios utilizados para su diagnóstico. Siendo el factor orgánico la causa de este trastorno se hace indispensable la medicación, además de la intervención psicopedagógica.

### **1.5.2 Intervención psicopedagógica**

Implica el uso de técnicas conductuales bien establecidas. En este sentido, los conocimientos del profesor sobre el TDAH y su actitud al respecto son críticos. Una relación positiva entre estudiante y profesor, basada en la comprensión del niño y su trastorno, será capaz de determinar una notable mejoría académica y social en el niño.

Las intervenciones más eficaces para mejorar su rendimiento escolar son aquellas que se aplican de forma consistente en el propio colegio y en el lugar de trabajo (por ejemplo: el aula). Para lograr estos objetivos, se proponen diferentes estrategias conductuales que han demostrado una alta efectividad en la práctica como son la organización de ambientes entretenidos tanto en la escuela como en el hogar, manejo de las contingencias materiales y/o sociales (tiempo fuera, extinción- reforzamiento diferencial, entre otros) y entrenamiento en hábitos de estudio. Debe coexistir una estrecha colaboración entre profesores y padres, basada en el adecuado conocimiento del TDAH.

### **1.5.3 Tratamiento psicológico**

Son intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a padres, docentes y niños; las aproximaciones más utilizadas son:

- a. *Terapia conductual*: Se basa en el entrenamiento de padres y profesores en la medición de conductas, el diseño de programas de refuerzo conductual, el uso de consecuencias negativas o castigos consistentes y la coordinación de dichos programas entre el colegio y el hogar. Su objetivo son por tanto los adultos responsables del cuidado del niño.

- b. *Intervenciones cognitivo-conductuales*: Se realizan directamente en el niño. Incluye entrenamientos en autoinstrucciones, resolución de problemas (para mejorar la planificación de conductas sociales y habilidades académicas), autorefuero (para reducir la dependencia del adulto y sus recompensas), y aprendizaje del error (para redirigir la conducta ante equivocaciones o situaciones de conflicto).
  
- c. *Entrenamiento en habilidades sociales*: También focalizadas directamente sobre el niño, se centran en la discusión y aplicación en el grupo de capacidades como la cooperación y la resolución verbal de conflictos.

Finalmente, se puede aludir que este enfoque es validado institucionalmente, y es empleado para definir el comportamiento de muchos niños que no responden a las demandas y expectativas de este sistema, el cual termina siendo un recurso valorativo, para los docentes y las madres de estos niños. Principalmente es a partir del ingreso a una institución educativa, donde se hace referencia de que el niño presenta un trastorno, son los docentes quienes inician el proceso de etiquetación con los alumnos que son difíciles de manejar en las aulas Baughman, (2007). Fenómeno del cual las madres no son ajenas, ya que muchas de las veces aceptan y validan la referencia que se hace de su hijo como portador de una enfermedad, sin darse cuenta de las consecuencias que esto conlleva, como la estigmatización y el sobrediagnóstico de los niños.

Tomando como base este contexto, en el siguiente capítulo se expone la teoría que nos permite entender este fenómeno social, en términos de su sentido implicado, particularmente el otorgado por las madres de hijos referidos con TDAH.

## II

### INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

Uno de los aspectos fundamentales de toda sociedad es la comunicación entre sus integrantes, ésta le brinda estabilidad a pequeños y grandes grupos por igual. De tal forma que la inminente necesidad de comunicarse que tienen las personas, ha dado como resultado a lo largo de la historia de la humanidad, un número indefinido de formas de comprender la realidad, de tal forma que cada individuo define su mundo, y a partir de ésta definición es que dirige sus acciones. Por lo tanto, es desde el interaccionismo simbólico tomado como referencia, que podemos darnos una idea de la perspectiva de los actores involucrados en cierta acción social.

Por tanto, partiendo de que el TDAH es un constructo que implica una validación médico-psiquiátrica con respecto a niños que presentan un comportamiento particular no deseable, a continuación describimos las premisas teórico-conceptuales y metodológicas del interaccionismo simbólico. Toda vez que es a partir de éste, que planteamos la posibilidad de entender el TDAH en función de la perspectiva de madres de niños referidos con tal trastorno.

Es importante señalar que es desde el enfoque de Herbert Blumer (1982), que se realiza la delineación de dicha tarea. Para tal efecto, en primera instancia se referirán los antecedentes de esta teoría; posteriormente se desarrollarán sus premisas básicas, así como su objeto de estudio; y finalmente, se enunciarán los aspectos metodológicos postulados principalmente por Blumer.

## 2.1 Antecedentes

El interaccionismo simbólico, como perspectiva psicosocial de la acción humana, debe su nombre a Blumer, término que el mismo acuñó para nombrar un trabajo y finalizó siendo aceptado por sus partidarios (Blumer, 1969/1982).

De clara orientación pragmática social y fenomenológica, el interaccionismo simbólico tiene su base en autores como William James, Charles Peirce, John Dewey, Robert Park, Aisnton Schütz, y George Mead. Estos autores exaltan la importancia de la acción humana como significativa, buscando las consecuencias prácticas del pensamiento. Algunos de ellos, como Schütz y Mead, pusieron énfasis en el entendimiento de los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, es decir, examinando el modo de experimentar el mundo. Así, del mundo conocido y de las experiencias intersubjetivas se interpreta la diversidad de los símbolos y a partir de ello, se explican los procesos y organizaciones sociales, el énfasis se pone en el significado de los actores con respecto a sus vivencias.

Taylor y Bogdan (1984), refieren que es en la Universidad de Chicago entre los años 1890 y 1940, donde se configura y consolida lo que en un futuro se ha de denominar interaccionismo simbólico. Cuando se estableció la escuela de Chicago, la influencia del pragmatismo en la sociología se hizo más decisiva, su práctica se orientó conceptualmente por una filosofía social. En este contexto, George Mead empieza a integrar las ideas sobre la colectividad y las del signo. La propuesta de Mead se funda en la influencia atribuida a los estímulos sobre la conducta humana, mediatizados por el contexto de significados simbólicos en los cuales el comportamiento tiene lugar. En su obra *Espíritu, Persona y Sociedad* (1934/190), Mead señala la pertenencia de un espacio de realidad en las mediaciones; un espacio de interacción social percibido en términos de significaciones. Toma como unidad de análisis lo que se denomina acto social y plantea al símbolo y su significado como inherentes a la interacción.

En consecuencia, desde su perspectiva, la persona es el resultado de la actividad social organizada que corresponde con la conducta social de su grupo de referencia, pero puede tener reacciones o manifestaciones diferentes por cada individuo. Por ende, cada persona se construye a partir de la adopción de actitudes de otros y esta adopción, afecta a la propia conducta. Plantea también, la coexistencia de dos categorías dentro del ser: el yo y el mí. El mí, constituido por las actitudes de otros hacia la persona y el yo, que reacciona convirtiéndose en un objeto para sí mismo. Considerando lo anterior, la identificación del individuo y sociedad están unidos mediante los procesos de interacción, ninguno de los dos es totalmente autónomo, cada uno depende del otro, pero puede tener reacciones o manifestaciones diferentes por cada individuo. Planteamiento que posteriormente será retomado por Berger y Luckman (1967/1999), para dar cuenta del proceso de socialización en su teoría de la construcción social de la realidad.

En ese sentido, desde la perspectiva de Mead, se comprende que la sociedad se construye mediante la conducta de las personas, que asume roles activos en el desarrollo de los límites sociales, mismos imponen a su actuar. Por tanto, se advierte que la sociedad no es otra cosa que el producto de la combinación interactiva e intersubjetiva entre los individuos, donde lo social afecta al individuo y éste, actúa sobre lo social.

## **2.2 Objeto de estudio**

El interaccionismo simbólico como perspectiva psicosocial de la acción humana, define como su objeto de estudio a los procesos de interacción social, en el entendido de que lo significativo de éstos es el intercambio comunicacional entre las personas. Por lo tanto, la principal característica de este enfoque es la consideración de la dimensión simbólica del comportamiento humano (Becker y McCall, 1990).

En lo fundamental, el interaccionismo simbólico postula que las personas viven en un mundo de objetos y el significado de los mismos, les guía en su orientación y sus actos. Sus objetos, incluyendo los que contienen en sí mismos, se forman, sustentan, debilitan, y transforman a través de su interacción con otras personas (Munné, 1989; Charon, 1992).

### **2.3 Premisas básicas**

Blumer (1969/1982) basándose en la obra de Mead piensa a los seres humanos como protagonistas de comportamientos autoreflexivos, inmersos en un mundo del cual deben interpretar el orden para actuar y al mismo tiempo desarrollar líneas de acción ante las innumerables situaciones que han de afrontar.

En este contexto enuncia tres premisas básicas:

*Primera: El ser humano orienta sus actos hacia los objetos en función de lo que éstos significan para él. Segunda: El significado de estos objetos se deriva o surge como consecuencia de la interacción social entre los individuos. Tercera: Los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona. La interpretación supone un proceso de autointeracción (Charon, 1992).*

De tal forma se desprende, de la primera, que el entendimiento del comportamiento humano debe indagarse en los significados que las personas tienen con respecto a sus propias experiencias. Los objetos existen, pero hasta no ser interpretados por una persona, éstos carecen de significado. La interpretación individual de los objetos es la que crea un significado para los mismos. Este significado es utilizado por el individuo para guiar su comportamiento.

Por ello, no se puede entender la acción humana si se miran solamente los objetos o la conducta *per se*. Más bien, se debe concentrar la atención sobre los significados que los individuos atribuyen a los objetos, porque son estos significados guían y dan sentido al comportamiento de las personas. Lo que da cuenta que los objetos, incluyendo los contenidos en el sí mismo, se forman, sustentan, debilitan y transforman a través de su interacción con otras personas (Charon, 1992).

La segunda, permite entender que los significados no son inherentes a los objetos, no son parte de la estructura de las cosas, tampoco habitan solamente en el individuo quien los atribuye. Los significados son productos sociales construidos a través de la interacción con otros. Por lo tanto, el significado individual de los objetos se forma a partir de aquello percibido y aprendido en la interacción con los demás. Los significados sociales son parte integral del individuo y en ellos se basa la interpretación del mundo.

Finalmente, la tercer premisa da cuenta que los significados surgen del contexto de las acciones sociales e incorporan los pertenecientes a todas las personas constituyentes de la acción social. La persona deriva el significado de la interacción, así, puede interpretar a los demás y a sus acciones; el significado derivado nunca corresponde exactamente con lo que quiso representar el otro, en este sentido, la interpretación de una persona acerca de las acciones de otra no será idéntica a las atribuidas por el actor de tales acciones (Charon, 1992).

El proceso de interpretación es el eje del significado, sin embargo, éste no se reduce a la aplicación de los significados socialmente establecidos. La interpretación es un proceso formativo, en el cual los significados se utilizan y revisan para orientar la acción humana. La interacción social es el contexto en el cual los significados se producen y a su vez nos proporcionan el sentido de las posibles interpretaciones para todos los objetos (Coulon, 1995).

## 2.4 Implicaciones respecto al entendimiento de la acción humana

A partir de lo anteriormente expuesto, se reconoce que:

- 1) Las personas no responden a las situaciones de una forma predeterminada, sino que el comportamiento humano, es el resultado de los significados atribuidos a éstas y, por lo tanto, éste, se encuentra mediado por el entramado simbólico en el que habitan las personas (Becker y McCall, 1990; Charon, 1992).
- 2) Los significados que las personas asignan al medio son el resultado de la interacción social. Es en dicha interacción con los otros donde vamos aprendiendo los significados que damos a los objetos del medio, dado que vivimos en un medio simbólico a través del cual aprendemos los significados de nuestra cultura (Charon, 1992; Coulon, 1995).
- 3) La realidad social es una construcción humana, producto de la interacción social; es anterior a los individuos, pero es un producto de sus actos. Por ello, las personas tienen la capacidad de transformar el medio en el que viven. (Becker y McCall, 1990; Charon, 1992).
- 4) El ser humano tiene la capacidad de ser un objeto para sí mismo. Esta capacidad de interactuar reflexivamente consigo mismo, le permite anticipar las consecuencias que se derivan de los diferentes modos de accionar y elegir entre ellos (Becker y McCall, 1990; Charon, 1992; Coulon, 1995).
- 5) El pensamiento es el resultado de la interacción simbólica. Gracias al lenguaje somos capaces de pensar la realidad e imaginar otras posibles situaciones, así como tener una imagen de nosotros mismos como individuos (Becker y McCall, 1990; Charon, 1992; Coulon, 1995).

Por tanto, es claro que el interaccionismo simbólico entiende a la persona y al medio social como dos aspectos de una misma realidad. Los individuos son un producto social y a su vez, la sociedad es un producto de los individuos. Toda realidad es resultado de la externalización de la actividad humana, de su objetivación a través del lenguaje y de su

institucionalización mediante la tipificación de las acciones de los otros, en consecuencia, tal como arguye Mead (1990): la persona se experimenta así mismo como tal, no directamente, sino indirectamente, desde los puntos de vista particulares de los otros integrantes del grupo social, o desde un punto de vista generalizado del grupo social, en cuanto a un todo al cual pertenece.

En este sentido, la realidad debe ser completada con su aprehensión por parte de los individuos, de tal forma que, la internalización de la realidad objetiva a través de los procesos de socialización, da lugar a la dimensión subjetiva de la realidad. Así, la conciencia individual y la acción social deben ser comprendidas en el contexto de una estructura social que les da sentido. Al mismo tiempo, toda estructura social no es algo que esté por encima o al margen de los individuos (Coulon, 1995). Los individuos reaccionan frente a las estructuras sociales y las modifican o las mantienen, de ahí que como lo plantean Berger y Luckman (1990), las instituciones se incorporan en la conciencia individual por medio de los roles, y de esta forma los individuos participan en un mundo social; por tal motivo al internalizar dichos roles, ese mismo mundo cobra realidad para ellos subjetivamente.

#### **2.4.1 Institución e interacción**

Blanco (1988), señala que las instituciones se producen bajo la forma de sentidos compartidos por parte de un gran número de individuos. Por tanto, las instituciones son conceptuadas como formas organizadas de actividad social, nacidas al amparo de la interacción, de las actitudes que unos individuos mantienen respecto a otros. Son respuestas y actitudes socialmente comunes; por tal motivo, la institución como organización de actitudes, creación interpersonal, producto de la intersubjetividad, se encuentra dentro de todos nosotros.

La institución en tanto estructura, es considerada fundamental dentro de lo social, puesto que proporciona a los actores modelos sociales de acciones; como organización, representa la situación o marco concreto portador de normas, tipos de relaciones, posiciones y roles de los actores que orientan sus interacciones cotidianas. Sin embargo, aunque los

actores interactúan dentro de ciertos marcos institucionales, son sus interpretaciones y definiciones de la situación lo que determina su accionar y no las normas, roles o metas por sí mismas. En este sentido, el rol, como modelo interiorizado de actitudes y acciones, permite al individuo orientarse en su interacción con los otros y su entorno. El rol se deduce de las acciones de los actores a través de un proceso de percepción y de interpretación, en función de normas referenciales, y sobre todo, del sentido individual dado por el actor.

El individuo, en virtud de los roles que desempeña, incursiona en zonas específicas de conocimiento socialmente objetivado, no sólo en el sentido cognoscitivo, sino también en el conocimiento de normas, valores y aún emociones y afectos. El rol, en su dimensión interactiva, de acuerdo con Blanco (1988), instaura una relación dinámica donde individuo y sociedad se articulan, de tal forma que objetividad y subjetividad se expresan creando el significado y sentido de la acción desempeñada. Por lo que el proceso de interacción como desempeño de roles, no se limita a ser un proceso de asunción de roles, sino que contiene al mismo tiempo un construir el rol, por parte del propio actor. El rol revela las mediaciones entre los significados que están objetivados en una sociedad, y las maneras como éstos cobran realidad subjetiva para los individuos.

De lo anteriormente expuesto, se puede asumir que toda interacción se da en una situación determinada y las personas interactúan en función de la manera en como definen dicha situación, por lo que la situación por sí misma, no determina el comportamiento de los actores, ya que cada actor define la situación en función de cómo la percibe. Así, la realidad social se hace inteligible a través de las interacciones de los individuos y grupos sociales, a partir de la interpretación de sus acciones.

## **2.5 Aspectos metodológicos**

Blumer (1969/1982) planteó que la acción social debe ser observada, estudiada y explicada a través del proceso de interpretación realizado por los actores participantes, conforme van afrontando las situaciones desde su posición o rol respectivo en el seno de la organización, la cual concibe como una articulación de las actividades de sus componentes.

De acuerdo con el autor, la posición metodológica del interaccionismo simbólico es el estudio de la acción social atendiendo al modo cómo se forma. El actor es promovido a la categoría de agente activo de su acción, y para poder estudiarlo, es importante tener en cuenta el hecho de que las personas pertenecen a diferentes grupos, y desempeñan diversos roles. Por lo tanto, se debe buscar la comprensión de la acción conjunta en el modo en que los participantes definen, interpretan y afrontan las situaciones a su nivel respectivo. La articulación del conocimiento de las acciones vinculadas permite formar el entendimiento del complejo organizado.

Desde su perspectiva, considera que la investigación, las premisas seleccionadas, problemas, datos, relaciones, conceptos e interpretaciones deben ser empíricamente válidos, para lo cual se debe acudir directamente al mundo social empírico y comprobarlo, mediante un minucioso examen del mismo.

Con base en esta perspectiva, Blumer (1982) enuncia dos momentos significativos para definir toda investigación. Él los denomina: exploración e inspección y de acuerdo con Mares (2006), se asemejan con la descripción y el análisis.

Como lo menciona Schütz (1993), el propósito de la exploración es encaminar hacia una comprensión más clara de la forma como se plantean los problemas, averiguar qué datos son idóneos, concebir y desarrollar ideas acerca de las líneas de relación significativas y, hacer evolucionar los instrumentos conceptuales disponibles, a la luz de lo que se va aprendiendo sobre el área en cuestión. Cabe destacar, que dicha exploración debe incluir la inspección, es decir; descubrir relaciones genéricas, profundizar en la referencia connotativa de sus conceptos y formular proposiciones al respecto.

Como podemos ver, la propuesta metodológica de Blumer se funda en la premisa de que el hombre se hace persona en la interacción. El hombre entra en interacción con los demás y de ella extrae las orientaciones para su comportamiento, todo el tiempo está comparando su hacer con aquello esperado de él por los otros. Todo lo que el hombre realiza para sí lo realiza conjuntamente con otros y para otros, y en un mayor grado, quizá sea más para otros que para sí mismo. Puesto que la interacción de las personas se basa en

el sentido de pertenencia, llevado a cabo dentro de un sistema de relaciones construidas entre las personas y su vida social.

De esta forma, el interaccionismo simbólico reconoce la realidad y entiende el conocimiento como una construcción verificable en la realidad misma. De ahí que, lo real es concebido como algo susceptible de ser indicado o referido. Por ende, indagar la realidad, debe hacerse a partir de la perspectiva de los propios actores que la construyen.

Por lo tanto, es necesario entender el problema del TDAH y el etiquetamiento que se hace de su hijo al referirlo con este trastorno, desde la perspectiva de las propias madres, ya que es desde este contexto donde se acepta y termina por validar la etiqueta de TDAH en los niños que no cumplen las expectativas de las instituciones escolares, familiares y de salud, generando una problemática en donde quizá no exista. Para esto, es necesario conocer y describir los significados y sentidos implicados en las madres participantes. De ahí, que la estrategia metodológica, la cual se describe en el siguiente capítulo, haya sido considerada para dar cuenta de ello.

## **III**

### **ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

Tomando en cuenta lo expuesto hasta el momento, se advierte que el proceso de construcción de la perspectiva social de las madres con respecto a sus hijos referidos con TDAH, implica la relación de diversas acciones sociales que ellas mismas generan a partir de su interacción con los demás y de afrontar situaciones ante las cuales tienen que dar una respuesta. De este hecho se deduce que para aproximarse y comprender su perspectiva, es necesario tener presente los aspectos o situaciones sociales que contribuyeron a construirla, a fin de aproximarnos a su realidad, que es reelaborada constantemente conforme a su acción tanto individual como colectiva.

Por lo anterior, la estrategia metodológica empleada en el presente trabajo, posibilitó llevar a cabo un procedimiento indagatorio a fin de obtener información, misma que se analizó posteriormente, estableciendo categorías y ejes para poder comprender los significados y sentidos jugados en la acción de las participantes. A continuación, se describe detalladamente la estrategia metodológica desarrollada y sus diferentes momentos.

#### **3.1 Objetivos**

##### **3.1.1 Objetivo general:**

Dar cuenta de los significados y sentidos implicados en la perspectiva de las madres cuando sus hijos son referidos con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

### **3.1.2 Objetivos específicos:**

1. Identificar los significados atribuidos por las madres respecto a sus hijos referidos con TDAH.
2. Categorizar y caracterizar las perspectivas de las madres.
3. Describir relaciones de la perspectiva que hace la madre sobre el TDAH y la conceptualización que se hace de este trastorno en un orden institucional, tanto médico, escolar y familiar.

### **3.2 Participantes**

20 madres con un hijo referido con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, contactadas en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). Todas ellas con una edad de entre 30 y 40 años; con un nivel socioeconómico medio y bajo; habitantes de las comunidades aledañas a la FESI. Su participación fue voluntaria, considerando que eran personas que tenían y querían decir algo respecto.

Como estrategia para mantener la confidencialidad de las participantes, a cada una se le asignó un código, el cual se elaboró previo a las entrevistas, empleando diferentes letras y números para representarlos. Dicho código, sustituye el nombre de los informantes en las viñetas empleadas en el apartado de los resultados.

### **3.3 Instrumentos y materiales**

Se utilizó una guía temática de entrevista con el propósito de abarcar los temas clave, orientados a conocer la perspectiva de cada una de las participantes acerca de la referencia con TDAH que se hace de su hijo y del trastorno en sí. Las áreas temáticas a indagar se

elaboraron tomando en cuenta los aspectos esenciales comprendidos en el concepto de perspectiva descrito por Charon (1998).

La guía temática comprendió doce áreas de conocimiento, a saber: 1) formulación de la condición por la institución, 2) impacto inicial, 3) entendimiento y opinión sobre lo formulado, 4) posición familiar ante la situación, 5) pronósticos formulados, 6) acciones familiares realizadas 7) expectativas, 8) respuesta institucional, 9) logros obtenidos, 10) carencias y dificultades institucionales, 11) aspectos sugeridos y 12) otros. Todas ellas contaron con sus respectivos indicadores (Anexo 1).

Además de la guía temática de entrevista, se contó con el apoyo de una grabadora de voz, hojas, lápices y una computadora personal para registrar las entrevistas.

### **3.4 Procedimiento**

#### **3.4.1 Acercamiento a los escenarios**

El acceso a las participantes se realizó por medio de los alumnos que prestan el servicio de atención psicológica en el área de Educación Especial y Rehabilitación, en la CUSI de la FES Iztacala. Se realizó un primer contacto con las participantes, teniendo el propósito de acordar una cita y explicar los motivos y características de la investigación.

##### **3.4.1.2 Calendarización de entrevistas**

Una vez obtenido el consentimiento de las participantes, se estableció junto con ellas las fechas y horarios aproximados requeridos para llevar a cabo las entrevistas, así como la posibilidad de suspender las conversaciones si durante éstas algún participante lo requiriera independientemente de la razón, además se aclaró que tendrían toda la libertad para comentar lo que creyeran conveniente.

La programación de las entrevistas acordada con las participantes, comprendió la realización de éstas, en el horario de atención de su hijo.

### **3.4.2 Aplicación de entrevistas**

Se utilizó la entrevista a profundidad con cada una de las participantes, considerando las sugerencias descritas por Taylor y Bogdan (1984), ya que ésta permite relatar de manera amplia y sin ningún tipo de límites sus experiencias en torno al tema objeto de estudio. Fundamentalmente, la entrevista consistió en establecer y mantener conversaciones con cada uno de las voluntarias con el propósito de conocer sus ideas, creencias, pensamientos, acciones y sentimientos acerca de su vivencia como madres en relación a sus hijos referidos con TDAH, con base en las áreas temáticas contenidas en la guía de entrevista. Se profundizó en los temas a partir de retomar significados y sentidos que proporcionaban las participantes durante la conversación. A fin de facilitar que la información girara en torno a lo personal, se elaboraron preguntas que permitían a los participantes ponerse en contacto con situaciones que pudiesen ser significativas para cada uno.

Con el propósito de conocer a detalle los sentidos y significados de las participantes con respecto a sus hijos referidos con TDAH y al trastorno en sí, se les exhortaba a describir pormenorizadamente sus experiencias y a clarificar sus ideas y palabras referidas, tanto en acontecimientos importantes como con respecto de aquellos que consideraban triviales, fueran éstos pasados, presentes o futuros.

Las entrevistas se llevaron a cabo en los cubículos y la zona de juegos de la CUSI donde se da el servicio de atención psicológica. En la parte inicial de la entrevista, se presentaron y expusieron de manera sintetizada los objetivos del estudio. Así mismo se solicitó el consentimiento de las participantes, asegurándoles completa confidencialidad de la información proporcionada a través de omitir todo tipo de datos que pudieran identificarlos y se les aclaró que estaban en toda libertad para comentar o no, aquello que creyeran conveniente.

Todas las entrevistas fueron audiograbadas y tuvieron una duración aproximada de 60 minutos. Su transcripción se realizó empleando un código elaborado para tal fin y fueron cotejadas con sus respectivas grabaciones.

#### **3.4.2.1 Transcripción de las entrevistas**

La transcripción de las entrevistas se llevó a cabo con base en el código de aspectos técnicos que se elaboró para tal fin:

Citas= ( " " )

Separación y terminación de ideas y frases = ( . )

Corte y unión de citas ( ... )

Para verificar e identificar errores, una vez que se realizaron las transcripciones, fueron cotejadas con sus respectivas grabaciones.

#### **3.4.3 Análisis de la información**

Para llevar a cabo el análisis, el primer paso consistió en categorizar la información actor por actor, y en establecer la tendencia de éstos con respecto a cada una de ellas. El procedimiento llevado a cabo comprendió lo siguiente:

Se identificaron conceptos, ideas, definiciones, y acontecimientos respecto a las áreas exploradas que indicaban valoraciones, orientaciones y expectativas. Considerando las situaciones donde las participantes se referían tanto a sí mismas como a sus, lo hicieran directa o metafóricamente.

Posteriormente, se establecieron vínculos entre cada uno de los episodios conversacionales que se referían a cada área explorada; particularmente, cuando estas ideas, conceptos, etc., no eran continuas en el decir de los actores.

De cada episodio conversacional, se consideraron tanto elementos compartidos como singularidades de la perspectiva de cada participante. Con base en estas tipificaciones, se caracterizaron las áreas a partir de los significados y sentidos esenciales hallados.

De las caracterizaciones realizadas, se procedió a realizar un agrupamiento de éstas para establecer, seis categorías, que se rotularon empleando el mismo nombre asignado a las áreas temáticas de la guía: 1) Diagnóstico, 2) Impacto, 3) Entendimiento, 4) Escuela, 5) Situación familiar y 6) Acciones.

Posteriormente, empleando cada categoría como unidad de análisis, se estableció su relación de contenido y tendencia de la perspectiva de las madres participantes.

Con el propósito de dar cuenta de la aproximación de líneas de acción conjunta respecto al TDAH, así como de los elementos implicados en su naturaleza, se reorganizó la información de las tendencias encontradas en función de las construcciones simbólicas que caracterizan la vivencia de tener hijos referidos con TDAH. Este segundo momento lo denominamos *ejes de análisis* y comprendió los siguientes aspectos:

- 1.-Formulación de preguntas guías y articuladoras.
- 2.-Identificación de significados y sentidos.
- 3.-Identificación de relaciones de líneas de acción conjunta con base en el sentido y significado de éstas.
- 4.-Establecimiento y selección de los elementos analíticos pertinentes para el estudio.
- 5.-Examen de los elementos analíticos en función de la información.

Posteriormente, en función del objetivo del estudio, se seleccionaron los temas más pertinentes para el análisis, quedando los siguientes: 1) institucionalización, 2) adherencia a la medicación, 3) control, obediencia e imagen, y, 4) un destino anticipado.

Todo lo anterior implicó recurrir continuamente a la información proporcionada por las diferentes participantes, así como a los ordenamientos previos que teníamos de ésta.

Para ello, se consideraron tanto el objetivo del estudio como las preguntas que guiaron el proceso de reexaminación de la información en este segundo momento de análisis.

Finalmente, se hizo uso del ejercicio interpretativo para discutir a la luz del marco teórico elaborado, el grado de alcance del objetivo general de este estudio.

## IV

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen la perspectiva y tendencia que dan cuenta de las construcciones simbólicas más representativas de las madres participantes, a fin de presentar las repercusiones de que su hijo sea rotulado y estigmatizado con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Lo que significa que mediante sus vivencias, ideas, expectativas e impresiones exponemos los fenómenos de rotulación y estigmatización que se hacen del niño y de las implicaciones para estas madres.

Se hizo un ordenamiento retomando la información recabada, utilizando únicamente las citas que se consideran más representativas para ejemplificar lo referente a cada una de las categorías identificadas con base en la relación que guardan entre estas mismas; presentadas de la siguiente manera: 1) Diagnóstico, 2) Impacto 3) Entendimiento 4) Escuela, 5) Situación familiar, y 6) Acciones.

#### 4.1. Diagnóstico

En tanto que la idea es hablar de la perspectiva de las madres respecto al TDAH, y con el cual son referidos sus hijos, se hablará en un primer momento del diagnóstico que se hace del niño, qué implicaciones tiene, quién lo realizó, la manera en que fue informada la madre, el pronóstico que llegan a hacer sobre el “trastorno” e incluso del propio niño.

En la mayoría de los niños, se puede dar cuenta de que únicamente son referidos con TDAH, ya que no hay un diagnóstico formal, realizado a partir de evidencia clínica ni de una intervención médica que lo valide. Al respecto de los participantes, sólo algunos de ellos fueron diagnosticados en un sentido formal por parte de un médico, incluso a pesar de que en algunos casos no se tenga la certeza clínica del “trastorno”, sin embargo se

considera que tiene un problema y por lo tanto se le trata en función de éste, tal se ilustra en el caso (M3HS):

*“...entonces fuimos con el neurólogo y no le hizo pruebas ni nada, pero viendo un encefalograma y vio que tenía un trastorno, que no supo definir bien, pero dijo que tenía un problema de inmadurez y en consecuencia le mandó el medicamento para el déficit de atención, atomoxetina”.*

En otro de los casos, el médico da un diagnóstico únicamente a partir de la observación de comportamientos específicos que tiene el niño, los cuales considera síntomas del “trastorno”; este diagnóstico es validado por la madre, ya que para ella, la palabra del médico, es una “verdad absoluta”, no sólo por lo que a nivel social representa la figura médica, sino porque existe una relación mucho más personal que simplemente la de médico-paciente, al ser el “doctor de cabecera” de la familia, esto de acuerdo al decir de la madre:

*“...su doctor de cabecera, él se dio cuenta que pasaba algo en él, porque comentaba que él era un niño muy especial, y ahora era como agresivo, enojado, como que triste...el doctor se asustó porque siempre le había dicho que quería ser doctor como él, y un día llegó y le dijo que quería vender chicles y que no le importaba nada, como enojado, muy raro...ese día como que el doctor dijo “es que está mal”, “hay algo mal”, “hay que apoyarlo” (M4NP).*

Es de resaltar que la palabra del médico, conlleva la etiquetación que habrá de marcar al niño a partir del diagnóstico que formuló, ya que desde ese momento, el trato que se le dará al niño, será el de un “enfermo”, que necesita ayuda y un tratamiento a seguir, que la madre seguirá al pie de la letra, en el intento por “curar” a su hijo.

Otros niños son referidos con TDAH por parte de agentes o actores sociales, a los que se les atribuye una autoridad (dada culturalmente) en el conocimiento o el saber, y que por este hecho, no se les cuestiona y mucho menos se pone en duda, aquello que llegan a formular; ejemplo de ello, son los psicólogos, los cuales deducen la aparición o presencia de un “trastorno” o “enfermedad”, como es el TDAH, vía la observación de las respuestas que da el niño en ciertas actividades, según las cuales pueden proporcionar información del grado de desarrollo, habilidades y competencias que debería tener un niño a determinada

edad, por lo tanto al no cumplir con los criterios esperados, dan por hecho que ese niño tiene un problema:

*“...un psicólogo en segundo año de Kinder de su misma escuela... dijo que él tenía un problema que se derivaba del déficit de atención porque tenía muy dispersa su atención entonces no, o sea no seguía indicaciones... eso fue lo que me comentó... le hizo dos pruebas, no las vi, me comentó que le hizo un modelo para que él lo reprodujera, no lo pudo hacer y una figura humana que tampoco pudo hacer, entonces fue prácticamente en esas dos pruebas en que se basó para decirme que el niño tenía un problema...” (MINP).*

Otro caso en el que se evidencia claramente, el diagnóstico con déficit de atención por mera deducción es (M2NP):

*“...lo estuvieron evaluando a él, juegos, dibujos y todo eso... así fue como sacaron lo que es el diagnóstico...Simplemente que era déficit de atención, nada más que necesitaba terapias, porque él estaba acostumbrado a hacer como quien dice su voluntad, por así decirlo”.*

Además de los médicos y los psicólogos, están los maestros, que al ser otro tipo de agente social investido de autoridad, que goza de cierto reconocimiento público, en muchas ocasiones, toma cierta ventaja de este carácter que se le da, para referir a los niños con un “trastorno” como es el déficit atencional, asumiendo de esta manera el papel de médicos. El docente llega a esta deducción, basándose en el “bajo” aprovechamiento escolar y el “mal” comportamiento que los niños llegan a presentar dentro del salón de clases. Sin embargo, esta etiquetación que se hace del niño al referirlo con un “trastorno”, obedece en muchas ocasiones a los intereses del maestro por mantener una imagen de que se es un “buen” profesor y en otros casos sirve también como deslinde de responsabilidad ante este “tipo” de niños que tiene a su cargo.

Algunas de las madres refieren que nunca hubo una formalidad por parte de los docentes, al momento de comunicarles que su hijo tenía un “problema”; las madres aluden que es únicamente a partir de algunas pruebas que los maestros realizaron, como llegan a la conclusión de que su hijo presenta un “trastorno”, y en ocasiones simplemente a partir de que el niño, no guarda una disciplina escolar dentro del aula:

*“...cuando estaba en el kínder le hicieron una evaluación, una entrevista de cómo se comportaba y después la maestra sacó un diagnóstico, de eso, ¿no?, que era muy agresivo, de que no participaba en clase, de que se distraía mucho...” (PINP).*

*“...en la escuela, más que nada en la escuela, porque todo el día lo andan regañando en la escuela, por ejemplo: “no pegues”, “pon atención”, “ya estás jugando”, “ya deja de platicar”, todo el tiempo es llamarle la atención...la maestra estuvo realizando unas pruebas como de psicometría, donde él debía como entender” (M4NP).*

Además de lo anterior, otro aspecto importante que señalan las madres es que, esa deducción a la que llegan los profesores, fue comunicada de una manera categórica, a veces de forma violenta o despectiva, ya que muchos de ellos pronostican un nulo desarrollo en el niño y/o un futuro poco prometedor:

*“...que iba a tener muchos problemas sociales y en la escuela, porque un niño con déficit de atención, este, le cuesta trabajo socializar y le cuesta trabajo realizar tareas” (MINP).*

Otro tipo de actores sociales que están presentes en la creación de un “trastorno” en el niño, son los miembros de la familia; ya que a partir de ésta, se va formulando la idea de que el niño está “enfermo”, la cual se crea a partir de las comparaciones que se hacen con otros niños, puesto que los que son referidos con TDAH, no presentan el comportamiento deseado por los padres, abuelos, etc., y rompen con esa idea de obediencia y control que se espera tener del niño, incluso desde el nacimiento:

*“...él fue prematuro, desde que estaba en la incubadora a mí me lo amarraban, porque él se movía mucho...porque él metía sus piecitos en las rendijas, entonces cuando yo ya llegaba a verlo, ya lo encontraba amarrado, me decía la doctora que tenían que amarrarlo porque se movía y entonces el metía sus piecitos y entonces para que no pase otro accidente mayor, pues lo amarramos...”.*

*“...le gusta jugar con los niños, pero como que a la vez, como que siente un rechazo hacia los niños y él empieza, este, su agresión...desde chiquito siempre*

*ha sido muy hiperactivo, sí o sea como que sus energías son bastantes, y no, así haga lo que haga no, o sea no la saca toda...” (M5NK).*

## 4.2 Impacto

El ser diagnosticado con TDAH, tiene un gran impacto negativo en el desarrollo tanto del niño como de los miembros de su familia, y por ende en el comportamiento hacia el hijo en cuestión, observándose en aspectos como el social, emocional y cognitivo; sufren cambios en su estilo de vida puesto que se altera su cotidianidad, gracias a la etiquetación que se hace de su hijo.

Sabido es que ante este tipo de situaciones reaccionan fundamentalmente con angustia y sufrimiento por los cambios que deben hacer, en la casa, la escuela, con sus familiares y amigos, surgiendo emociones de rabia, incertidumbre y miedo al enfrentarse a una situación desconocida, ya que es una “enfermedad” no comprendida, un ejemplo es (P1NP):

*“...nunca pensé en pisar un lugar de éstos, no por miedo, sino por sí, por a lo mejor...bueno sí era miedo, no que te vayan hacer algo sino miedo de tener que traer a tu hijo a un psicólogo, me imaginaba otras cosas que a lo mejor le hacían exámenes de la cabeza no sé, otras cosas, me daba miedo que tuviera algo, que le diagnosticaran algo fuerte que no se pudiera curar...”.*

En el mismo sentido otra de las madres, pone de manifiesto que además de sentir miedo en el momento en que el niño es referido con un trastorno en calidad de un “diagnóstico”, se generan expectativas de fracaso, puesto que se ve al niño sin un futuro provisorio, debido a la “enfermedad” y a la manera en que los agentes comunicantes, sean médicos, psicólogos o profesores formulan el “problema”:

*“...preocupación, porque aunque era inteligente, pero si te dicen que tiene problemas para terminar algo, para alcanzar metas, pues está “canijo” ¿no?...Y me dio miedo, miedo al fracaso de mi hijo” (M3HS).*

Este mismo caso evidencia la falta de certeza en aspectos que tienen que ver con el futuro del niño y su salud en general, situaciones que anteriormente no preocupaban del niño, ahora aparecen en el juego de la incertidumbre:

*“Además de que yo decía y ahora cómo le hago y sientes que tal vez no puedas encausarlo bien y te pones a informarte y a buscar ayuda y piensas en su futuro...piensas que tal vez tenga algún otro problema, que tal vez tenga retardo, que tal vez no lo estás educando adecuadamente, en fin te vienen una serie de pensamientos y te da miedo de no poder resolverlo” (M3HS).*

De acuerdo con la información proporcionada, hay madres que llegan a sentirse “aliviadas”, al conocer la causa de los “problemas” de su hijo; muchas madres a pesar de que no quisieran creer las palabras del médico acreditan el diagnóstico, ya que existía la “sospecha” de que algo no estaba “funcionando bien” con el niño, puesto que había indicadores clínicos dados con anterioridad, el comentario de una de las madres permite ilustrar este hecho:

*“...entonces mi esposo y yo como que ya algo sabíamos que íbamos a trabajar con él y eso, pero no nos cayó tampoco de extraño por el problema que él tuvo de chiquito. A mí me dio, a mí se me subió la presión, me dio la preclamsia, entonces al niño ya no le llegó oxígeno suficiente a su cerebritito, y este, se estaba ahogando, de hecho tragó meconio, él trago meconio y así chiquito sí fue un problema severo de asfixia, eh pues yo, yo de verdad sí pensé que fue del problema de nacimiento y que probablemente sí pudo haber, este, sí pudo haber sido, o sea, el problema del nacimiento lo pudo haber generado...” (MINP).*

Otras madres se muestran confundidas con la situación que presenta su hijo, ya que a pesar de reconocer que el niño tiene un “problema” según su parecer, al momento de recibir la información de la situación del menor, desaprueban el decir del agente comunicante, hasta no tener la certeza de que existe un “trastorno”, la madre (M4NP) hace referencia a esto:

*“...A mí no me gustó que era su primera visita y ponerle que necesita que se tome este medicamento para que esté más calmado, yo creo que un medicamento se receta cuando ya se conocen o cuando ya sabe y ya viste”.*

En este contexto, el impacto generado por las constantes quejas que se hacen del niño, no sólo provoca preocupación, angustia, miedo, culpas, etc., sino además se ven a sí mismas como una “mala madre” al ser demasiado permisivas con el niño, no poniendo límites, ya que les permiten hacer cualquier cosa, además de no saber cómo “corregirlo”:

*“Pues yo siento feo, porque digo bueno, qué yo no le digo nada o no le pongo atención o me siento como que culpable de lo que hace. Pero yo sí siento feo que me digan, que me den quejas porque me siento mal porque yo digo, qué estoy haciendo mal o cómo le hago para explicarle o cómo le digo que no haga eso, yo sí me siento mal, me siento como una mala madre” (M6NK).*

### **4.3 Entendimiento**

Después de consultar a diferentes “profesionales” de la salud, llámese médico, psicólogo, etc., y obtener un “diagnóstico” acerca de la situación de su hijo, las madres atraviesan por periodos de angustia, frustración, coraje, miedo e incertidumbre, al presentárseles una situación desconocida; consecutivamente a éste impacto las madres y sus familiares intentan asimilar y entender la “problemática” a la que se enfrentan.

Sin embargo, cada madre intenta entender y explicar de manera distinta y desde su perspectiva tal situación, aunque siempre permeada por lo que les haya dicho el agente comunicante. De ahí que algunas madres traten de darle una explicación desde un punto de vista médico-biológico o psicológico, otras desde lo familiar, unas más de acuerdo a la manera en que han educado a sus hijos y los hábitos de crianza que tienen respecto a ellos.

Un ejemplo de la influencia que tiene el decir del agente comunicante en la manera de cómo la madre entiende la situación del niño, y por lo tanto en cómo es tratado, se muestra en el caso (M1NP), donde ilustra como la madre atañe el “problema” a lo observado por la neuróloga en algunos estudios que se le practicaron al niño de recién nacido:

*“...la neuróloga de cabecera que estuvo con él desde bebé, fue lo que nos dijo, o sea algo ha de haber observado en sus electros o algo, pero ella fue la que nos dijo que el niño tenía que estar en terapia, en rehabilitación, estimulación temprana, en consultas con el neurólogo, en todo su desarrollo hasta que me lo diera de alta la neuróloga...”*

Por otra parte hay madres que explican que el comportamiento del niño, se debe más a un suceso desagradable ocurrido dentro de la propia familia, que a una causa orgánica o psicológica, ya que ellas se dan cuenta en qué momento empiezan a manifestarse ciertas conductas en su hijo, que son referidas como síntomas del TDAH, es el caso (M2NP):

*“...falleció mi hermano, que era como su papá, por así decirlo, el más allegado a él, fue cuando él, empezó a mostrarse rebelde inquieto fue como su manera de llamar la atención; entro a trabajar y es cuando pasa lo de mi hermano, y pues no está mi hermano, no estás tú y está abuelita pero no me da la atención que requiero de salir a correr al patio, jugar con mis coches, ese tipo de cosas, y fue cuando se empezó a manifestar más que nada eso”.*

Algunas mamás, explican que la forma en que se trata al niño y el referirlo con etiquetas, repercute en el comportamiento de éste, ya que el niño se asume y se vive en la forma en que es referido, un ejemplo es (M3HS):

*“...yo empecé a notar en la casa que no era organizado, yo a lo mejor exigía que él pensara como adulto y que hiciera la tarea como adulto, no era capaz de estar sentadito, trepaba las “patitas” aquí y por allá, se distraía al hacer la tarea, corría para aquí, para allá...si lo empieza uno a etiquetar que si es distraído, que es juguetón y que no aprende, pues “pobrecillo” tanto en la escuela como en la casa, pues le repercute en su función...”.*

De acuerdo con otras madres, más que una “enfermedad” real en el niño, ellas consideran que podría ser una percepción y un decir del médico, el psicólogo o del maestro, que sin tener una certeza tachan al niño de “enfermo”, por el contrario piensan que el “problema” del niño podría deberse a los hábitos de crianza y a la forma en que han educado a su hijo, esto lo ilustra el caso (M4NP):

*“... yo sé que yo tal vez cuando era más chico le daba todo, le hice un daño, le hicimos un daño, dándole todo, entonces para él, compartir o que hubiera una persona aparte de él como que fue el problema, él siempre le gusta ganar, no le gusta perder, siempre de alguna u otra forma hace sus reglas a su conveniencia...es querer ver un problema donde no lo hay, yo creo el problema de todos los problemas psicológicos, es la comunicación es la comunicación, yo creo ese es el problema...”*

#### **4.4 Escuela**

Dentro del ámbito escolar, una de las exigencias principales de los profesores hacia los niños, es la disciplina, de tal forma que si no se ajustan a las normas y responden de la manera esperada, los consideran “diferentes” e incluso “inadaptados”. En ese sentido, una vez creado el estigma a estos niños y dado a conocer a otros docentes, padres y compañeros de clase, se hace muy difícil para ellos poder ser reconocidos como “buenos”.

Un ejemplo de lo anterior se ilustra con el caso (M1NP), ya que la madre señala como los maestros son los que etiquetan y van marcando las diferencias, lo que ocasiona que el niño sea tratado en función de cómo se le ve, no sólo por el maestro sino por sus compañeros de clase:

*“...yo siento que lo señalaron, los maestros son los que marcan diferencias y hacen hincapié y pues sí se nota, de hecho sus compañeros, había momentos en el que llegaban todos, se me juntaban, es que su hijo esto y su hijo lo otro, o sea cosas que dicen bueno, pero yo siento que lo señalaron, entonces hasta los niños ya lo ubicaban, él ya era todo, y aunque él no hiciera las cosas era el culpable de todo...”*

Otro ejemplo de ello lo constituye la madre (M4NP):

*“...es como te digo mala suerte con las maestras, siempre le han tocado así como maestras medio especiales y pues a lo mejor él es inquieto como cualquier niño, no lo puedo tener ahí sentado, pero ha tenido mala suerte y a lo mejor su forma de ser no les gusta a las maestras, pero no quiere decir que sea un niño malo, o sea anormal o que esté loquito...”*

Por otra parte, algunas madres terminan por asumir que su hijo sí tiene un trastorno, y lo confirman al “observar” como el medicamento tuvo los efectos esperados, ya que al niño se le ve más manejable, más controlado y por lo tanto menos problemático, en la casa y en la escuela; esta idea de mejoría en el niño es reforzada por las maestras, al comunicar a las madres que el niño ha mejorado su comportamiento gracias al tratamiento, el cual dan por hecho, sin embargo, los docentes desconocen si el niño está en una terapia psicológica o siendo medicado:

*“Las maestras, sin saber que ya habían terminado las pruebas con el psicólogo o que ya el neurólogo le había recetado medicamento, a las pocas semanas una maestra me dijo: “oiga señora qué bien se está portando Rodrigo” y al poco otra me dijo: “Rodrigo se está portando muy bien” y entonces dije, pues sí, entonces sí tiene déficit de atención porque con el medicamento se asentó” (M3HS).*

No sólo los profesores rotulan y estigmatizan a los niños con la etiqueta del TDAH, al observar características que consideran de indisciplina, distracción, etc.; también en algunos casos son los mismos padres, ya sea por miedo o por “protegerlo”, que desde un principio informan al maestro que su hijo padece una “enfermedad”, incluso antes de que el profesor tenga un primer contacto con el niño, lo que ocasiona que al llegar éste, al salón de clases sea tachado de enfermo o diferente, como se ilustra con el caso de la madre (M1NP):

*“...yo más que nada sentía la necesidad de que supieran ¿no?, o sea no para que lo trataran diferente sino para que, pues no me estuvieran hablando a cada rato...que mi hijo había presentado un problema, entonces este, a lo mejor ese también fue mi error, o sea estarles informando algo que no habían preguntado sino que yo más que nada sentía como miedo, sentía como temor de ¡hijole! es*

*otra etapa pues a ver cómo te va, entonces más que nada esa era mi manera yo de protegerlo, de que los maestros supieran que él había tenido un problema”.*

A decir de una de las madres y a diferencia del grueso de las participantes menciona que existen escuelas donde los maestros no tienen una actitud de desinterés hacia el niño referido con TDAH, por el contrario toman en cuenta las características particulares de cada uno, lo que influye en el trato que le dan, (M3HS):

*“...me gustó mucho de esa escuela, de como lo trataron, incluso hasta allí yo supe que no todos los niños aprenden igual, algunos jugando, con las pláticas que nos daban allí me armaba de paciencia, decían si él quiere correr, pues déjelo, para qué quiere que se siente allí y, pues yo no lo entendía, pero decía que conteste, que corra para aquí y para allá, pero que conteste” (M3HS).*

#### **4.5 Situación familiar**

Cada familia se caracteriza por una forma particular de comunicarse, de expresar sus sentimientos, de cumplir roles y funciones, de relacionarse y de enfrentar los conflictos, por tal motivo, el ámbito familiar juega un papel fundamental en el desarrollo y crianza del niño; este hecho es de suma importancia, ya que es dentro de la propia familia donde en ocasiones, se empieza a hacer referencia de que el niño tiene o pudiera desarrollar un “trastorno” o “enfermedad”, como lo es el TDAH.

Parte de la información recabada, muestra como los diferentes miembros de la familia, empiezan a ver al niño como alguien “raro”, que “tiene algo”, que está “mal”, cuando no entra en los parámetros que ellos consideran normales, por ejemplo, cuando no se está quieto, no se es ordenado y no se ajusta a horarios y rutinas previamente establecidas:

*“Es que como él era en ese tiempo de que veía cualquier cosa y la agarraba, se subía, se bajaba, corría, y no se cansaba y estaba corre y corre, y decían tu niño tiene algo, tu niño tiene algo... él tenía mucha pila, daba vueltas y vueltas y vueltas se subía y bajaba, entonces eso lo veían mal, ya va a tirar eso, se va a caer, ya va a terminar en el hospital...” (M2NP).*

También la familia puede representar un factor de protección y de ayuda en diferentes cuestiones, por ejemplo, las académicas, pero igualmente puede ser un factor de interferencia para el aprendizaje del niño, ya que en muchos casos para no tener que “lidiar” con él para que haga la tarea, las madres o los hermanos o el familiar que esté a cargo del niño, terminan por hacerle el trabajo, como lo manifiesta el padre (P1NP):

*“Sus hermanos a veces le ayudan hacer la tarea, porque solo no ¡eh!, yo luego le ayudo y me paro que al teléfono o algo y se queda sin hacer nada, entonces te tienes que volver a sentar con él y tratarle de explicar. Pero luego no me gusta mucho que sus hermanos le ayuden porque se desesperan y le terminan haciendo el ejercicio”.*

Debido a la situación, la convivencia entre los integrantes de la familia, se torna complicada, ya que es sumamente difícil que se pongan de acuerdo en lo que respecta a la manera de “educar” y “corregir” al niño, esta cuestión sucede más a menudo entre los padres y los abuelos, aunque también se da con otros miembros de la familia, lo que provoca que el niño tenga conflictos con la madre al desobedecerla, situación que se ilustra en el caso (M5NK):

*“...si él está haciendo algo y yo lo regaño, “déjala hijo, ahorita yo la voy a regañar”, entonces como que me lo, me lo protegen a que no le haga yo nada, y les digo es que si yo le pego, si yo lo regaño, es porque sé que está haciendo cosas malas, le digo, pero es que si ellos me dicen: “es que no le pegues”, entonces me lo protegen. Y cada que yo le voy a pegar cuando está haciendo cosas o algo me dice: “te voy a acusar con mi abuelita” o “te voy a acusar con mis tías”, entonces como que lo protegen mucho y no, o sea no lo dejan a que yo lo haga, pues a mi forma, más que nada. O sea, si yo le estoy diciendo “no”, ella le está diciendo “sí hazlo...”.*

En ese sentido, alguna de las madres expresa, como esta dinámica familiar donde todos quieren mandar y corregir al niño de diferente manera y de acuerdo a su criterio, termina por confundirlo, ocasionando que al final, el niño no haga caso ni obedezca a nadie:

*“...hay veces que lo desorientamos, porque aquí todos queremos ser los papás, y yo cuando no quería ser mamá se lo dejaba a mi mamá y cuando ella se aburría me lo dejaba a mí, y así andábamos, igual el papá, entonces se descontrolan los niños, porque tienen tantas personas que los quieren mandar y los quieren educar, y dicen a quién le hago caso...” (M4NP).*

De acuerdo a las madres, otra situación que con frecuencia suele presentarse al interior de las familias, es la ausencia ya sea de la madre o del padre, lo cual repercute en la crianza del niño, ya que la persona que queda a cargo de éste, suele sentir que lleva él solo una responsabilidad muy grande, necesitando en muchas ocasiones una opinión para saber si está haciendo bien las cosas:

*“Bueno, pues sí, me hubiera gustado tener allí a su papá para otro punto de vista y de soporte, y con tanta diferencia de edad, pues peor tantito...como que yo quería que respondiera más allá de la edad que tiene y yo chocaba con él” (M3HS).*

Una de las madres considera que debido a los trabajos tan absorbentes de hoy en día, la convivencia de ambos padres para con el niño, se hace bastante difícil, lo que interfiere negativamente en la relación del niño con el padre que si está presente, ya que es quien llama la atención, pone los castigos, etc., al contrario de la pareja:

*“Con el que casi no juega es con su papá...es que llega muy tarde de trabajar y casi no tiene tiempo pero casi con él no hace berrinche, es más tranquilo...” (M6NK).*

Otro ejemplo de ello es la madre (M2NP):

*“...Tenía otro trabajo en el que estaba de 9 de la mañana a 9 de la noche, a Diego fue al que le tocó más, me iba y dormido llegaba y dormido”.*

## 4.6 Acciones

Una vez que las madres realizan un entendimiento de la situación a la que se enfrentan tanto ellas como el niño, hacen todo lo que esté a su alcance para que su hijo pueda recuperar la salud y bienestar o por lo menos minimizar los “problemas” y efectos que surgen a consecuencia del “trastorno”. Por tal motivo las madres empiezan a recorrer un largo camino, en busca de las diferentes estrategias y acciones que las ayude a cumplir su propósito y así poder enfrentar las dificultades que acompañan el tener un hijo referido con TDAH.

Una de las primeras acciones que llevan a cabo, es consultar con diferentes “especialistas” con el propósito de que les expliquen, qué es lo que le pasa a su hijo y principalmente les dé un tratamiento; además de lo anterior, es común que las madres busquen informarse de todo lo referente al TDAH, qué es, qué lo causa, cómo se diagnostica, y lo más importante para ellas, cuáles son las consecuencias de esta “enfermedad” o “trastorno” y cómo se cura, ya sea por medio de folletos, revistas, libros, internet o preguntando con otras madres, es el caso de (M1NP):

*“...de hecho yo empecé a leer, yo este, compré folletos de lo que es el déficit de atención, o sea traté de informarme más que nada y a veces hasta comparaba y decía haber estos comportamientos pues no, o sea, yo traté de este de buscar, o sea de asimilar realmente si mi hijo presentaba un TDAH”.*

Este mismo caso ilustra como la madre a pesar de no estar segura de que su hijo presente un déficit de atención, busca validar el decir de los agentes comunicantes, (el psicólogo y el maestro), realizando los estudios correspondientes:

*“...entonces opté por llevarlo al neurólogo para, o sea, comentarle todo lo que me dijo el psicólogo y la maestra y que le hicieran sus pruebas”.*

También hay madres, que consideran que el comportamiento y/o las conductas del niño, no son únicamente el resultado de una “enfermedad” o “trastorno”, también se deben a los hábitos de crianza que han tenido hasta el momento, por lo que en vez de recurrir exclusivamente a la medicación, hacen también modificaciones en la dinámica familiar, con el propósito de obtener mejores resultados, un ejemplo es (M2NP):

*“Asistimos a lo que son las terapias, ya después no dijeron que nos iban a canalizar con el paidopsicólogo o el psiquiatra algo así, para verificar la dosis que se le iba a dar, dijimos sí es de atención, más a parte darle, pues cariño...entonces decidimos brindarle atención, no darle todo lo que pedía, porque es imposible, sí darle atención, y de enseñarle a comprender que el amor y la atención no es dame ese coche que me gustó”.*

En algunas de estas madres, se da el caso de que habiendo sometido al hijo a un régimen de tratamiento farmacológico, optan por suspenderlo después de un tiempo, debido al temor de dañar al niño con los efectos del medicamento, que finalmente al ser una droga provoca reacciones secundarias y una dependencia hacia ésta:

*“...era una medicina para la ansiedad, entonces tanto medicamento, no le puedo dar, entonces no lo quiero tener en una cama como tontito, o sea lo que yo quiero es que esté tranquilo, que no esté dependiendo de los demás, porque yo creo si me iba a ayudar a que estuviera quieto, pero se va a acostumbrar a un medicamento...” (M4NP).*

En otras ocasiones hay un medio o agente que informa o señala las implicaciones de emplear la medicación, por tanto las madres pueden valorar de manera no positiva el uso del fármaco, como lo ilustra el caso (M3HS):

*“...fuimos con mi amigo que es psiquiatra y dijo que él pensaba que no tenía TDA y le suspendió el medicamento y, como Rodrigo también estaba: “no mamá, ya no quiero tomar medicamento, ya no quiero tomar medicamento”, pues se lo suspendí. Yo creo que le sirvió para algo pero ahora que ya no toma, bueno sí reprobó español pero en mate, se sacó diez; lo veo que sin medicamento, sin psicólogo ni nada está haciendo su tarea, va bien”.*

Sin embargo, cabe aclarar que estos últimos casos referidos aunque presentan algunas singularidades, como es el hecho de no administrar el medicamento al niño, no son una excepción ni una perspectiva diferente al resto de las madres, ya que esta situación se da en un momento en específico, pudiendo presentarse debido a que los hechos que se manifiestan, la mayoría de veces son nulos y en otras son contrarios a lo esperado; y en ocasiones, por disponer de cierta información de los efectos de la medicación, de ahí el temor o miedo a provocar un daño mayor al niño.

De esta manera, los resultados expuestos hasta este momento, nos permiten conocer en función de las tendencias mostradas por las madres, la perspectiva de éstas con respecto a sus hijos referidos con TDAH. Resultados que si pensamos, son elementos del sistema simbólico al que las madres pertenecen, necesariamente, tenemos que admitir que las prácticas e interacciones implicadas en la perspectiva de éstas poseen un sentido de orden institucional. De ahí, que para conocer y entender la perspectiva sea imprescindible el análisis de su sentido en el marco de las interacciones simbólicas que fundan esta realidad.

## V

### DISCUSIÓN

#### SENTIDO E INTERPRETACIÓN

A continuación se presenta la interpretación del sentido implicado en la perspectiva de las madres participantes respecto a la referencia que se ha hecho de sus hijos al ser etiquetados con el rotulo de TDAH; referencia hecha por un “experto” (médico, psicólogo o docente) que busca, encuentra, interpreta y valora, sea por conveniencia o desconocimiento. Todo esto dentro de un marco institucional que valida lo dicho por los diferentes actores sociales, condición que permite entender la construcción simbólica que hacen las madres a partir de los otros, tanto del trastorno como del niño, y la posición y rol que asumen ante esto.

Para dar cuenta de lo anterior, y de las categorizaciones hechas, se establecieron cuatro ejes de análisis: 1) Institucionalización, 2) Adherencia a la medicación, 3) Control, obediencia e imagen, y, 4) Un destino anticipado. Estos ejes se definieron en función de que representan las formas en cómo se articulan la realidad o las construcciones simbólicas, que dan lugar al sentido de la acción personal y colectiva de los actores.

##### **5.1 Institucionalización**

Una institución es un conjunto de normas y reglas de conducta, que tienen la finalidad de establecer determinados roles sociales, por lo tanto toda institución social establece modelos a seguir. En ese sentido las instituciones actúan como mecanismos de orden social, ya que funcionan como aparatos ideológicos que van conformando la realidad, indicando lo que es “deseable” y “bueno” y lo que no lo es, al señalar los valores, creencias y tradiciones “correctos” para la sociedad.

Sabemos que las instituciones disciplinarias por excelencia son las familiares, escolares y de salud, puesto que han llegado a formar un aparato de observación, registro y encauzamiento de la conducta, en este caso del comportamiento del niño.

En lo que respecta a las instituciones escolares, se puede afirmar como estas pretenden homogeneizar las diferencias, en virtud de producir individuos acordes con la norma, dóciles y domesticados. A partir de esta situación, podemos ver que el papel del docente cobra demasiada importancia, al ser éste la columna vertebral de la institución académica, y por lo cual, los maestros se vuelven monitores de la forma de actuar del niño.

Dichas circunstancias dan como resultado, una de las principales construcciones simbólicas que existen dentro de la institución educativa: el manejo del alumno con base en su comportamiento y en su éxito o fracaso académico, de tal forma que un niño que no cumple con los lineamientos y requerimientos exigidos por la institución, que no acata las reglas, que no es bien portado, que no cumple con los deberes escolares y no muestra docilidad, representa un problema, porque transgrede toda una política educativa que tiene que ver con la disciplina y el aprovechamiento académico; como consecuencia el niño es tachado como “transgresor”, ya que pone en juego valores, sistemas de enseñanza y prototipos y arquetipos de autoridad existentes dentro de una institución escolar. Sumado a lo anterior, la capacidad del docente también es puesta en tela de juicio, quien para salvaguardar sus intereses, imagen y prestigio, utiliza como recurso pedagógico, el deslinde de responsabilidad que tiene sobre el niño al momento de rotularlo con un TDAH.

Lo anterior significa que no sólo es cuestionado y situado como un “transgresor” debido a su comportamiento y al no cumplimiento de las exigencias académicas, el hecho de ponerle un rótulo, implica también, que presenta “dificultades” de carácter orgánico y por lo tanto necesita de una derivación rápida a consulta neurológica o psiquiátrica para que se medique cuanto antes; como resultado de lo anterior, el niño antes visto como “transgresor” ahora es considerado como un “enfermo” que requiere de un tratamiento, evitando de esta forma que los síntomas se agraven, situación de la cual el docente no tiene responsabilidad alguna, por lo consiguiente son las instituciones de salud, las que deben hacerse cargo de la “enfermedad” del niño.

Las instituciones de salud, al ser un mecanismo más de control social, se encargan de vigilar que la población se encuentre “sana” y actúe de manera “normal”, dichas instituciones al estar sustentadas por el discurso médico-psiquiátrico y psicológico con una orientación biológica, establecen y validan que el niño tiene un “trastorno” orgánico, lo cual implica sujetarlo a una “enfermedad”, por ende tratable medicamente, como resultado es sometido a un régimen farmacológico que le devuelva la salud, ya que no se puede esperar que una persona “enferma” se “cure” por un acto de decisión o deseo.

Siguiendo esta línea, queda claro que un asunto que de primera instancia es de índole escolar como es el “éxito” o “fracaso” académico, posteriormente es encausado por la misma escuela al ámbito médico, asunto que convertido en “trastorno” pasa a ser en una enfermedad, la cual termina por instalarse dentro de la esfera familiar, donde se juega como un problema personal, tanto de la madre como del hijo. Del niño por ser él quien presenta un daño en su organismo, y donde esa rotulación se vuelve parte de su actitud y consecuentemente de su identidad y personalidad al vivenciarse en ese papel; de la madre porque le otorga características propias de un enfermo y su actuar es en ese sentido, buscando la cura por medio de la medicación.

## **5.2 Adherencia a la medicación**

La medicina ha establecido que una enfermedad clínicamente se define cuando se conoce su etiología, se documenta su diagnóstico, sus características, su evolución y pronósticos, además de tener como sustento que es “curable”, de este hecho cobra sentido la medicación. Sin embargo, aunque no cumple con todos los criterios para considerarse como una enfermedad, se presenta al déficit de atención y la hiperactividad como un trastorno de origen biológico, lo cual implica hablar de un organismo dañado y por consiguiente de una enfermedad que puede ser tratable y/o curable por medio de un fármaco, apelando por tanto a la medicación.

En ese contexto, los niños son “diagnosticados” con déficit de atención e hiperactividad de acuerdo a criterios ya establecidos como los señalados en el DSM-IV y también, por lo que las madres le permiten ver al médico o “especialista”, debido a que desde el primer momento se presenta al niño como un enfermo. Resulta conveniente para la madre presentar al niño en estos términos (sobre todo cuando se sabe que es inquieto, rebelde, desobediente, etc.), ya que la deslinda de responsabilidad en cuanto a ser ella la causante de la “enfermedad” de su hijo, ya que no es ella la responsable de su mal comportamiento sino la función dañada dentro del cerebro del niño, que es de esperar que el fármaco restablezca, por lo tanto la medicación se asume como medida viable para las madres y por lo cual hay una adherencia a ésta.

De este modo es entendible la complacencia de las madres con el “diagnóstico”, por la “tranquilidad” que esta explicación y solución suponen, debido a que con “ayuda” de algunas pastillas, las dificultades de conducta que presentan estos niños “desaparecen”.

Podemos entonces afirmar como la “eficacia” de la medicación está en la reducción de molestias, no de los niños sino la de los adultos, en este caso la de las madres participantes, ya que el comportamiento del niño se vuelve intolerable para los otros. Es así como la medicación se asume como un “acto de fe” por las ventajas que trae consigo, como por ejemplo, mitigar la angustia por la que atraviesan las madres por lo que pudieran pensar los otros de ella, a partir del niño.

En ese sentido se aprecia que el hijo representa un problema, en términos de su conducta, y por lo tanto al medicarlo se vuelve más dócil, más manejable, por consiguiente menos problemático, lo que lleva a las madres a interpretar el hecho en la dirección de conveniencia, ya que se encuentra lo que se estaba buscando, se hace presente y de forma evidente lo que se ha nombrado.

Otra justificación a la que apelan las madres para recurrir a la medicación y de la que dan cuenta los resultados, es que la mayoría de las veces, las llamadas terapias psicoeducativas no surten el efecto deseado. Aunado a que el niño, en voz de las madres, “no pone de su parte”, a pesar de que ellas hacen “todo” lo que está dentro de sus posibilidades para “ayudarlo”, lo que podemos considerar analizando la información, como

un sacrificio del cual se espera obtener una ganancia, y al no obtenerla y no resolver de manera inmediata el problema, el niño queda como responsable de su trastorno en calidad de enfermo.

Sin embargo, también podemos percibir que aceptar la medicación, llega a generar cierta culpa en algunas madres, ya que saben los efectos que tiene la administración del fármaco en contraposición con su “eficacia”, puesto que todos los medicamentos producen efectos indeseados o reacciones adversas. A pesar de ello se sigue utilizando por los supuestos “beneficios” que tiene para el niño; aunque como señalábamos anteriormente, el “beneficio” real es para la madre.

Otro hecho importante a resaltar, es que son madres necesitadas de reconocimiento y por lo tanto influenciadas, lo que provoca asirse al decir de los otros sin cuestionarlo, y al mismo tiempo nos habla de unas madres muy poco entregadas al niño, ya que se le deja de lado como persona y no es tomado en cuenta, tan es así que esperan que otros les digan lo que tienen que hacer respecto a éste, buscan que los demás ubiquen a su hijo.

A partir de esto, se puede hablar que la medicación ha sido incorporada y aceptada sin cuestionamientos, como algo que resuelve los “problemas” de conducta y de aprendizaje, y por ende soluciona en forma rápida las “dificultades” que un niño puede tener en su adaptación tanto al ritmo escolar como familiar. Lo que demuestra que más allá de ser una “enfermedad” o un “trastorno”, en realidad es un problema del control disciplinario que no se tiene del niño, tanto en la casa como en la escuela.

### **5.3 Control, obediencia e imagen**

Cuando se habla de control, se hace referencia al grupo de normas y regulaciones de distintos tipos que son establecidas explícita o implícitamente por las instituciones y la sociedad para mantener la normatividad; tiene como objetivo encausar a las personas dentro de un ordenamiento formalmente aceptado. El control social puede hacerse presente de

diferentes maneras, ya sea a través de prácticas formales o informales, o por medio de regulaciones socialmente aceptadas y también desde el propio individuo.

Un ejemplo muy ilustrativo de lo anterior, es la imagen o apariencia social, ya que ésta representa los valores que las personas reclaman para sí mismas en términos de los significados sociales, especialmente en su actuación pública, donde la persona intenta mostrar ciertos atributos de ella misma, debido a que se pone en juego su “fama” y “reputación”.

De esta manera, podemos comprender por qué la existencia de juegos de interés y beneficio, encaminados a mostrar una imagen que socialmente se espera de las madres, de lo contrario corren el riesgo de ser juzgadas como negligentes, indulgentes, con falta de cooperación o de compromiso, de no “educar” adecuadamente a su hijo y por lo tanto ser una “mala” madre.

Lo anterior cobra sentido ya que socialmente se espera que el niño fuese comprensivo, amable, bien portado, educado, “buen” hijo, y en la medida que eso no sucede se convierte en un problema, poniendo en entredicho la falta de correspondencia entre el comportamiento del niño y lo que se espera de él, tanto por las demás personas como por la misma madre, lo que lleva a ubicar al niño como “enfermo” por “portarse mal”, por no ser dócil ni manejable. Por lo cual, se puede precisar que existe una conveniencia al admitir que “hay algo” en el niño, debido a que meterlo en este juego resulta mucho más fácil que poner en tela de juicio la imagen de “buena” madre, en términos de su eficiencia y entrega a su hijo.

De tal forma se advierte como lo que muchas veces se sanciona y médica, no es la “hiperactividad” y la “desatención”, sino la resistencia que un niño opone a las normas; en ese sentido, y como ya se ha mencionado, los niños así referidos, en su mayoría son niños con ciertas conductas que su entorno familiar o escolar no tolera, y ante las cuales los “profesionales” certifican la etiqueta del TDAH y prescriben un fármaco, ante la complacencia de las madres. De tal manera que el niño queda estigmatizado y medicado, por su “querer decir”, su “querer hacer”, su “hablar de más”, su “moverse de más” y por consiguiente se la dará un trato consecuente al rótulo.

Puede señalarse entonces que, tanto el sistema educativo como el familiar harán lo posible por mantener su prestigio y reputación ante la presencia de hechos que descontrolen y alteren la forma de regirse, y además rompan con su comodidad y su rutina.

#### **5.4 Un destino anticipado**

La mayoría de los padres sueñan con que sus hijos sean exitosos, famosos o simplemente que salgan triunfantes en cada proyecto que se propongan, y no pocas veces, depositan sus sueños en ellos haciendo todo lo posible para que el niño pueda “realizarse”; tratan de tenerlos en las mejores escuelas, darles la mejor educación, las mejores cosas, ropa, alimentación, etc., de esta forma se convertirán en una persona con “éxito” escolar y social.

Sin embargo, cuando un niño es “diagnosticado” y por tanto rotulado con TDAH, será muy difícil que pueda cumplir con las expectativas depositadas en él. Debido a su condición de “enfermo”, tendrá como resultado una vida de sufrimientos y fracasos, ante tal situación deberá atenderse y tratarse de forma apropiada.

En ese sentido se afirma que los niños con TDAH, de no llevar un estricto tratamiento con medicamentos y psicoterapia que los ayude a controlar sus impulsos de agresión, hiperactividad y falta de atención, terminarán por fracasar en sus estudios y abandonando la escuela, siendo inclinados a cometer actividades ilegales.

Lo anterior trae como resultado en muchas ocasiones, la sobreprotección del niño por parte de la madre, puesto que está sujeto a una condición de enfermo que se asume que tiene y ante este hecho, la mamá actúa en consecuencia con respecto a sus temores y a sus preocupaciones.

A su vez las expectativas que tienen los docentes hacia los niños referidos con TDAH, distan mucho de ser diferentes a las de algunas madres, ya que consideran que no tienen futuro y los proyectan negativamente. Los profesores piensan que el único camino al

que se dirigen estos niños es el de la delincuencia, consecuente a la falta de aceptación de las reglas impuestas en la institución educativa.

De la misma manera explicaciones médicas y psicológicas, terminan por corroborar el destino que se hace del niño rotulado con TDAH por parte de las madres y de los docentes, al considerar que son presa fácil de sustancias adictivas como la cocaína, la heroína, el tabaco y el alcohol, por los efectos que tienen a nivel cerebral, dado que la afectación que causa el TDAH se encuentra en el cerebro.

Además de lo anterior muchos “profesionales de la salud”, afirman que de no medicarse a este “tipo de niños”, corren un riesgo elevado de convertirse en delincuentes, carecer de amistades, fracasar en su vida profesional, fracasar en sus relaciones de pareja, padecer depresiones crónicas y en casos extremos sufrir intentos de suicidios.

En este orden de ideas podemos resumir que tanto los docentes, como las madres y las instituciones de salud tienen pocas expectativas hacia estos niños, y en general son negativas, ya que los catalogan en un futuro como desempleados y en el peor de los casos como delincuentes y drogadictos, debido dicen ellos, a la falta de aceptación y transgresión a las reglas y normas institucionales. Lo anterior podemos suponer, redundante en la construcción de la condición para que el niño se habite en ésta y por ende termine respondiendo en la forma que se espera.

## CONCLUSIONES

El estudio llevado a cabo cumplió con los objetivos planteados, ya que permitió conocer y entender la perspectiva que tienen las madres acerca del TDAH a partir de la referencia que se hace de su hijo con este trastorno, pudiendo dar cuenta de los sentidos y significados implicados en dicha perspectiva, todo a partir de un análisis interpretativo de su vivencia.

Puntualizando los hallazgos tenemos que:

-La etiquetación o rotulación con la que es nombrado el niño, se considera como una evaluación diagnóstica realizada formalmente, en otras palabras etiquetación se vuelve sinónimo de evaluación.

-La “evaluación diagnóstica” orienta el sentido de las acciones y la apreciación de la madre hacia el hijo.

-Las madres confían en la conceptualización médica-psiquiátrica respecto a la condición del niño, y terminan por ceder a su hijo a esta visión, convirtiéndolo en enfermo.

-El asumir al hijo como un enfermo da lugar al tratamiento farmacológico.

-Ceder y confiar las lleva a tranquilarse y a “descansar”, es decir a mitigar su angustia, ya que no es lo mismo tener un hijo enfermo que un hijo “tonto e indisciplinado”. Es mejor causar lástima que causar vergüenza.

-El medicar conlleva a una adecuación del “rol”, de las funciones, sentidos y significados de que tiene la madre. Al mismo tiempo a un reconocimiento de su responsabilidad ante la condición de su hijo y de esta forma evitarle un futuro catastrófico asegurándole su bienestar inmediato y en consecuencia también el de ella.

-El TDAH termina siendo una cuestión de aprovechamiento y disciplina escolar, esto representa el reconocimiento o desaprobación del hijo/alumno en función de ello, por tanto, los niños que no se adecuan a los estándares educativos se refieren al médico para su estudio, diagnóstico y tratamiento.

En este sentido, la perspectiva de las madres, de los “expertos” de la salud y de los docentes con respecto a los niños rotulados con TDAH, constituyen los elementos significativos que edifican la simbolización institucional de los niños referidos con este trastorno. Construcción simbólica que norma y define a estos niños inclusive en sus propias asunciones.

Por tanto, estos hallazgos permiten entender que el déficit de atención vivenciado como un trastorno, siendo una cuestión de aprovechamiento académico y de disciplina, termina marcando la dirección de vida de los niños referidos con este rótulo, pasando desafortunadamente por un tratamiento médico incierto en todos sus niveles, que en muchos de los casos, tal como han informado Baughman (2007), Whitaker (2001), Tort, (2008), han culminado en infortunios.

En ese sentido, más que hablar de la existencia de un trastorno y por ende de una enfermedad, deberíamos hablar de orden y reglas, lo que implica una cuestión de normatividad a la que hay que sujetarse. Entendiendo que socialmente, el niño esperado es un niño dócil y obediente.

Por lo cual la medicación de estos niños no es la solución; pareciera que quedarse quieto es adecuarse a una normatividad y ser competente académicamente, cuando sólo la quietud, en el mejor de los casos, significa menos irrupción por parte del niño. Además, de que también, genera un impacto en la madre, al cambiar la condición en que se va a vivir, por un lado se deslinda de ser ella la causante de la enfermedad y por otro, adquiere una responsabilidad de procurar los cuidados necesarios al “enfermo”, logrando mantener una imagen y un status social de madre abnegada que hace todo por el bienestar de su hijo.

Así, entendemos que la perspectiva de las madres respecto a sus hijos rotulados con TDAH está en función de la interacción que guarda con los otros, porque los sentidos y significados que le implicamos a las cosas se dan en el juego de la comunicación y de los grupos de referencia donde uno está presente, por tal motivo las madres son consecuentes a admitir lo que les dicen y a actuar de esta forma. Por conveniencia, entendida ésta como una forma de estrategia, se vuelven obedientes ante el docente y el médico, lo que explica inclusive su sometimiento en algunas de ellas al orden de la enfermedad de su hijo.

A partir de lo expuesto hasta este momento puede decirse que la medicación no es el fármaco por sí mismo, sino que va acompañado del discurso manejado por psicólogos y médicos, de que si el niño no lo toma su condición empeora, de tal manera que se le genera un destino por anticipado. Hay un sometimiento de parte de la madre ante la presión institucional por el “terror” inducido de que su hijo pueda convertirse en un “vago” sin oficio ni beneficio y en el peor de los casos un delincuente, un transgresor de la ley.

No quisiera terminar sin antes plantear, a mi manera de ver que la medicación conlleva un riesgo muy grande para la salud física y psicológica del niño, no sólo por los efectos secundarios del fármaco como son dolores de cabeza, diarreas, vomito, etc., sino también por la dependencia que puede generar en el infante, ya que este tipo de medicamentos utilizados para “tratar” el TDAH como lo es el metilfenidato comúnmente conocido como Ritalin, son hechos a base de meta-anfetaminas, aunado a que el déficit de atención no es una enfermedad, ni una patología definida, como lo demuestran diferentes estudios, Baughman (2007), Bignone (2007), Serrate (2011), dado que carece de las condiciones propias de estos cuadros clínicos al no tener una etiología conocida y un diagnóstico preciso, por eso más que considerar que es una enfermedad se alude a que es un rótulo o etiqueta que se le impone a los niños por conveniencia.

Medicar, se vuelve toda una estrategia donde se mueven múltiples componentes sociales, económicos, médicos, políticos y legales que hacen posible y tolerable que se medique a los niños y adolescentes sin el respeto por su persona. De tal manera que la patología y su consecuente medicación terminan funcionando como una herramienta para el poder y forma de control social, en el sentido de que son capaces de distinguir entre lo normal y lo patológico. Lo cual, es avalado por las instituciones de salud que basándose en tratados como es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en sus distintas versiones, ha establecido criterios para clasificar estos “problemas” y al mismo tiempo como debe ser el tratamiento a seguir.

Lo que parece, tal como se ha planteado por Baughman (2007), Tort (2008), Vasen (2011), Terzaghi (2011), es una situación manejada por intereses de las grandes compañías farmacéuticas implicadas activamente en la creación y definición de enfermedades y los laboratorios productores de medicamentos que utilizan su riqueza y poder para defender sus

intereses a costa del bienestar, la salud y la vida de otras personas. La difusión de estos procedimientos a través de los medios masivos de comunicación y publicidades específicamente orientadas a madres y docentes resulta en un “diagnóstico fácil” que puede realizarse en el aula o en la casa, de ahí que en los últimos años haya una prevalencia en los casos de niños “diagnosticados” con TDAH y por consiguiente una sobremedicación.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (Revised 4<sup>th</sup> ed.)*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishers.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94. Recuperado de <http://psychology.cos.ucf.edu/childrenslearningclinic/wp-content/uploads/2013/08/Barkley-1997-Psych-Bulletin.pdf>
- Barragán, P. E. (2002). *El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención: su mundo y sus soluciones*. México: Altius.
- Baughman, F. (2007). *El fraude del TDAH*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Becker, S. y McCall, M. (1990). *Symbolic Interaction and Cultural Studies*. Chicago: the University of Chicago Press.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1990). *La construcción social de la realidad*. Barcelona: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1967).
- Blanco, A. (1988). *Cinco tradiciones en la psicología social*. Madrid: Morata.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: Hera. (Trabajo original publicado en 1969).
- Coulon, A. (1995). *Etnometodología y Educación*. Barcelona: Paidós.
- Charon, J. M. (1992). *Symbolic Interactionism: An introduction, an interpretation, an integration*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Dueñas, G. (Comp.). (2011). *La patologización de la infancia. ¿Niños o síndromes?* Argentina: Noveduc.

- Gratch, M. (2000). *El trastorno de déficit de atención. Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Madrid: España.
- Harpin, V. A. (2005). *The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life*. Arch Dis Child 90.
- Mares, M. A. (2006). *La integración educativa desde la perspectiva de los actores sociales encargados de realizarla*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Mead, G. H. (1990). *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. México: Paidós. (Trabajo original publicado en 1934).
- Miranda, A., Jarque, S., y Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención; polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28(2), 182-188.
- Munné, F. (1971). *Grupos, masas y sociedades*. Barcelona: Hispano-Europea.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (J. López Ibor, trad.) Madrid: Meditor
- Rodríguez, G. M. (2010). *Hiperactividad y atención. Todo lo que debes saber sobre el TDAH*. Madrid: Avanza.
- Ruiz, G. M. (2007). *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención*. México: Editores de Textos Mexicanos.
- Sánchez, G. O. (2007). Antecedentes Históricos y Efecto Epidemiológico. En: G. M. Ruiz. *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención* (pp. 6-7). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Schütz, M. A. (2006). *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1932).

- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Terzaghi, M. (2011a). Los niños, los médicos, la medicalización. En G. Dueñas (Comp.), *La patologización de la infancia. ¿Niños o síndromes?* (pp. 95-103). Argentina: Noveduc.
- Terzaghi, M. (2011b). Diagnósticos en la infancia: entre médicos y maestros. El fenómeno de la patologización y medicalización de la infancia. En L. Benasayag y G. Dueñas, (Comp.), *Invencción de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación* (pp. 105-120). Buenos Aires: Noveduc.
- Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios*. Argentina: Noveduc.
- Vasen, J. (2007). *La atención que no se presta. El mal llamado ADD*. Argentina: Noveduc.
- Whitaker, R. (2001). *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Massachussets: Perseus.
- Wilens, T. (2009). Straight talk about Psychiatric Medications for Kids. En J. Vasen, *Una nueva epidemia de nombres impropios* (pp. 51-53). Argentina: Noveduc.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Guía temática de entrevista

- 1) Formulación de la condición por la institución: Definiciones, causas y síntomas que atribuyen con respecto al trastorno.
- 2) Entendimiento y opinión sobre lo formulado: Qué se piensa con respecto al concepto del TDAH.
- 3) Impacto inicial: Pensamientos, sensaciones y emociones de la madre.
- 4) Pronósticos formulados: Expectativas y posibilidades de desarrollo del niño.
- 5) Posición familiar ante la situación.
- 6) Acciones familiares realizadas.
- 7) Respuesta institucional.
- 8) Logros obtenidos.
- 9) Carencias y dificultades institucionales.
- 10) Aspectos sugeridos.
- 11) Otros.