



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

FACTORES FAMILIARES Y ESCOLARES QUE INTERVIENEN
EN EL RECHAZO SOCIAL DE MENORES CON TRASTORNO
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
TRABAJO SOCIAL PRESENTA:

ITZEL AMAIRANI RIVAS LEYTE

Directora: Mtra. Ma. Luisa Brain Calderón



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. SALUD MENTAL INFANTIL. MARCO NORMATIVO Y LEGAL	10
1.1 NIVEL GLOBAL.....	10
1.1.1 PROBLEMAS SOCIALES RELACIONADOS A LA SALUD MENTAL INFANTIL	10
1.1.2 POLÍTICAS Y PROGRAMAS DEDICADOS A LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS.....	11
1.2 NIVEL LOCAL (MÉXICO)	14
1.2.1 EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD	14
1.2.2 INTERVENCIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA CIUDAD DE MÉXICO	15
CAPÍTULO 2. IMPACTO DEL TDAH EN DIVERSOS CONTEXTOS.....	16
2.1 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	17
2.1.1 DEFINICIÓN DEL TDAH	17
2.1.2 SUBTIPOS DEL TDAH.....	19
2.1.3 COMPORTAMIENTO DEL NIÑO CON TDAH.....	20
2.1.4 PROBLEMAS SOCIALES ASOCIADOS AL TDAH.....	21
2.1.5 PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA	22
2.2 CONTEXTO FAMILIAR	24
2.2.1 CONCEPTO DE FAMILIA.....	25
2.2.2 TIPOS DE FAMILIA.....	27
2.2.3 DINÁMICA FAMILIAR DEL NIÑO CON TDAH	29
2.2.4 FACTORES FAMILIARES QUE GENERAN RECHAZO EN LA FAMILIA.....	30
2.3 CONTEXTO ESCOLAR.....	33
2.3.1 ESTIGMATIZACIÓN AL NIÑO CON TDAH.....	34
2.3.2 RECHAZO SOCIAL CON TDAH.....	38
2.3.3 FACTORES ESCOLARES QUE GENERAN RECHAZO SOCIAL EN LA ESCUELA.....	41
2.3.4 MANIFESTACIONES DEL RECHAZO SOCIAL A NIÑOS CON TDAH.....	44
CAPÍTULO 3. CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL IZTAPALAPA	46
3.1 CONTEXTO INSTITUCIONAL	46
3.2 ATENCIÓN A USUARIOS.....	48
3.2.1 PROCEDIMIENTOS DE PRECONSULTA	48
3.2.2 PROCEDIMIENTOS DE PRIMERA VEZ	49
3.2.3 PROCEDIMIENTOS SUBSECUENTES.....	50
3.3 EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN.....	51

CAPÍTULO 4. FACTORES FAMILIARES Y ESCOLARES QUE INTERVIENEN EN EL RECHAZO SOCIAL DE MENORES CON TDAH 56

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 56
4.2 OBJETIVOS..... 59
4.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... 59
4.4 HIPÓTESIS 59
4.5 METODOLOGÍA 60
4.6 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO 63
4.6.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO 63
4.6.2 ANÁLISIS CUALITATIVO..... 85
CONCLUSIONES DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 93
CONCLUSIONES GENERALES 96
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS..... 97

CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN 98

TÍTULO 98
JUSTIFICACIÓN..... 98
DEFINICIÓN DEL OBJETO DE INTERVENCIÓN 102
SITUACIÓN PROBLEMA..... 102
CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA..... 103
CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE CAMBIO (CCC) 104
ESPIRAL DEL CAMBIO 104
OBJETIVO GENERAL 105
MOMENTOS DEL CAMBIO 105
CONSTRUCCIÓN DE LA ESTRUCTURA METODOLÓGICA 106
EVALUACIÓN 109

REFERENCIAS..... 110

BIBLIOGRAFÍA..... 118

ANEXOS 119

ÍNDICE DE FIGURAS

FIG. 1. SUBTIPOS DEL TDAH RETOMADO DEL DSM-V	19
FIG. 2. IMPACTO DEL TDAH EN DIFERENTES ÁMBITOS	22
FIG. 3. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL	48
FIG. 4. SEXO	63
FIG. 5. EDAD	64
FIG. 6. GRADO ESCOLAR	64
FIG. 7. CONOCIMIENTO DE LA VISITA A LA INSTITUCIÓN.....	65
FIG. 8. RAZONES SOBRE LA VISITA LA INSTITUCIÓN	65
FIG. 9. CONOCIMIENTO SOBRE EL TDAH	66
FIG. 10. CONCEPCIÓN DEL TDAH	66
FIG. 11. TIPO DE FAMILIA DEL MENOR.....	67
FIG. 12. FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO DEL MENOR	68
FIG. 13. INTERACCIÓN FAMILIAR	69
FIG. 14. PRÁCTICAS DE CRIANZA	70
FIG. 15. ACEPTACIÓN EN LA FAMILIA	70
FIG. 16. RECHAZO EN LA FAMILIA.....	71
FIG. 17. CONOCIMIENTO DEL PROFESOR SOBRE LA VISITA DEL MENOR A CONSULTA	72
FIG. 18. INTERACCIÓN DEL MENOR CON EL PROFESOR.....	72
FIG. 19. DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR	73
FIG. 20. PERCEPCIÓN DE RECHAZO POR PARTE DE LOS OTROS	74
FIG. 21. PERCEPCIÓN DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE LOS OTROS.....	74
FIG. 22. FRECUENCIA EN QUE RESALTAN SU MALA CONDUCTA.....	75
FIG. 23. APODOS Y BURLAS POR PARTE DE COMPAÑEROS.....	75
FIG. 24. CARACTERÍSTICAS POSITIVAS QUE PERCIBEN LOS OTROS.....	76
FIG. 25. CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS QUE PERCIBEN LOS OTROS	77
FIG. 26. PERCEPCIÓN DE ENTENDIMIENTO DE LOS OTROS	78
FIG. 27. SOCIALIZACIÓN DE LOS MENORES CON SUS COMPAÑEROS DE CLASE	78
FIG. 28. RAZONES DE RECHAZO DEL MENOR HACIA SUS COMPAÑEROS DE CLASE	79
FIG. 29. SOCIALIZACIÓN DE LOS COMPAÑEROS DE CLASE CON LOS MENORES	79
FIG. 30. RAZONES DE RECHAZO DE LOS COMPAÑEROS DE CLASE HACIA LOS MENORES	80
FIG. 31. RECHAZO EN EL CONTEXTO FAMILIAR.....	81
FIG. 32. RECHAZO EN EL CONTEXTO ESCOLAR.....	82
FIG. 33. IDENTIFICACIÓN EN SITUACIONES DE ACEPTACIÓN-RECHAZO EN LA FAMILIA.....	83
FIG. 34. IDENTIFICACIÓN EN SITUACIONES DE ACEPTACIÓN-RECHAZO EN LA ESCUELA.....	84
FIG. 35. SITUACIÓN-PROBLEMA.....	102
FIG. 36. CONSTRUCCIÓN CONCEPTUAL DEL CAMBIO (CCC)	104
FIG. 37. ESPIRAL DEL CAMBIO.....	105
FIG. 38. CONSTRUCCIÓN DE LA ESTRUCTURA METODOLÓGICA	108

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH (DSM-V)	20
TABLA 2. TIPOS DE FAMILIA	28
TABLA 3. ESTILOS DE CRIANZA	31
TABLA 4. RAZONES QUE JUSTIFICAN EL RECHAZO SOCIAL ENTRE IGUALES.....	42
TABLA 5. ESTILOS DE DOCENCIA.....	43
TABLA 6. TIPO DE FAMILIA DEL MENOR	67
TABLA 7. FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO DEL MENOR	68
TABLA 8. PERCEPCIÓN DE RECHAZO POR PARTE DE LOS OTROS.....	73
TABLA 9. PERCEPCIÓN DE ENTENDIMIENTO DE LOS OTROS.....	78
TABLA 10. IDENTIFICACIÓN EN SITUACIONES DE ACEPTACIÓN-RECHAZO EN LA FAMILIA	82
TABLA 11. IDENTIFICACIÓN EN SITUACIONES DE ACEPTACIÓN-RECHAZO EN LA ESCUELA	83
TABLA 12. MÉTODOS UTILIZADOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA ESTRUCTURA METODOLÓGICA.....	107

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o TDAH es un trastorno frecuentemente diagnosticado en la infancia, caracterizado por inatención (distracción moderada a grave, períodos de atención breve), hiperactividad (inquieta motora) y comportamiento impulsivo (inestabilidad emocional y conductas impulsivas) que producen problemas en múltiples áreas del funcionamiento, dificultando el desarrollo social de quien lo padece (APA, 2014).

Los niños con TDAH se relacionan mayoritariamente en dos contextos, el familiar y el escolar que influyen de manera significativa en su conducta y comportamiento, por lo que si de ellos emana un ambiente favorable, es probable que el niño se sienta con la confianza suficiente para desarrollarse óptimamente, pues estos menores están caracterizados por tener una gran energía, creatividad, motivación y facilidad para la socialización (Rajmil, et al., 2010). En caso contrario, si tanto en la familia como en la escuela el ambiente es hostil, tienden a presentar problemas en sus redes sociales y a participar en procesos como el bullying o acoso escolar, discriminación, etiquetamiento o rechazo por parte de padres, profesores y compañeros de clase provocando una difícil adaptación a cualquier espacio y en cualquier etapa del ciclo de vida del niño, por la dificultad que tienen para interactuar con los otros (Parker y Asher, 1987).

El interés por la elaboración de la investigación surge de la necesidad que existe por visualizar el fenómeno del rechazo desde una perspectiva social y por entender la complejidad por la que diversos factores intervienen en este proceso a niños con TDAH por ser un impedimento para relacionarse con los otros. Cabe señalar que el ser humano es un ente social que se encuentra inmerso en una constante vinculación con los de su misma especie, puesto que desde su nacimiento busca el contacto y la comunicación interpersonal en primera instancia con la familia y posteriormente en la escuela.

Por otra parte, los casos que llegan a ser derivados a las instituciones especializadas representan la última opción de los padres de familia,

presentándose con el problema en la etapa avanzada, y en otros casos, el niño ya ha sido catalogado como “enfermo desadaptado, niño problema”, por decir algunos ejemplos más comunes expresados principalmente por familiares y profesores, situación que entorpece su adecuado tratamiento de integración social.

Dicho problema se incrementa si tomamos en cuenta que los recursos institucionales resultan ineficientes para atención de este trastorno y que además los servicios del sector privado representan un costo económico elevado y a los cuales puede acudir un reducido sector de la población. Algunos investigadores (Cornejo, 2005) han destacado el hecho de que los padres son los más afectados con la presencia de niños con TDAH en sus familias y de la manera en que esto afecta en la dinámica familiar y escolar, aunque sería importante conocer dicha problemática desde la perspectiva tanto del niño que lo presenta como de los padres de familia.

Es por lo anterior que se vuelve necesario y pertinente estudiar el tema desde una epistemología de la complejidad la cual propone un cambio en la forma de ver la realidad de los sujetos, “lucha por conectar lo separado” (Osorio, 2012, p. 273) considerando la interacción de los factores que intervienen en la cotidianidad dado que, a palabras de Edgar Morin (1994), la complejidad no trata de buscar el conocimiento general, sino que brinda un método para detectar las ligazones y las articulaciones existentes, en donde el Trabajador Social puede incidir y contribuir al mejoramiento de las interacciones sociales.

En la misma línea epistemológica, se plantea visualizar el rechazo social como un proceso social que se construye de elementos entrelazados que la provocan que, a su vez, se da en orden inverso, lo que Morin (1994) llama *recursividad organizacional*, en vista de que “los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los produce” (p. 106).

De igual forma, no debe verse como un problema aislado ni estudiarse de tal manera, sino que, para comprenderlo, el rechazo no puede ser separado de la

aceptación, a pesar de ser dos ideas que se excluyen mutuamente, también “son inseparables, antagónicas y complementarias dentro de una misma realidad o fenómeno” (Osorio, 2012, p. 276). Para describir la complejidad de un problema, es vital concebir el *principio dialógico* como un diálogo de lógicas que se contradicen entre sí, pero que aparecen como dimensiones articuladas ya que, en ciertos casos, colaboran y producen la organización y la complejidad” (Morin, 1994, p. 106).

Desde esta perspectiva, el Trabajo Social definido por Nelía Tello (2008) como “una disciplina de las ciencias sociales que tiene por objeto de estudio la intervención social con sujetos concretos -individuales o colectivos- que tienen un problema o una carencia social en un momento determinado” (p. 3), puede hacer una importante contribución al conocimiento por medio de la presente investigación y de la propuesta de estrategia de intervención planteada en la misma, dirigida a la aceptación social de los sujetos estudiados para desencadenar procesos de cambio social; como lo expresa Tello (2008): “ser un profesional de Trabajo Social significa intervenir desde el conocimiento de lo social produciendo, promoviendo, desencadenando diferentes tipos de cambios racionales en la realidad en que vivimos” (p. 25-26).

Aunado a ello, y siguiendo la línea del paradigma de la teoría social crítica, la investigación supone una relevante objetividad ya que, más que tratar de interpretar, intenta poder transformar la realidad social de los entrevistados; para ello, la presente busca analizar los principales factores familiares y escolares que intervienen en el rechazo social a estudiantes 6 a 12 años de edad con diagnóstico de TDAH, además de algunos fenómenos que se encuentran entrelazados como la estigmatización, violencia, discriminación, entre otros, explicado a través de cinco capítulos:

El primero muestra un panorama general sobre las afectaciones de las personas que sufren algún problema de salud mental a nivel mundial con respecto a las políticas y programas en apoyo a la niñez que han diseñado las más grandes organizaciones (OMS, ONU, UNICEF) para contribuir a la disminución de los

problemas sociales que se encuentran interrelacionados con el tema, así como la falta de importancia en nuestro país y la poca sensibilización a menores con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

El segundo capítulo expone el impacto que tiene este padecimiento en los estudiantes que lo sufren y el comportamiento que deriva del mismo convirtiéndolo en una persona no deseable en los dos contextos en donde se desarrolla mayoritariamente, en la familia y en la escuela, como una forma de relacionarse con los diversos actores involucrados, de manera tal, que se describe la relación entre el trastorno y los principales factores asociadas al rechazo social, como el desconocimiento, discriminación, estigmatización, estereotipos, prejuicios, entre otros.

En el capítulo tercero se centra en la atención que brinda el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa, específicamente en las actividades realizadas por los trabajadores sociales en apoyo a las familias de los niños con TDAH y en las formas de su quehacer profesional en la institución.

El cuarto capítulo describe el planteamiento del problema de la investigación que incluye los objetivos, las preguntas de investigación y las hipótesis que sustentan el trabajo, así como la metodología y los resultados obtenidos de la investigación de campo, sobre los factores familiares y escolares que intervienen en el rechazo social de la población objetivo, los cuales se representaron gráficamente, con su respectivo análisis cuantitativo y cualitativo, las conclusiones a las que se llegaron y algunas recomendaciones y sugerencias.

Finalmente, en el último capítulo se presenta una propuesta de estrategia de intervención a nivel teórico con el propósito de generar la aceptación social a menores con diagnóstico de TDAH, partiendo de los resultados expuestos y aportando conocimientos relevantes para el quehacer profesional de los trabajadores sociales.

CAPÍTULO 1. SALUD MENTAL INFANTIL. MARCO NORMATIVO Y LEGAL

El primer capítulo expone al lector información sobre el contexto mundial en el marco de la salud mental y sus afectaciones en la infancia, el poco reconocimiento y valoración que se le ha dado, que ha hecho que no reciba la importancia que tiene tratar las enfermedades mentales desde etapas tempranas, ya que, si se desarrolla sin un tratamiento integral, se complica provocando mayores dificultades para relacionarse en los diferentes ámbitos. Conforme ha evolucionado el estudio y comprensión de estos trastornos, se han logrado avances sobre todo en la población infantil, sin embargo, socialmente aún hay mucho por hacer pues el rechazo y el estigma persisten, siendo considerados como problemas menores comparados con las enfermedades físicas, aunado a estas problemáticas, son más difíciles de detectar, provocando a su vez problemas sociales que afectan el desarrollo de los niños.

1.1 Nivel global

1.1.1 Problemas sociales relacionados a la Salud Mental Infantil

Para entrar en materia es conveniente recuperar la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud que dice que es un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014, p. 1). De tal manera que la salud mental se ha vuelto uno de los elementos fundamentales para definir la calidad de vida que tiene una persona, interviniendo en aspectos como el bienestar personal, independencia, competencia y realización a nivel emocional e intelectual debido a que “el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013, p. 13).

Por lo anterior, se puede suponer que la relación entre la salud física y la salud mental se encuentran íntimamente relacionadas, que son inseparables y que una depende de la otra, sin embargo, se deja de lado el factor social y, su importancia radica en que el ser humano tiene contacto con otros individuos con los cuales forma lazos que van más allá de la vida familiar, es decir, tener una buena salud

mental permite a las personas mejorar sus relaciones sociales así como desarrollarse de manera óptima en los diferentes espacios de socialización.

Si por el contrario las relaciones sociales son conflictivas, la salud mental se ve afectada de algún modo, resultando en graves problemas tanto a nivel individual como a nivel social. En la actualidad se estima que alrededor de 500 millones de personas en el mundo sufren de alguna enfermedad mental de tal manera que, de acuerdo con la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018), esta problemática se ha convertido en una de las diez principales causas de discapacidad e incluso de acciones suicidas con al menos un millón de muertes al año.

Las etapas de la niñez y adolescencia son caracterizadas por ser periodos de baja morbilidad y mortalidad, pese a ello, estos grupos poblacionales son más susceptibles de padecer algún trastorno mental ya que cerca de la mitad de ellos se manifiesta antes de los 14 años, y aproximadamente el 20% de niñas, niños y adolescentes del mundo ya presenta un diagnóstico psiquiátrico (OMS, 2013).

Con respecto al TDAH, en México hay un reporte de cerca de 2 millones de niños y adolescentes que lo padecen, según cifras de la Fundación Cultural Federico Hoth, A.C. (2019). Por otro lado, en la Gaceta Digital de la UNAM (2018) se expresa que este trastorno afecta a 1 millón y medio de niños y niñas menores de 14 años. Como se puede observar, las cifras no son precisas, sin embargo, es relevante destacar la importancia de un tratamiento integral que permita disminuir los riesgos de sufrir maltrato infantil, aislamiento o rechazo social.

1.1.2 Políticas y programas dedicados a los Derechos de los Niños

Como se puede apreciar, a partir del surgimiento de problemas mentales, inevitablemente brotan dificultades de adaptación social pues son consideradas personas con fuertes problemas de personalidad, poco inteligentes o con una fuerte dependencia de la familia o cuidadores primarios; por otra parte, de acuerdo con algunos autores, el nivel socioeconómico y el ambiente familiar son factores ligados a la salud mental infantil (Rajmil, et al., 2010) que muy frecuentemente son

expuestos a ambientes dañinos para su desarrollo óptimo, a su vez les ocasiona mayores dificultades para relacionarse agravando aún más su condición, siendo estigmatizados, rechazados, excluidos y discriminados, aunado a que sus derechos se ven violentados. A pesar de que este sector de la población necesita más atención -y de manera integral-, no se les ha dado la debida importancia ni existe un financiamiento adecuado para la atención y consecuente disminución de estas problemáticas.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN) derivado de la Organización de las Naciones Unidas y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) es uno de los tratados internacionales más importantes que busca la protección de los derechos de los niños, el cual declara que éstos se poseen sin ningún tipo de distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, nacionalidad, origen étnico o social, opinión política o de cualquier otra índole (UNICEF, 2010), que además, cuenta con un programa que contribuye a la inclusión social de los niños. Sin embargo, y a pesar de ello, se conoce la existencia de una fuerte discriminación la cual viven día a día millones de niños y niñas de cualquier parte del mundo y desgraciadamente, gran parte de esta población sufre de algún trastorno mental, (UNICEF, 2010) lo que los vuelve aún más vulnerables.

Hace algunos años, la OMS (2001) reveló que más del 40% de los países no tienen una política ni programas dedicados a la salud mental ni social, inclusive, alrededor del 25% de los países no cuentan con estrategias necesarias para el fortalecimiento de las relaciones sociales de su población; es por ello que cada vez se vuelve más necesario el diseño y ejecución de políticas que describan las estrategias dictadas por el gobierno de cada país que contribuya a la reducción de problemas sociales a partir de un trabajo colaborativo institucional, sin ello, las políticas y los programas resultarían ineficientes para su reducción, tendiendo al incremento.

Muchas organizaciones internacionales además de la OMS, entre ellas la ONU (2018) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2015), tienen su propia agenda de salud en las cuales incorporaron la perspectiva psicosocial y de derechos de los niños en las actividades de educación y de las enfermedades no transmisibles incluidos los trastornos mentales; asimismo, se reúnen con los países que comparten vínculos geográficos, sociales y culturales con el objetivo de unir esfuerzos y aprender de la experiencia de los demás (OMS, 2014).

Aunque consideran que la mejora y ampliación de los servicios requiere asociaciones o alianzas entre diferentes organismos a fin de que los escasos recursos financieros sean asignados de manera justa, cabe resaltar que cada gobierno debe asumir la responsabilidad en el diseño, aplicación y evaluación de las políticas en materia de salud mental centrado en la atención de los intereses y derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas con trastornos mentales para que surjan efectos positivos en la población, sobre todo en los infantes.

De igual forma, en Latinoamérica, la Red Iberoamericana de Organismos y Organizaciones contra la Discriminación (RIOOD, 2015) integrada por organismos internacionales, tanto gubernamentales como regionales, no gubernamentales e instituciones académicas, aborda principalmente el tema de la discriminación desde diferentes perspectivas a fin de contribuir con formas para disminuir este fenómeno social a través del intercambio de experiencias y elaboración de acciones preventivas conjuntas a modo que se construyan sociedades justas e igualitarias teniendo la inclusión social como eje central.

La Organización Mundial de la Salud (2008) hace hincapié en la importancia de crear políticas dirigidas no solo encaminadas a la salud mental, sino que también se visualicen en materia de empleo, comercio, economía, educación, vivienda, planificación urbana, servicios, asistencia social y justicia penal aplicada en las instituciones correspondientes y en las comunidades, brindando un mejor acceso y atención integral con personal capacitado en los diferentes niveles de atención con

perspectiva de derechos humanos y que dichas políticas puedan ser evaluadas y modificadas para un mejor servicio y que colaboren a una mejor promoción y educación para la salud mental, las cuales lograrían resultados positivos para la población por medio de pequeñas acciones tales como introducir el tema en los programas nacionales de los gobiernos, mejorando las políticas y cambiando leyes, reglamentos y normativas a fin de proteger los derechos e intereses de las personas que padecen algún trastorno mental. México no ha sido la excepción.

1.2 Nivel local (México)

1.2.1 El derecho a la protección de la salud

La UNICEF (2010) manifiesta que los primeros cinco años son determinantes en la vida de todos los niños y niñas, ya que durante ese periodo se sientan las bases de su desarrollo físico, motor y socioemocional. Por ello, en esta etapa es fundamental garantizarles las mejores condiciones no solo de salud, nutrición, protección y cuidados, sino también de un ambiente social tranquilo y libre de condiciones dañinas para que tengan todo lo necesario para un buen comienzo, previniendo así afectaciones futuras.

En México, desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), como la máxima ley en nuestro país, establece los derechos que toda persona puede exigir en el caso de necesitarlo, tal es el caso del derecho a la protección de la salud instaurado desde 1938 en el artículo cuarto constitucional. Este derecho incluye a la salud mental definida por la Ley General de Salud como el “estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento de los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y [...] el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 1984, p. 26) que, a su vez, la atención, tratamiento y rehabilitación deben ser con estricto respeto de los derechos humanos, a la dignidad de la persona y con trato sin discriminación con especial vigilancia a niñas, niños y adolescentes, considerados los grupos poblacionales con mayor riesgo de sufrir algún trastorno mental.

México no es la excepción y por ello es necesaria la creación de políticas públicas y sociales en donde la participación del Trabajador Social esté presente en cada una de las fases de diseño, ejecución, evaluación y sistematización de las mismas; así como en su aplicación en las comunidades por medio de campañas de educación y sensibilización a la población en general sobre la naturaleza, alcance y consecuencias de las enfermedades mentales con el objetivo de contribuir a la disminución de mitos y fomentar actitudes positivas hacia las personas que las padecen, generando así una mayor inclusión social; además, promoviendo la salud mental y la protección de los derechos de las personas con trastorno mental, abatiendo los obstáculos que socialmente los acompañan y facilitando la reintegración a sus familias y comunidades.

1.2.2 Intervención de instituciones de salud en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la Ciudad de México

Los niños diagnosticados con TDAH aún no son considerados una población vulnerable a pesar de que esto les provoca limitaciones que afectan en su entorno social que impiden que puedan relacionarse de manera óptima ni logren desarrollar plenamente sus capacidades en los diferentes ámbitos. Por ello, comúnmente son colocados en situaciones de riesgo social y que, por ello, se vuelve más necesario contar con normatividades que especifiquen medidas de protección para evitar, intervenir y remediar cualquier situación de hostigamiento que sufra el menor. En nuestro país se atiende a esta población por parte de Organizaciones de la Sociedad Civil y de instituciones de salud de los tres niveles de atención, pertenecientes al gobierno de la Ciudad de México, como son los Centros Comunitarios de Salud Mental quienes cuentan con Guías Clínicas y Manuales de Procedimientos en donde diversos profesionales, entre ellos, los trabajadores sociales contribuyen a la mejora de la calidad de sus relaciones sociales, como se explicará más adelante.

CAPÍTULO 2. IMPACTO DEL TDAH EN DIVERSOS CONTEXTOS

El presente capítulo definirá al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad respaldado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014) el cual describe los síntomas que manifiesta el individuo así como sus tipos; recordando que somos seres individuales pero también colectivos, es importante aclarar la manera que impacta tanto positiva como negativamente en sus relaciones sociales provocando una difícil adaptación que, por sus características, requiere de una mayor atención familiar, escolar y profesional que apoye a su desarrollo óptimo.

Las relaciones familiares son determinantes pues es considerado el primer contacto que todo ser humano tiene, por lo tanto, es fundamental conocer la dinámica entre sus miembros y los posibles factores que generan rechazo dentro de ella. En el caso de la escuela, en su mayoría, los niños diagnosticados con este padecimiento presentan problemas como el acoso escolar, la discriminación, la exclusión, el rechazo social y el etiquetamiento al que son sometidos, como consecuencia del desconocimiento, desinterés y agresiones, entre otros aspectos (Ramírez, 2009).

La escuela no solo es un entorno en donde se dan procesos de enseñanza-aprendizaje, la adquisición de conocimientos y desarrollo de competencias, sino que además se caracteriza por la interacción social que se da entre los actores involucrados poniendo a prueba los mecanismos de adaptación de los niños (Sánchez y González, 2013).

Investigar cómo se viven estos procesos en la familia, así como la relación que tiene el niño con TDAH con su profesor es esencial para esta investigación pues de ella dependerá la información sobre la dinámica que se genera en sus interacciones; pues la escuela es el ámbito en donde más dificultades presentan los niños para socializar obteniendo un bajo rendimiento escolar, así como problemas de aprendizaje y de conducta tanto en lo familiar como en lo educativo.

2.1 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Hablar del TDAH es englobar los aspectos pedagógicos, neurológicos, mentales, emocionales, psicológicos y sociales, no como aspectos fragmentados de la realidad, sino para tener una visión integral y una mayor comprensión en el tema. Para Trabajo Social es de suma importancia observar el fenómeno en su totalidad. Cabe resaltar que la totalidad no es la suma de las partes, sino que se trata de una relación abstracta en donde el todo está en las partes, y las partes están en el todo, permitiendo crear una estructura para entender la realidad, a lo que Morin nombró como *principio hologramático* pues considera que el pensamiento complejo “hace uso de la abstracción integrando y ligando las partes al todo, el todo a las partes y las partes entre sí, pero tiene la conciencia de que es imposible conocer el todo” (Osorio, 2012, p. 275).

Visto desde la teoría crítica de Horkheimer (1974), esta investigación parte de una construcción crítica y reflexiva más sólida sobre el impacto social que genera la presencia de TDAH y el rechazo social que sufren principalmente niños en edad escolar derivado de una serie de posibles variables para su análisis y que aporta una nueva dimensión valiosa para la praxis en Trabajo Social.

“La teoría crítica considera que tanto la ciencia como la realidad estudiada por ésta, son un producto de la praxis social, lo cual significa que el sujeto y el objeto del conocimiento se encuentran preformados socialmente” (Castro-Gómez y Mendieta, 1996, p. 114), para lo cual resulta importante plantear los dos contextos en los que se desarrollan el sujeto y el objeto de estudio: la familia y la escuela sin dejar de incluir las características del sujeto que sufre rechazo social para tener una visión integral de la realidad y proponer estrategias para su intervención.

2.1.1 Definición del TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha sido clasificado como uno de los trastornos más comunes en la población infantil y adolescente principalmente. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V, 2014) lo define como un “patrón persistente de

inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo” (p. 33).

Por su parte, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente describe al trastorno como una “condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social” (Vásquez et al., 2010, p. 12).

En cambio, el Hospital Infantil de México Federico Gómez (2012), una de las instituciones de tercer nivel de atención pediátrica más importantes del país, lo define como un “conjunto de manifestaciones clínicas que afectan el aprendizaje y la conducta del individuo que las padece; alta frecuencia de alteraciones en su comportamiento de atención, o bien, niveles de hiperactividad o impulsividad que se observan de manera grave, inapropiada para su desarrollo y de inicio temprano” (p. 1). Como se puede observar, las características referidas en las diferentes definiciones convergen en la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad que afectan la conducta, el aprendizaje y, desde un punto de vista personal, la socialización de quien la padece, generando dificultades y problemas en su desarrollo integral.

De tal manera que el TDAH se define como un problema de tipo psiquiátrico que afecta en los diferentes ámbitos en los que el ser humano se desarrolla, desde el nacimiento hasta su muerte; sus implicaciones varían de acuerdo con los síntomas que presenta. Tomando en cuenta que el trastorno inicia en la infancia, la dificultad para poner atención, la imposibilidad para mantenerse quieto y un bajo control en los impulsos con una intensidad y frecuencia superior a la normal para la edad y etapa del desarrollo del niño, impacta de manera significativa en los ámbitos familiar, escolar y social, por lo que el niño frecuentemente presenta problemas sociales, escolares y bajo rendimiento escolar.

2.1.2 Subtipos del TDAH

El DSM-V (APA, 2014) reúne a la hiperactividad e impulsividad como uno solo y no como dos síntomas independientes, dando como resultado 3 subtipos que derivan del TDAH: presentación predominante con falta de atención, presentación predominante hiperactiva-impulsiva y la presentación combinada que incluye los 3 síntomas. *Ver Figura 1.*

Para que se considere que un menor presente el trastorno, es necesario que padres, cuidadores y/o profesores observen singularidades en su comportamiento durante los últimos 6 meses, a partir de los 6 años, y que afecte en gran medida su funcionamiento social, familiar o académico; lo anterior ilustra la compleja influencia negativa que tiene el TDAH en los sistemas sociales en los que interactúa el niño.

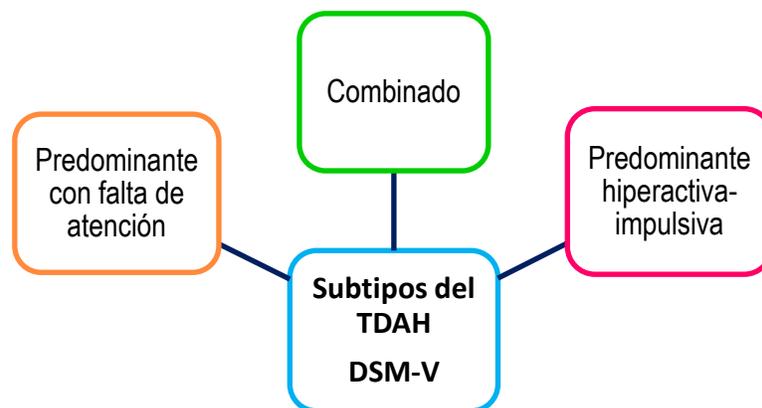


Fig. 1. Subtipos del TDAH retomado del DSM-V. Fuente: elaboración propia con base en Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, p. 36.

Socialmente, los niños que presentan mayor predominio en hiperactividad e impulsividad tienen mayores problemas para socializar y son claramente rechazados por sus compañeros de clase, en al menos el 50% de los niños diagnosticados (Jensen, et al., 1993) mientras que en el caso de los que presentan síntomas de déficit de atención suelen ser más tímidos, inseguros e introvertidos, orillándolos al aislamiento social.

Por los niveles de conflicto que provoca el trastorno diariamente en la familia y escuela, la dificultad para adaptarse se vuelve más evidente a medida que el ambiente social va cambiando y las interacciones con los iguales (compañeros de clase) se vuelven más importantes. Estas repercusiones parecieran que son más graves que los propios síntomas del TDAH.

2.1.3 Comportamiento del niño con TDAH

De acuerdo con el DSM-V, el menor manifiesta 6 o más síntomas tanto de déficit de atención como de hiperactividad-impulsividad casi todos los días durante al menos seis meses y que afecta directamente las actividades sociales y académicas (APA, 2014).

Déficit de Atención	Hiperactividad - Impulsividad
Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.	Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.	Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.	Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.	Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.	Con frecuencia esta "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor".
Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.	Con frecuencia habla excesivamente.
Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.	Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.	Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.	Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TDAH (DSM-V). Fuente: elaboración propia con base en Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5, p. 33-35.

Los síntomas se identifican frecuentemente durante la edad escolar, entre los 6 y 12 años y en dos o más contextos, por ejemplo, en casa, en la escuela, con una notable incapacidad para participar en intercambios sociales entre sus iguales, como compartir, cooperar y esperar el turno.

En definitiva, es necesario que la sociedad cuente con la información general de las implicaciones que generan padecer el trastorno para su detección oportuna, no solo para el diagnóstico, sino para que padres y maestros logren detectarlos evitando serias complicaciones en las relaciones sociales del afectado. Asimismo, debido a la persistencia a lo largo del curso vital y de su impacto en sus relaciones sociales, el TDAH se podría considerar una importante carga económica y emocional para el menor y su familia, principalmente.

2.1.4 Problemas sociales asociados al TDAH

A pesar de la inmensa información que existe acerca del TDAH, también hay mucho desconocimiento acerca de cómo se elabora el diagnóstico y cuáles son los indicadores que se evalúan, lo que vuelve complicada la detección temprana provocando serios problemas en los niños a nivel individual y social, es decir, el impacto del TDAH en diferentes ámbitos es complejo. *Ver Figura 2.*

En consecuencia, la calidad de las relaciones sociales de los niños diagnosticados y las diferentes personas con las que conviven es pobre; los menores son rechazados por los otros y tratados de una manera negativa y controlada por sus iguales, profesores y padres como resultado de su agresividad, inatención e hiperactividad. Por otro lado, es importante intentar comprender si el trastorno es considerado como una vulnerabilidad en caso de que los actores involucrados lo protegen de los síntomas o, por el contrario, lo empujen a ellos.

La detección frecuentemente inicia en la familia y en la escuela pues son los contextos en los que se desarrollan los niños, siendo enviados a centros de salud o clínicas para concretar el diagnóstico y para ello, primero se debe seguir una serie de evaluaciones con diferentes profesionales que incluyen el informe clínico, antecedentes personales y familiares y la exploración psiquiátrica.

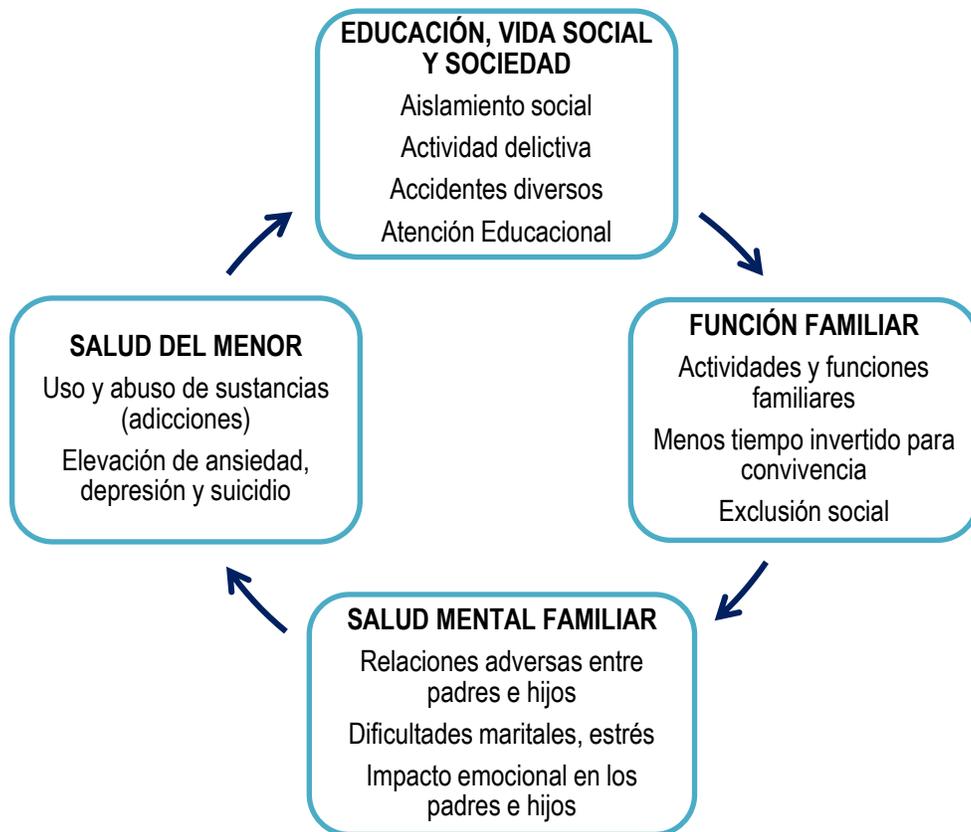


Fig. 2. Impacto del TDAH en diferentes ámbitos. Fuente: elaboración propia con base en Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, p. 15.

2.1.5 Prevalencia y etiología

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2017), se reporta que entre 8 y 12% de la población lo padece a nivel mundial; por otro lado, en México se estima que “hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH” (Ureña, 2016, p. 1), inclusive, por su alta incidencia, estas cifras lo revelan como un importante problema de salud pública y de interés social que a Trabajo Social le atañe investigar e intervenir en las implicaciones negativas que acarrea en el ámbito familiar, escolar y social, resaltando además, que aunque en la etapa del ciclo de vida en la cual se presenta frecuentemente el trastorno es en la infancia, es en la adolescencia donde más repercusiones existen por la falta de atención profesional, como la incidencia a la delincuencia y el abuso de sustancias psicoactivas (Canifarma, 2016), como se mostró en la figura anterior.

El TDAH es el problema psiquiátrico más importante de todos los que afectan a los niños en edad escolar debido a que entre el 30 y 60 por ciento que han sido diagnosticados continúan con los síntomas de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad hasta la vida adulta y solo el 10% recibe atención y/o tratamiento, esto conlleva serias complicaciones como depresión y ansiedad y, a su vez, en adicciones o alcoholismo (Canifarma, 2016), eso sin mencionar los posibles problemas sociales que podrían estar relacionados tales como el desempleo, la pobreza, la desintegración familiar, aislamiento social, entre otros.

La complejidad de esta enfermedad se aprecia en varios factores. Etiológicamente, el TDAH se considera multifactorial dado que interfieren diversos factores, pero ninguno de ellos explica su origen por sí solo; entre ellos se encuentran los genéticos, neuroquímicos, neuroanatómicos, fisiológicos y psicosociales.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (Vásquez et al., 2010) describe algunos de estos factores:

Factores genéticos:

- Familiares con diagnóstico con TDAH.
- Mayor presencia en hijos de alcohólicos y de padres con personalidad antisocial.
- Los hermanos de un niño con TDAH tienen un riesgo dos veces mayor de padecer el trastorno que la población general.
- No en todos los hermanos se manifiesta de la misma manera puesto que algunos presentan mayor predominio de síntomas de inatención, mientras que otros pueden manifestar solo síntomas de hiperactividad-impulsividad.

Factores neuroquímicos:

- Presencia de problemas químicos a nivel cerebral mostrando que la dopamina y la norepinefrina o noradrenalina, sustancias químicas también llamadas neurotransmisores, no trabajan de manera eficiente al no transmitir regularmente la información de una neurona a otra.

Factores neuroanatómicos y fisiológicos:

- Se encuentran involucrados las áreas de la corteza prefrontal, los núcleos basales del cerebro y el cerebelo.

Factores psicosociales:

- Vivencias que producen estrés psicológico, la pérdida del equilibrio familiar y otros factores inductores de ansiedad.
- Temperamento difícil del niño o adolescente y exigencias sociales.
- Técnicas educativas inapropiadas como la falta de reglas, límites inconsistentes o falta de acuerdo entre los padres.

El trastorno se ha observado comúnmente en ambientes sociales conflictivos, de pobreza, exclusión social, violencia familiar, consumo de alcohol y drogas por parte de los padres o durante el embarazo y clima escolar desorganizado, lo que ocasiona un mayor deterioro en el menor.

Investigaciones realizadas por dos importantes instituciones nacionales han demostrado que el TDAH es altamente heredable en al menos el 80% de los casos (Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, s.f.; SSA, 2009), sin embargo, también es importante considerar su relación con los factores ambientales y sociales que contribuyen a que el trastorno podría agravarse o disminuir dependiendo del nivel de comprensión y manejo por parte la escuela, sociedad y en particular de la familia, al ser el contexto primario de socialización. En conclusión, tanto los factores genéticos como ambientales tienen un efecto negativo perdurable; pero, mientras los primeros surgen desde el nacimiento y no cambian, los segundos son acumulativos con el paso del tiempo, alterando, por tanto, el desarrollo social; lo anterior incrementa la complejidad de la situación problema que viven los sujetos, tanto en el ámbito individual, como en el familiar y escolar, como veremos más adelante.

2.2 Contexto familiar

El apartado anterior pone de manifiesto que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad puede conducir a una serie de resultados negativos a corto y largo plazo, afectando principalmente en el comportamiento de la persona que lo padece y su relación con los otros, por lo que para trabajo social es importante

identificar los factores que intervienen en las interacciones con la finalidad de promover la resolución de los conflictos generando un cambio social en los diversos actores que participan en la construcción de esta problemática.

Es crucial tomar en cuenta dichos factores como aspectos determinantes que generan rechazo social, pues son los padres quienes toman las principales decisiones que marcan el desarrollo del hijo. Si bien la familia no es la causa original de TDAH en los niños, sí podrían con la forma de relacionarse con él y con los otros que conviven con él generar o incrementar los conflictos que se producen en las diferentes interacciones. Debido a la alta prevalencia del trastorno, es importante examinar la relación y formas de expresión de los lazos familiares y de cómo el trastorno contribuye a generar interacciones negativas entre padres e hijos.

2.2.1 Concepto de familia

La familia es una entidad formativa en el desarrollo de cualquier niño, la cual resulta ser benéfica o perjudicial dependiendo del tipo de interacción que tengan sus miembros. En ella participan diversos sujetos, principalmente padres, hermanos y abuelos, convirtiéndolo en el primer agente de socialización en el que se desenvuelve el menor. En el caso de los niños, éstos aun no cuentan con la capacidad de ver por sí mismos, sino que requieren de una institución social que les apoye durante su socialización y desarrollo; ésta le ayuda a satisfacer sus principales necesidades y le provee de un ambiente propicio para el desarrollo de sus capacidades físicas, mentales y sociales a fin de que, cuando llegue a la etapa adulta, pueda enfrentarse a todo tipo de situaciones por más difíciles que éstas resulten.

Muchas disciplinas han situado a la familia como fuente esencial de la construcción social de los sujetos; la visión antropológica la considera un fenómeno universal presente en casi todo tipo de sociedades, integrada por un hombre y una mujer unidos por los hijos, el matrimonio y establecimiento independiente de la joven pareja, las relaciones afectivas entre los parientes y descendientes (Velasco, 2010). Algunos autores consideran a la familia como la

base de la sociedad “cuyos integrantes viven juntos, ponen sus recursos económicos en común y consumen conjuntamente una serie de bienes en su vida cotidiana” (Alberdi, 1999, p. 60).

Por otro lado, Fernández y Ponce de León (2012) reafirman esta perspectiva considerándola “el lugar donde se construye la identidad individual y social de las personas y de ahí parte su importancia para la organización social. La socialización como configuración inicial se hace en la familia” (p. 31).

Hasta hace algunos años, aún se concebía esa idea desde una visión lineal y conservadora que no tomaba en cuenta otras formas de ver el contexto en el que vivimos, sin embargo, en la actualidad se puede observar que la familia tradicional ha cambiado y que en la realidad se observa que no necesariamente se dan lazos consanguíneos o parejas de diferente sexo para formar una, puesto que existen personas que ni siquiera tienen la oportunidad de nacer en una familia con padres o hermanos, sino que su único medio de socialización son otros niños, o inclusive la calle.

Es por lo que el término de familia se ha ido diversificando debido a la evolución de las interacciones de los sujetos, lo que ha dado pauta a una nueva clasificación. Inclusive, la procreación ya no es una de las funciones primordiales de la familia, su avance ha sido tal que busca, además, crear seres individuales y colectivos con lazos sociales fortalecidos, de tal manera que Rodrigo y Palacios (1998) identifican las principales funciones de la familia desde un punto de vista evolutivo-educativo, inclusive social, con relación a los padres o cuidadores de los menores, en las que destacan la formación de un ambiente afectuoso y saludable, el desarrollo de la capacidad de relacionarse y la contribución de la escuela como contexto educativo y de socialización secundaria del menor.

Aunque la crianza del niño es solo una de las funciones familiares, cabe señalar que también afecta la manera en cómo los padres se relacionan con sus hijos, puesto que, en el caso de los que padecen TDAH, la actitud que el niño y los

padres adoptan marca el tipo de relación que establecerán en sus otros ámbitos de desarrollo y en las diferentes etapas de su ciclo vital (Frick, et al., 2012).

Para Trabajo Social es fundamental identificar el tipo de familia en la que se desarrollan los menores, pero más importante aún es analizar la dinámica que se establece entre sus miembros, pues de ella dependerá la forma de aceptación o rechazo que se generen alrededor de los niños con este padecimiento.

A continuación se presenta una de las más recientes tipologías elaborada por el Instituto de Investigaciones Sociales la cual retoma algunas clasificaciones tradicionales que se describe más adelante. No obstante, se retoma principalmente la postura de este autor debido a que rompe con el prototipo de familia tradicional, reconociéndola tanto en sus transformaciones como en su diversidad pues ha evolucionado y han aparecido nuevos tipos de familias a partir del surgimiento o aumento de fenómenos como los divorcios, la fertilización asistida, los cambios en el rol de la mujer y del hombre, inclusive la mayor aceptación de parejas homosexuales que buscan su legitimación.

2.2.2 Tipos de familia

Como ya se dijo, en los últimos años han surgido muchos cambios importantes en la sociedad provocando la configuración de nuevas tipologías de familia en las que se observa una mayor complejidad en su estructura y forma de relacionarse. De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto de Investigaciones Sociales (López, 2016), se han reconocido 11 tipos de familias concentradas en tres grandes grupos: las tradicionales, en transición y las emergentes. *Ver Tabla 2.*

Familias tradicionales

Estas familias son aquellas conformadas por padres e hijos unidos por lazos consanguíneos que viven en el mismo hogar ya sea con niños menores de 12 años o por jóvenes que rebasan esa edad. En el caso de las extensas, incluyen varias generaciones tales como abuelos, nietos, tíos y sobrinos, además de que cohabitan e interaccionan entre sí. De acuerdo con este estudio, el grupo de las familias tradicionales representa la mitad de las familias en México.

Familias en transición

La familia de madres solteras es cuando, ya sea por divorcio, abandono, viudez, irresponsabilidad del padre o simplemente porque así lo decidieron, es la madre sola con uno o varios hijos. Las familias de parejas jóvenes sin hijos que, por razones biológicas o de convicción, posponen la paternidad o renuncian a ella; a este fenómeno le llaman “*Double Income*” (Doble Ingreso) o “*No Kids*” (Sin Niños) ya que la pareja trabaja y cuenta con una mejor calidad de vida. Las familias formadas por parejas adultas mayores de 55 años sin hijos también son conocidas como “nido vacío” puesto que los hijos ya dejaron el hogar o la pareja nunca tuvo hijos. Las unipersonales está conformada por una sola persona y la familia co-residente se conforma por un grupo de dos o más personas que viven en el mismo espacio, sin que exista entre ellos una relación de pareja, también denominados “*Roomie*” (Compañero de cuarto).

Familias tradicionales	Familias en transición	Familias emergentes
Con niños	Madres solteras	Padres solteros
Con jóvenes	Parejas jóvenes sin hijos	Parejas del mismo sexo
Extensas	Parejas adultas “nido vacío”	Reconstituidas
	Unipersonales	
	Co-residentes	

Tabla 2. Tipos de familia. Fuente: elaboración propia con base en Instituto de Investigaciones Sociales (2016). #Todos somos familia. Los once tipos de familias en México. p. 26-31

Familias emergentes

Son aquellas que han crecido principalmente a partir del nuevo milenio. En este se contemplan a los padres solteros, las parejas del mismo sexo y las reconstituidas. También en el caso de los padres que, por viudez, abandono o divorcio, buscaron la custodia y se hicieron cargo de sus hijos; las parejas del mismo sexo, también llamada homoparental u homosexual que tienen hijos por adopción o procreación asistida. La familia reconstituida es la cual uno o ambos miembros de la actual pareja tiene o tienen uno o varios hijos de uniones anteriores.

Es por ello que el tipo de familia de un niño con TDAH es por varias razones importante para identificar la problemática. En primer lugar, implica comprender la complejidad de las interacciones de estos menores con los otros, la forma de relación que tienen con sus padres, hermanos o cuidadores primarios, los procesos de comunicación que se establece entre ellos, así como el papel que juega la enfermedad en la dinámica familiar, tema que se expondrá a continuación.

2.2.3 Dinámica familiar del niño con TDAH

La dinámica familiar es el tejido de relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, poder y conflicto que se genera entre los miembros de la familia al interior de ésta, de acuerdo con la participación y toma de decisiones (Palacios y Sánchez, 1996; González, 2000). En este sentido, la dinámica familiar son los encuentros entre los miembros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la familia se desarrolle armónicamente (Torres, et al., 2008).

Agudelo (2005) afirma que la dinámica familiar comprende las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que “están presentes en las relaciones que se dan entre los integrantes que la conforman y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros” (p. 9).

Al respecto, se busca determinar algunas situaciones que afectan la dinámica familiar de niños que presentan el diagnóstico del TDAH. Por ejemplo, investigaciones que demuestran que el trastorno es más común en las familias disfuncionales y en ambientes conflictivos (Frick et al., 1992; Jensen, et al., 1993) aunque desde un punto de vista personal, cabe la posibilidad de que ocurra lo contrario, que el trastorno altere significativamente el funcionamiento de la familia pues resulta estresante criar y convivir con un niño excesivamente inquieto, impulsivo y con dificultades para poner atención.

Las actitudes hostiles no se dan solamente en la relación padres-hijos sino también entre los demás miembros, ocasionando problemas de pareja o entre hermanos considerando que los padres de niños con TDAH sean tres veces más propensos a separarse y suelen estar más aislados en comparación con aquellos que no conviven con el trastorno (Cunningham, Bennes y Siegel, 1988).

Lo anterior concuerda con Colomer, Mercader, Presentación y Miranda (2014) que señalan que la vida social de los padres y del niño con TDAH es más limitada, pues comúnmente se ven en la necesidad de pedir disculpas y explicaciones sobre el comportamiento de sus hijos, por lo que evitan interactuar con otras personas y tener estadías en lugares concurridos, demostrando la necesidad de que la población en general y no solo los padres de familia y profesores posean información básica sobre el trastorno, su evolución y manejo, lo que contribuiría a propiciar su inclusión social.

2.2.4 Factores familiares que generan rechazo en la familia

El rechazo es una de las vivencias más difíciles que puede vivir cualquier persona, sin embargo, los niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad presentan mayores dificultades para relacionarse y mantener el autocontrol de sus comportamientos, condiciones que influyen en la aceptación-rechazo, tolerancia-intolerancia, armonía-conflicto, entre otras dificultades que vive la familia para mantener relaciones de apoyo, reconocimiento, respeto y confianza, como factores de protección y no de riesgo.

Tal y como lo expresa Villanueva (2017), uno de los principales factores que afectan la dinámica familiar, es la aplicación de técnicas disciplinarias inadecuadas que agravan los síntomas del trastorno, enfatizando sobre la existencia de 3 estilos de crianza: permisivo, autoritativo y autoritario. *Ver Tabla 3.*

Se ha encontrado que los niños que proceden de estilos de crianza autoritarios, es decir, en hogares caracterizados por la cohesión, el nivel moderado de control y escucha activa, tienden a lograr una mejor adaptación escolar, entendida en términos de éxito académico e integración social (Moore, 1997).

ESTILO DE CRIANZA	CARACTERÍSTICAS
PERMISIVO	Los padres tienden a manifestar más ternura a sus hijos, pero ejercen menos control sobre ellos. Son poco exigentes llegando a ser inconstantes en cuanto a la aplicación de la disciplina. Aceptan los impulsos, deseos y acciones de los niños sin intervenir y pocas veces vigilan su comportamiento. Aunque sus hijos tienden a ser amigables u sociales en comparación con otros de su edad, carecen de conocimiento sobre las normas sociales apropiadas para cada situación y asumen poca responsabilidad por su comportamiento.
AUTORITATIVO O DEMOCRÁTICO	Los padres dirigen racionalmente las acciones del niño, permiten el diálogo, fomentan la autonomía y reconocen los intereses especiales del niño. Ofrecen apoyo emocional y mejor comunicación. Estos padres tienden a ser altamente cariñosos y moderados en términos del control que mantienen sobre el comportamiento de sus hijos. Es justamente esta combinación de estrategias paternas las que el autor considera más favorable para el desarrollo de la competencia social en los niños.
AUTORITARIO	Los padres tienden a manifestar menos ternura a sus hijos y ejercen más control comparado con los otros tipos de crianza. Establecen normas de comportamiento absolutas que no se pueden cuestionar ni negociar; optan por imponer una disciplina forzosa y exigen obediencia inmediata. Se inclinan poco a utilizar métodos persuasivos como el afecto, el elogio y los premios con sus hijos y ofrecen modelos agresivos de resolución de conflictos.

Tabla 3. Estilos de crianza. Fuente: elaboración propia con base en Villanueva, N. (2017). Estilos parentales, dinámica familiar y psicopatología en padres de niños con TDAH, p. 16.

En el caso de los niños con TDAH, los autores refieren los estilos permisivo y autoritario como predominantes ya que, por un lado, los padres experimentan mayores niveles de estrés, utilizan más órdenes, castigos físicos, menor tendencia a resolver problemáticas y son menos afectivos con sus hijos, provocando distanciamiento entre ellos. Los niños criados bajo este estilo tienden a ser retraídos y temerosos en sus interacciones sociales, exhiben poca o ninguna independencia y pueden llegar a ser percibidos por sus compañeros como irritables, poco asertivos u hostiles. Por otro lado, los niveles de afecto dependen del grado de aceptación hacia el menor por parte de compañeros y profesores (Raya, Herreruzo y Pino, 2008).

Lo anterior explica que el estilo de crianza parental es visto no como una causa del trastorno sino como una consecuencia, es decir, una respuesta ante el comportamiento del menor ya que, generalmente, las relaciones entre los menores

y sus padres suelen presentar mayores enfrentamientos y desacuerdos debido a que estos niños son menos complacientes, sumisos y más negativos (García, et al., 2012), pero esta consecuencia podría ser un factor determinante para que se genere rechazo hacia los propios hijos, evitando relaciones más cercanas.

Debido a la difícil convivencia, estresante y a veces caótica, los padres se sienten frustrados; la poca o nula capacidad de la familia para manejar o controlar los síntomas genera aislamiento social, sentimientos de culpa y depresión (Grau, 2007), lo cual repercute en el propio niño y en su desarrollo social, persisten los problemas con la familia lo que agravará el trastorno, siendo el desconocimiento sobre el tema un posible factor generador de relaciones fragmentadas en la familia y por ende en la falta de comprensión acerca del comportamiento del menor.

Otro factor rescatable para esta investigación es el desinterés, es decir, que los padres o los cuidadores muestren apatía hacia el comportamiento del menor puesto que “la actitud hacia el niño suele ser más favorable cuando se considera que la persona es menos responsable” (Montiel-Nava, Montiel-Barbero y Peña, 2005, p. 46), considerando que los síntomas del TDAH no se pueden controlar, como se explicó anteriormente.

Cualquier forma de crianza que predomine en la relación familiar en aquellos niños con el padecimiento va a influir significativamente en su desarrollo y formación, al igual que en los niños que no lo tienen. Sin embargo, para el caso de los primeros, es en la etapa escolar donde hay mayores dificultades en los niños que padecen TDAH, período en el que tienen más problemas para cumplir con las normas y exigencias que la institución plantea. La escuela es otro espacio donde se ve reflejada la falta de empatía y comprensión para el estudiante con TDAH y su comportamiento, producido por los síntomas del trastorno, condiciones que agravan la dificultad para relacionarse con los otros como se expone en el siguiente apartado.

2.3 Contexto escolar

La escuela constituye un entorno de socialización en donde el alumno se somete a cierto tipo de normas tanto de trabajo como de disciplina, que le exigirán una manera de desenvolverse para trabajar dentro de un grupo, espacio relacional donde se vuelven más evidentes los problemas que tienen los niños con TDAH, razón por la cual es importante abordar los principales problemas académicos y sociales que afectan a los menores con el trastorno, enmarcando esta etapa en aquellos niños que tienen entre los 6 y 12 años de edad y se encuentran cursando el nivel básico.

Cuando un niño ingresa al primer año de primaria, resulta un cambio drástico el tener que pasar de un ambiente lúdico a un entorno donde el foco está puesto en el aprendizaje, por lo que existen una serie de exigencias académicas establecidas por el colegio que tendrán que cumplirse en tiempo y forma (López y Romero, 2012); las normas y reglas establecidas por la institución educativa son vistas como imposiciones que le resultan difíciles de acatar a los estudiantes con TDAH, debido a que entran en conflicto por su limitada capacidad para la concentración, su falta de autocontrol y su hiperactividad.

Generalmente son propensos a tener un bajo rendimiento académico que nada tiene que ver con el nivel de inteligencia sino con su comportamiento, afectando la dinámica de todo el ciclo escolar (Miranda y Soriano, 2011).

El proceso de enseñanza-aprendizaje aplicado en el sistema educativo del país busca que los estudiantes adquieran conocimiento a través de tareas, ejercicios, trabajos y exámenes. No obstante, en el caso de los niños que padecen el trastorno hay mucha desorganización y poca concentración, obstáculos que le impiden hacer el esfuerzo suficiente para cumplirlas (Guzmán y Hernández, 2005). Además, su rendimiento académico se ve afectado por el comportamiento en el salón de clases debido a los síntomas del trastorno que hacen que no pueda mantenerse quieto, no termina las actividades y que no pone atención a las instrucciones proporcionadas.

Como consecuencia, el niño tiene la sensación de ser diferente de los demás provocando que no se desenvuelva óptimamente en eventos sociales y/o eventos familiares, asistir a fiestas, participar en juegos, etc. Así, el menor es catalogado como problemático, difícil o diferente, orillándolo a aislarse de los demás (Delgado, 2018). De ello se hablará en seguida.

2.3.1 Estigmatización al niño con TDAH

Para hablar sobre estigmatización, es primordial definir estigma pues el término parte de la tendencia a catalogar a los niños muy inquietos con el calificativo de “hiperactivos”, cuando realmente hay escaso conocimiento acerca de lo que eso significa, sin embargo, sí se sabe que afecta en la dinámica en el salón de clase y en las relaciones entre estos niños y sus profesores y compañeros de clase, pues el menor es sometido a una etiqueta de la que difícilmente puede desprenderse.

Este calificativo es a lo que Erving Goffman llama *estigma* utilizado para hacer referencia a una “condición, atributo, rasgo o comportamiento profundamente desacreditador que hace que el portador sea incluido en una categoría social cuyos miembros son vistos culturalmente como inaceptables o inferiores” (Goffman, 2006, p. 13); el autor expresa que se trata de la categorización de una persona a partir de una característica de sí misma, es decir, un signo que denigra a un individuo y que desestabiliza sus interacciones sociales y la formación de su propia identidad social, por los efectos que tiene en su mundo social.

Por otro lado, la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, llama estigma a una “etiqueta negativa que se pone sobre la persona y ocasiona que quien lo soporta pase de ser una persona normal a otra contaminada” (FEDEAFES, 2013, p. 6).

Asimismo, Magallares (2011) considera que “los estigmas son categorías sociales sobre los cuales las demás personas poseen estereotipos, actitudes y creencias negativas provocando que los miembros que se adscriben a ese grupo sean discriminados y excluidos” (p. 8).

En esencia, el estigma es la posesión de alguna característica negativa que hace que la persona que la posee sea considerada diferente y menos deseable de lo que se esperaría normalmente. Sin embargo, se trata más de una construcción social que implica menospreciar a una persona por el simple hecho de ser diferente a los demás; un grupo de personas manifiesta actitudes negativas hacia otras que presentan un rasgo que los diferencia de los demás y que, por ello, son fáciles de identificar. Hay autores que manifiestan que se trata de un hecho que se genera y se construye a partir de las relaciones interpersonales de un contexto dado, en donde el rasgo se convierte en el único atributo de su personalidad sin tomar en cuenta el resto, acaparando la totalidad de la identidad de la persona provocando que le sea muy difícil ser aceptada como a todas las demás personas (Aretio, 2010; Pérez, 2014).

En el caso de los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, al presentar una condición psiquiátrica, son más susceptibles de poseer un estigma pues sus conductas son poco aceptadas por las personas que los rodean pues con frecuencia alteran el orden del grupo, hablan demasiado, hacen comentarios fuera de lugar, buscan problemas con los demás compañeros a través de agresiones físicas y verbales, parecen no escuchar, no respetan las reglas del juego, lloran con facilidad, tienden a ser rebeldes, ruidosos, groseros, problemáticos y molestos, características que derivan de los síntomas del déficit de atención, la hiperactividad e impulsividad, (García, et al., 2006), inclusive, suelen tener problemas para establecer relaciones apropiadas con figuras de autoridad, es decir, padres y profesores (Arteaga, 2009); en este sentido, los niños se enfrentan a etiquetas porque su comportamiento no es el esperado ni va acorde con las normas culturales establecidas por la sociedad siendo frecuentemente señalados por la familia, la escuela y la sociedad.

Estos ámbitos de socialización se caracterizan por la tendencia a diferenciar a los grupos: los buenos y los malos, los aplicados y los 'burros', los obedientes y los desobedientes, los trabajadores y los 'flojos', induciendo a que los niños se posicionen entre sí en alguna de esas categorías.

En este sentido, los menores se enfrentan a un doble problema, por un lado, los síntomas de la propia enfermedad, y por el otro, el estigma como consecuencia de la desinformación sobre la enfermedad provocando reacciones negativas de la sociedad hacia el niño, aunque cabe resaltar que la etiqueta de 'enfermo' implica por sí misma un estigma provocando que se vean segregados principalmente dentro del aula.

Goffman (2006) describe 3 tipos de estigmas: las abominaciones del cuerpo o deformaciones físicas, los defectos del carácter del individuo y los estigmas tribales de la raza, nación y religión. En el caso de los enfermos mentales, poseen una indeseable diferencia y estos atributos duraderos pueden convertirse en un estereotipo que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, provocando que las interacciones se vean limitadas lo cual se resume en rechazo social. Esto concuerda con López, et al. (2008), quien manifiesta que este fenómeno social va dirigido a un grupo social en minoría por parte de la mayoría de la sociedad, el cual consta de 3 elementos:

- a) Estereotipos como el conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que se mantiene en relación con un determinado grupo social, en este caso, con los niños con diagnóstico de TDAH y que “condicionan o sesgan en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de esos menores.” (p. 47)
- b) Prejuicios o predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que “se experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.” (p. 47)
- c) Discriminación o “propensiones a desarrollar acciones negativas, en términos de distancia social, hacia dichos miembros.” (p. 7)

Estos elementos se dan en un proceso de relaciones entre dos sujetos a lo que Goffman llama *desacreditados* y *desacreditables*; en los primeros, se restringen derechos y oportunidades y se genera en ellos una barrera en el acceso de la vida social plena.

En los segundos, se generan conductas de evitación o rechazo que conlleva una desacreditación que supone una deshumanización de la persona que lo porta; finalmente, a palabras del autor, “la sociedad establece medios para categorizar a las personas y sus atributos” (Goffman, 2006, p.12) permitiendo colocarlos en categorías de acuerdo con las primeras apariencias, es decir, su *identidad social* la cual permite tratar a los *otros* de manera diferente sin necesidad de interactuar con ellos.

Este problema con gran complejidad no afecta solamente a las personas con enfermedad mental, sino que es una característica de nuestra sociedad actual con respecto a la forma de relacionarnos con determinados grupos o poblaciones; los niños con TDAH son un ejemplo claro de esto.

Ahora bien, la estigmatización como parte del juicio de categorización social, “es un proceso que implica un menosprecio que impide el conocimiento de su identidad social real. Supone cierta deshumanización de la persona que lo porta permitiendo conductas discriminatorias hacia ella.” (Aretio, 2010, p. 291).

Este proceso tiene como resultado la discriminación de las personas que son definidas con un estigma; los pasos se dan más o menos en orden sucesivo: se identifica el atributo que lo distingue de las demás personas, se le asocia de acuerdo a creencias culturales prevalentes, se le considera como un grupo diferente y que provoca repercusiones emocionales de los que estigmatizan (miedo, ansiedad, compasión, irritación) y en quien resulta estigmatizado (miedo, angustia, vergüenza), finalizando con la pérdida del estatus y generando discriminación que afecta a la persona o grupo estigmatizado y a las personas más cercanas a él (López, et al., 2008); por ejemplo, el hecho de que haya un lugar para ‘locos’ (instituciones de atención psiquiátrica) hace que el niño se vea segregado en muchas situaciones y los padres no se sienten con la capacidad de afrontar una enfermedad mental (Uribe y Vázquez, 2007) debido a las creencias, prejuicios y estereotipos que se tienen sobre las enfermedades mentales.

Por otra parte, las personas que son estigmatizadas suelen aislarse de las actividades sociales pues se conciben como “anormales” convirtiéndose en una forma de reconocerse y diferenciarse de los demás, es decir, el sujeto se apropia de ese estigma de manera tal que se auto-estigmatiza.

Arnaiz y Uriarte (2006) lo definen como aquellas “reacciones de las personas que pertenecen a un grupo estigmatizado que vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellas mismas” (p. 52) y que incluyen estereotipos, prejuicios y discriminación pero hacia sí mismos (FEDEAFES, 2013) asumiendo ese atributo desacreditador como verdadero, integrándolo a su identidad social.

Para Aretio (2010), “estos atributos estigmatizantes no determinan la naturaleza de los roles (normal – anormal)” (p. 292) sino la frecuencia con que se desempeñan cada uno de ellos dentro de las interacciones con el otro. Es por ello, que es muy común que una persona estigmatizada a su vez exhiba prejuicios y estereotipos hacia otra persona que tiene otra clase de estigma. Inclusive, la autora manifiesta que ha observado a personas con enfermedad mental que discriminan a otras que son objeto de discriminación como los migrantes o pertenecientes a grupos étnicos.

Como se puede observar, la complejidad parte de diversos problemas sociales en donde el trastorno no es un factor determinante de rechazo social, sino que, la sociedad actual se ha vuelto intolerante e incapaz de aceptar que existen personas diferentes y que merecen el mismo trato; además, sus implicaciones tienen efecto no solo en lo individual como se enfoca usualmente, sino también en lo familiar y principalmente en lo escolar, y es en el salón de clases donde las relaciones del menor con los diferentes grupos con los que convive se ven fragmentadas. La manera en cómo se expresa el rechazo social a este grupo social se explica a continuación.

2.3.2 Rechazo social con TDAH

El rechazo es un proceso social que se ha estudiado mayormente desde la psicología; es una forma sutil de exhibir las relaciones que actualmente se han

venido entretejiendo. El Diccionario de Trabajo Social (Barker, 1995) define al rechazo como una “negativa a otorgar, conceder o reconocer algo o alguien; los individuos pueden experimentar rechazo cuando sus ideas, presencia o solicitudes no son aceptadas por los otros” (p. 320).

El rechazo lleva a la persona a mantener relaciones escasas y superficiales con los demás, evitando cualquier tipo de interacción y colaboración, lo que se ve manifestado en una actitud de indiferencia. De acuerdo con Parker y Asher (1987), “el rechazo se considera como un factor de riesgo para el rechazado, con influencias directas e indirectas, tanto presentes como futuras, en diversos aspectos sociales.” (p. 58) Este fenómeno está fuertemente ligado a la aceptación social, entendido como “el grado en que un niño es querido, aceptado, reconocido y apreciado en su grupo de iguales” (Bukowski, Newcomb y Hartup, 1996, p. 5). La condición contraria es el rechazo social, que pueden experimentar los menores con sus padres, profesores, compañeros de clase e incluso por parte de los padres de familia de niños que no presentan el trastorno, además se le asocia con otros problemas sociales tales como aislamiento, violencia, maltrato, exclusión o marginación (Mateu-Martínez, et al., 2013).

El rechazo y la aceptación comparten un mismo terreno y están tejidos con la necesidad de pertenencia en un grupo, pues ahí es donde se establecen y mantienen las relaciones interpersonales; el rechazo social es una grave amenaza para quienes tienen la necesidad de pertenecer a un cierto grupo de iguales (Pardos, et al., 2009).

En suma, el rechazo es un proceso social que afecta gravemente a la persona que es rechazada debido a que posee ciertos atributos, rasgos o características que no son aceptadas por los demás evitando relaciones sólidas; esta situación se encuentra entretejida con otros fenómenos presentes en cualquier grupo, tales como el aislamiento, la exclusión, la violencia y la discriminación.

Muñoz (2007) señala que en la actualidad el rechazo se da prácticamente en el 100% de las aulas porque es un fenómeno muy ligado a la vida de los grupos.

Cabe señalar que, al igual que el estigma, el rechazo se trata de una construcción social puesto que no parte del individuo sino del grupo, el cual resta oportunidades de aprendizaje social mermando la autoconfianza y creando sentimientos negativos entre los miembros.

De acuerdo con Edel (2003), los alumnos en edad escolar comúnmente se preocupan por las opiniones y juicios que los demás puedan tener de ellos, de esta manera, se inicia una dependencia afectiva, ya no basta solo con gozar de compañía, sino también de la validación o reconocimiento que se obtiene de los otros.

En los grupos escolares, es común encontrar niños que gozan de gran aceptación social quienes tienden a responder con mayor sensibilidad a las interacciones: atienden a lo que se les dice, siguen sugerencias, toman la iniciativa, muestran un alto nivel de entusiasmo al participar en actividades sociales, adoptan con facilidad el esquema de normas y, por lo tanto, refuerzan el reconocimiento y aprobación por parte de los *otros* a los que Goffman (2006) llama *normales*, quienes siguen las expectativas sociales, es decir, lo que se espera de ellos, provocando que los rechazados busquen tener aceptación, sin embargo en comparación con los primeros, colaboran menos, tienen insuficiente interés por relacionarse y presentan mayor cantidad de conflictos, puesto que no logran reconocer el impacto que su comportamiento produce en los demás, lo que provoca, a su vez, rechazo hacia los otros en forma agresiva tanto física como verbal (Díaz-Aguado, 1996).

Para autores como Timimi y Copatrocinadores (2004), el TDAH, y en general el estigma a la enfermedad mental, surge en el momento en que se 'trasgreden' las normas culturales, es decir, cuando no se responde a las expectativas que, en este caso, se tienen sobre cómo debe de comportarse un niño.

Monjas (1996), expresa que este listado de consecuencias negativas también parte de la percepción de los otros niños que los consideran un obstáculo para establecer relaciones sólidas de amistad entre ellos.

Cuando predomina el déficit de atención, los niños con el padecimiento tienen dificultades para mantener la atención en tareas o actividades, son descuidados y se distraen fácilmente por estímulos externos a tal grado que llegan a colocarse en situación de desventaja; si por el contrario interrumpen constantemente, agreden, se inmiscuyen en asuntos privados como pasa cuando predomina la hiperactividad e impulsividad o el subtipo combinado, los demás niños pocas veces quieren socializar con ellos, lo cual contribuye a que aumente el sentimiento de soledad e incomprensión (Arteaga, 2009) pero es necesario dejar en claro que estos menores no se comportan mal por decisión, o se distraen fácilmente con estímulos externos por el simple hecho de que se presenten, sino que tienen grandes dificultades para enfocar su atención a una situación específica, por ejemplo, pueden intentar enfocarse en dos cosas simultáneamente, como la voz del profesor y lo que escribe éste en el pizarrón, pero si surge alguna idea, sonido o imagen, es más fácil que lo distraiga a comparación de sus compañeros, puesto que le cuesta un enorme esfuerzo poder regresar su atención si no hay la suficiente motivación para hacerlo.

Por lo que, se organiza un círculo vicioso: la carencia de lazos sociales fortalecidos trae consigo un déficit en las habilidades sociales que, a su vez, obstaculizan el establecimiento de contactos satisfactorios con los otros, creando rechazo social. En definitiva, fue necesario aclarar la forma en que se manifiesta este proceso social, sin embargo, por motivos de esta investigación, es importante describir algunos factores que podrían intervenir y que se explicarán más adelante.

2.3.3 Factores escolares que generan rechazo social en la escuela

En un grupo, como en toda relación social, hay acciones que pueden ser rechazadas por uno o varios miembros, lo cual dificulta la interacción induciéndola hacia la desintegración. Dichas dificultades se encuentran vinculadas a serios problemas de adaptación en la vida posterior, desgastando la confianza entre los miembros y complicando la situación de los que son rechazados.

Según un estudio elaborado por Monjas, Martín, García Bacete y Sureda (2005), el rechazo entre iguales en niños y niñas de 1° a 6° de Educación Primaria en España se categoriza en 9 aspectos que, de acuerdo con los menores, son razones que justifican la aceptación y el rechazo.

CATEGORÍAS	RESPUESTAS
1. Agresividad física, verbal y gestual.	“Me pega”. “Me insulta”. “Siempre se mete conmigo”. “Es pegona”
2. Agresividad psicológica/dominante, prepotente, intimidada, humilla, desprecia.	“Siempre tenemos que hacer lo que él diga”. “Se pasa con alguna compañera”. “Siempre quiere tener razón”.
3. Características físicas, apariencia física, aspecto físico y habilidades físicas o de juego.	“Es fea”. “Huele muy mal”. “No corre nada”. “Es muy alta”. “Es muy gorda”.
4. Conductas que molestan, interfieren o impiden alcanzar los propios objetivos.	“Se mete donde no le llaman”. “Me interrumpe”. “Se enoja o enfada”.
5. Características negativas.	“Es raro”. “Está loco”. “Es antipático”. “Me cae mal”. “No me gusta como amigo”. “No me llevo bien con ella”.
6. Falta de reciprocidad o de lealtad, ausencia de confianza.	“Dice lo que le cuentas”. “Lo suelta todo”. “Dice mentiras”. “Es una chismosa”.
7. Percepción de no aceptación, rechazo previo y/o exclusión social por parte de la otra persona.	“No quiere ser mi amiga”. “No me deja jugar con él”. “No me quiere escuchar”. “Nunca me deja ir con ella”. “Yo la invité a mi fiesta y ella a la suya, no”.
8. Retraimiento, inhibición, pasividad, sumisión o incompetencia social.	“Es tímido”. “No habla mucho con la gente”. “Se deja mandar”. “Es aburrido”.
9. Aspectos intelectuales, académicos y de comportamiento en clase.	“Es un mal estudiante”. “Es poco inteligente”. “Es tontito”. “Es boba”.

Tabla 4. Razones que justifican el rechazo social entre iguales. Fuente: elaboración propia con base en Monjas, Martín, García-Bacete y Sureda. (2005). Razones que justifican la aceptación y el rechazo entre iguales, p. 397-399.

De acuerdo con los resultados de la investigación de los autores antes mencionados, señalan que las razones principales por las que los menores son rechazados se debe a que éstos presentan un alto nivel de agresividad física y psicológica (categoría 1 y 2, respectivamente); de igual forma, porque cuentan con una característica que el resto del grupo la considera negativa (categoría 5), derivado de prejuicios o etiquetas.

Las razones que justifican el rechazo social (*Ver Tabla 4*) son tomadas como factores que intervienen en éste proceso social debido a que se encuentran interrelacionados con los estereotipos y el estigma que se tiene sobre el menor con diagnóstico de TDAH.

En el apartado de familia se identificó que los estilos de crianza afectan en gran medida la dinámica familiar; lo mismo pasa en el contexto escolar pues el estilo de docencia determina la dinámica en el aula y la relación entre alumno-profesor o entre los mismos alumnos. Moritz, Gutiérrez y Reina (1990) identificaron tres estilos de docencia: permisivo, democrático y autoritario. *Ver Tabla 5*.

ESTILO DE DOCENCIA	CARACTERÍSTICAS
PERMISIVO	Este docente otorga mínima importancia a la disciplina mientras privilegia la expresión libre y espontánea de los niños. Este estilo conduce a un ambiente caótico pues se manifiesta el orden, la agresividad, las faltas de respeto, entre otras situaciones.
DEMOCRÁTICO	El docente se esfuerza constantemente por mantener un clima equilibrado dentro del aula, en el que haya orden y respeto mutuo, pero también las posibilidades de participación e iniciativa de cada alumno. Ello genera un ambiente agradable y tranquilo.
AUTORITARIO	El docente se interesa por mantener el orden y la disciplina en el aula, conduciendo estrictamente cada actividad que se realiza y dando poca oportunidad a los alumnos de participar en las iniciativas y decisiones que se toman dentro del salón de clases. Este estilo tiene como consecuencia un ambiente tenso y los alumnos se muestran tímidos y temerosos.

Tabla 5. Estilos de docencia. Fuente: elaboración propia con base en Jaramillo, Díaz, Niño, Tavera, y Velandia. (2006). Factores individuales, familiares y escolares asociados a la aceptación y el rechazo social en grupos de niños escolarizados entre los 9 y 11 años de edad, p. 210.

Otro factor que podría estar involucrado es la dificultad del menor para adaptarse y relacionarse en sus etapas de preescolar y escolar como consecuencia del estilo de crianza de la familia, la cual termina afectando la competencia académica y social en el contexto escolar (Baumrind, 1980). Lo anterior explica que el estilo de crianza juega un papel fundamental en el proceso de socialización de los niños en el contexto escolar (Cortés y Cantón, 2000) pues determina el nivel de rechazo o de aceptación social que el menor presente por parte del profesor o compañeros de clase.

Otro factor que podría afectar, es la falta de habilidad de los profesores para manejar el trastorno de una forma adecuada en el salón de clases, pues en su mayoría la forma de dirigirse hacia ellos de manera rutinaria por medio de etiquetas como se explicó anteriormente, impactan negativamente en el menor; especialistas coinciden que gran parte de las dificultades surgen por una perspectiva poco inclusiva por parte del sistema educativo del país que necesitan adecuarse a las diversidad de necesidades de los alumnos (Del Águila, 2018).

2.3.4 Manifestaciones del rechazo social a niños con TDAH

Según algunos autores (Esparza y González, 2018) la baja aceptación o rechazo de los pares es un factor de riesgo que conlleva resultados negativos en el desarrollo social y emocional del niño, una vez rechazado le resulta extremadamente difícil enfrentarse a esas situaciones; por lo que, al ser estigmatizado por una falsa creencia o desconocimiento sobre un diagnóstico psiquiátrico como el TDAH, empieza a ser tratado de manera diferente por sus pares. De lo anterior, surge un impacto emocional importante en el menor; en entre estos efectos existen dificultades de aprendizaje, empieza a generar frustración y disgusto por el colegio, problemas de conducta, baja autoestima y baja autoeficacia, enfrentar el rechazo y acoso por parte de sus compañeros, tener pocos amigos o ninguno. Asimismo, cuando intentan relacionarse con otros niños a menudo muestran escasas habilidades sociales y de comunicación, emplean soluciones agresivas para resolver problemas interpersonales, tienden a perder el control cuando se producen conflictos o se sienten frustrados, y no suelen pedir permiso antes de unirse en un juego y si lo consiguen, tienden a no seguir las reglas establecidas (Ramírez, 2009). Frecuentemente, la autoestima de los niños con TDAH resulta afectada, especialmente por recibir constantes comentarios negativos tanto por parte de la familia como de profesores, compañeros y amigos (Esparza y González, 2018).

Aunado a ello y por desgracia, en nuestro país no existe un planteamiento real que apoye al docente para poder incluir al alumno adecuadamente en el sistema educativo en ninguno de los diferentes grados de educación primaria. Si por el contrario, se aplicaran estrategias de intervención social que contribuyeran al logro de la identificación de una de las muchas presencias en la diversidad de alumnos que existen actualmente en el aula, facilitarían su inclusión en la sociedad y con ello alcanzar relaciones sociales más sólidas.

En México, por la falta de una detección oportuna y, por lo tanto, la falta de reporte de la existencia del trastorno, no existen estadísticas confiables en el sector salud debido a que muchos niños son atendidos en el sector privado y por parte de Organizaciones de la Sociedad Civil, sin embargo, la gran mayoría ni siquiera son atendidos. En definitiva, la situación empeora cuando estas personas se enfrentan a un gran desconocimiento del tema provocando que sus relaciones sociales se vean fragmentadas.

El rechazo social es un fenómeno complejo que requiere de una intervención también compleja. Intervenir en este proceso dentro de un grupo supone trabajar de forma conjunta con otros procesos sociales como la solidaridad, cooperación, inclusión, empatía, entre otros, para llegar a la aceptación. De igual forma, la institución representa un importante papel en el desarrollo del menor a través del tratamiento multidisciplinario, en la cual el Trabajador Social aporta sus conocimientos y habilidades para la intervención social; en este sentido, se centrará específicamente en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa que a continuación se explicará más a detalle.

CAPÍTULO 3. CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL IZTAPALAPA

El Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa es una institución de primer nivel de atención ubicada en la Ciudad de México encargada de realizar actividades de tratamiento y rehabilitación de niños y adolescentes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, entre otros padecimientos psiquiátricos, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de estos sujetos y de su familia a través de un equipo multidisciplinario conformado por médicos especialistas, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros, entre otros.

3.1 Contexto institucional

De acuerdo con el Manual de Organización Específico de los Servicios de Atención Psiquiátrica (2012), el 6 de agosto de 1997, se expidió en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud el cual crea el Órgano Descentralizado por Función denominado Coordinación de Salud Mental en donde se destaca como una de sus principales funciones, la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como el de coordinar administrativa y operativamente a hospitales y centros especializados en el entonces llamado Distrito Federal.

En diciembre de 2003, el Órgano cambia de nombre a Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP, 2017) con nivel jerárquico de dirección general, encargado de prestar atención médica de alto nivel, para la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y de comportamiento: por tal motivo para otorgar la atención necesaria tienen bajo su adscripción tres Hospitales Psiquiátricos y tres Centros Comunitarios de Salud Mental, entre ellos, la Unidad Iztapalapa.

Hospitales Especializados

- Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
- Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”
- Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”

Centros de Salud Mental

- Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc
- Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco
- Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa

El CECOSAM Iztapalapa está integrado por un equipo de especialistas de diversas disciplinas tales como Trabajo Social, Enfermería, Psicología, Medicina y Psiquiatría el cual tiene como objetivo “fomentar la educación en salud mental y combatir el estigma y la discriminación hacia personas con algún padecimiento mental y sus familiares; a través de la implementación de actividades clínicas, psicoeducativas y comunitarias, así como del establecimiento de alianzas con instancias dedicadas a la atención en salud mental.” (SAP, 2017, p. 1).

El CECOSAM Iztapalapa se encuentra ubicado en Guerra de Reforma Esq. Eje 5 Sur, Col. Leyes de Reforma S/N, 3ª Sección, 09310, Ciudad de México.

De acuerdo con el Manual de Procedimientos de Trabajo Social (SAP, 2014), la misión y visión de la institución son las siguientes:

Misión

Contribuir a la reducción de la brecha de atención psiquiátrica mediante la prestación de servicios integrales especializados, con enfoque comunitario, de calidad y con pleno respeto a los derechos humanos de los pacientes; así como fortalecer la formación de recursos humanos de excelencia y favorecer el desarrollo de investigación en psiquiatría (p. 3).

Visión

“Para el año 2018 ser referente nacional en materia de prestación de servicios psiquiátricos con respeto a los derechos humanos y en la formación de recursos humanos especializados en psiquiatría y paidopsiquiatría” (p. 3).

Para conocer la estructura organizacional de la institución, se presenta gráficamente el organigrama del CECOSAM Iztapalapa.

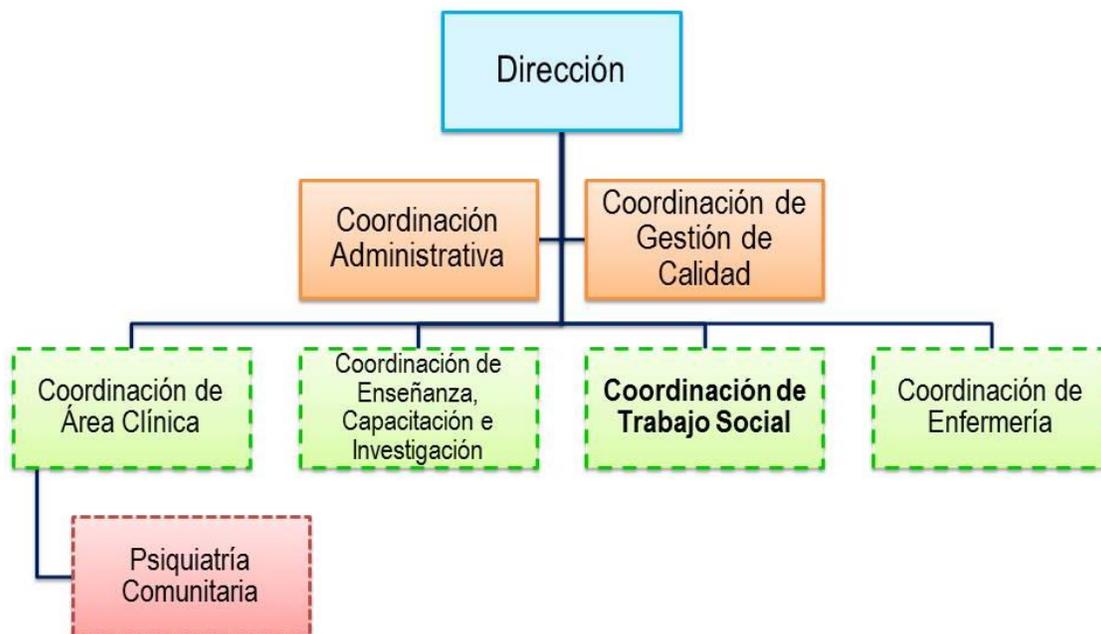


Fig. 3. Organigrama institucional. Fuente: elaboración propia con base el Manual de Organización Específico de los Servicios de Atención Psiquiátrica (2012).

3.2 Atención a usuarios

3.2.1 Procedimientos de Preconsulta

De acuerdo con el Manual de Procedimientos de la Coordinación Trabajo Social (SAP, 2014), este profesional es el encargado de realizar el filtro de pacientes que acuden de primera vez con la finalidad de disminuir tiempos de espera, brindar una mejor atención a los usuarios que acuden a solicitar consulta. En caso de que cuenten con seguridad social y por lo tanto ser derechohabientes, los trabajadores sociales deben informar a los padres o familiares responsables que el pago de recuperación equivale al nivel 6 que es el máximo; si estos no están de acuerdo se les apoya para que acudan a su unidad de salud correspondiente. En la atención a los usuarios, todas las áreas de la institución participan, como se describe a continuación:

Primeramente, cuando el usuario llega a la institución, este debe registrarse en la libreta de ingreso con el personal de vigilancia para después ser enviado al módulo de informes.

Una vez ahí, se le explican los procedimientos institucionales y la documentación que necesita llevar; de igual forma, su salida siempre debe ser registrada.

Forma de atención

- Únicamente se otorgan 13 fichas diarias.
- Solo se entregará una ficha por familia.
- El costo de la consulta de primera vez es de \$64.00
- La atención es de lunes a viernes a las 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Documentación requerida

- Hoja de referencia de la escuela o institución que lo envía (vigente: no mayor a 2 meses de haber sido expedida) en original y copia.
- Credencial de Elector del paciente y/o responsable legal en caso de menores, en original y copia.
- Comprobante de domicilio (agua, predio o teléfono únicamente, con vigencia no mayor a 3 meses) el domicilio debe coincidir con la credencial de elector, en original y copia.
- C.U.R.P. del paciente, en original y copia.
- En su caso, si cuenta con Póliza de Seguro Popular, traer una copia.

Para obtener una consulta de primera vez, el usuario debe formarse en el horario establecido para obtener su ficha; cada vez que alguien llega a la unidad, debe registrar su ingreso y salida en el módulo de vigilancia para ser atendido. Posteriormente, pasa a la sala de espera donde el trabajador social brinda una plática informativa sobre los servicios que proporciona la institución; solicita la documentación requerida, realiza entrevista para conocer el motivo de la consulta y les otorgan su cita finalizando así, el procedimiento.

3.2.2 Procedimientos de Primera Vez

El personal del módulo de informes elabora previamente una lista de pacientes de primera vez que es entregada al personal de vigilancia para verificar la asistencia de citados al ingreso de la Unidad. Cabe aclarar que el usuario siempre debe ir acompañado por otra persona mayor de edad. En caso contrario, no será atendido.

Los trabajadores sociales reciben a los usuarios para informarle que la cuota de recuperación de primera vez es de \$64.00 y después los envía a la caja a pagar.

Una vez realizado, el trabajador social asigna el nivel de pago a través del estudio socioeconómico y elabora el familiograma con líneas de relación hasta 3 generaciones y se le orienta sobre el proceso a seguir. En caso de perder la cita por incumplimiento del horario, esta se reprograma, sin embargo, se debe hacer nuevamente el pago.

Posteriormente, se envía al usuario y familiar a la sala de espera a ser llamado por el médico quien le hará una valoración para determinar si necesita o no, el servicio de la institución. En caso afirmativo, se le otorgará una cita subsecuente, para ello, es enviado de nuevo a trabajo social quien da apertura al expediente clínico, hace entrega del carnet con citas programadas y resuelve dudas sobre el procedimiento. En caso de que el usuario necesite ser referido a otra institución o requiera apoyo de otra especialidad, el médico elabora una hoja de referencia dependiendo la solicitud y se le entrega al trabajador social que lleva el caso para efectuar la gestión. Concluido el trámite, se entrega una copia al médico responsable y otra es anexada al expediente clínico.

3.2.3 Procedimientos Subsecuentes

El usuario debe asistir a la cita programada en la fecha y hora indicada en su carnet y llegar con 20 minutos de anticipación que deberá ocuparlos para hacer el pago correspondiente en la caja de acuerdo con su nivel socioeconómico. Es indispensable que el usuario lleve su carnet, de no hacerlo, se le reprogramará la cita.

Deberá esperar a que el médico le llame para la consulta. Dependiendo del contexto clínico, psicológico y social del paciente, es necesaria la intervención de psicólogos, terapeutas y del trabajador social, en este último caso, con la elaboración del estudio psicosocial con la intención de brindar una atención integral. Para ello, el usuario es llamado por su trabajador social quien, a través de la entrevista, establecerá el diagnóstico y plan social.

Por último, pasa con el personal de Enfermería para la toma de somatometría, además de apoyar en la realización de diversos estudios y brindar medicamento en caso de que el médico así lo haya determinado, dependiendo de la disponibilidad en el servicio de farmacia, en caso contrario, el usuario deberá comprarlo externamente. Cabe resaltar que no existe un servicio o área que se encargue exclusivamente del TDAH, sino que el usuario rota por los servicios que requiere.

3.3 El papel del Trabajador Social en la institución

Los trabajadores sociales son los profesionales encargados de investigar la realidad social de los usuarios de la institución para conocer el contexto sociodemográfico y familiar, obteniendo una amplia visión de las principales necesidades de los usuarios, pero sin implementar una intervención concreta. Dentro de sus actividades se encuentran la aplicación del estudio socioeconómico, la integración del estudio psicosocial, ejecución de visitas domiciliarias (si se requiere), la coordinación de grupos psicoeducativos, la elaboración del periódico mural, la participación en sesiones clínicas, bibliográficas y de supervisión de pasantes en Trabajo Social, las cuales se basan en el Manual de Procedimientos de la Coordinación de Trabajo Social (SAP, 2014) de la institución y que se describen a continuación:

Aplicación del Estudio Socioeconómico

Los profesionales pertenecientes a las Coordinación de Trabajo Social del CECOSAM son los encargados de realizar la evaluación socioeconómica al 100% de los usuarios de primera vez, de acuerdo con los lineamientos que marca el formato correspondiente de Patrimonio de la Beneficencia Pública en el Sistema de Cuota de Recuperación por Servicios de Salud, asignando el nivel de pago correspondiente, de acuerdo con las características sociales y económicas de los usuarios del servicio.

Derivado de lo anterior y en concordancia con el Manual de Procedimientos de la institución (SAP, 2014), cada seis meses se debe actualizar el Estudio

Socioeconómico. Sin embargo, durante la estancia en la institución, los profesionales refieren que solamente cuentan con seis trabajadores sociales quienes atienden aproximadamente a 260 usuarios de primera vez al mes, además de aquellos que acuden a citas subsecuentes; por consiguiente, la falta de personal y la alta demanda del servicio por parte de los usuarios, solo se hace cada año.

El trabajador social asignado entrevista al usuario y familiar sobre su situación sociodemográfica y de vivienda; los datos son capturados en una base de datos electrónica elaborada por el mismo personal de la Coordinación de Trabajo Social del CECOSAM, la cual, en automático, suma los puntos de los diferentes rubros y asigna el nivel de pago de acuerdo con la suma de calificación obtenida.

Por último, se registra en el carnet el nivel correspondiente, se entrega al familiar del usuario y se anexa la ficha socioeconómica al expediente clínico.

Integración del Estudio Psicosocial

Uno de los aspectos que se observaron durante la estancia, es que el trabajador social es considerado un profesional de apoyo para el equipo médico, lo cual se ve reflejado en la integración del estudio psicosocial que es elaborado por los especialistas en lo social, siempre y cuando el médico considere necesario conocer la realidad social del usuario y que esté afectando en el proceso de salud-enfermedad. Para que el estudio psicosocial sea integrado al expediente clínico, debe cumplir con 3 parámetros:

- El usuario no debe encontrarse en terapia familiar.
- Que acudan dos o más familiares a la atención especializada, en tal caso, sólo se elabora un estudio y se integra a los expedientes del resto de la familia.
- Que el caso sea presentado en sesión clínica.

El estudio psicosocial está integrado por los siguientes rubros: dinámica familiar, diagnóstico social y plan social; éste se elabora a través de la sistematización de la información obtenida de las entrevistas con el objetivo de priorizando acciones

que favorezcan una dinámica familiar positiva y como apoyo al tratamiento médico, y en caso del psicológico o terapéutico.

Es deber del trabajador social notificar al equipo multidisciplinario situaciones relevantes dentro del contexto familiar y social del usuario, como manifestaciones de violencia, falta de comunicación, dinámica familiar conflictivo, excesiva rigidez o permisividad entre los miembros, conflictos entre la pareja y/o hermanos, entre otros, con el propósito de realizar acciones en forma integral en el tratamiento del paciente.

Ejecución de la Visita Domiciliaria

La Coordinación de Trabajo Social en la institución recurre a la Visita Domiciliaria con el objetivo de complementar la información del usuario para el seguimiento de caso, conocer o confirmar la dinámica familiar y vivienda o en caso de requerir o solicitar algún tipo de red de apoyo o intervención institucional.

El usuario se considera candidato a que se le realice una visita domiciliaria cuando se descubran inconsistencias en la información proporcionada por el mismo; se le notificará previamente con la intención de confirmar su consentimiento. En el caso de los menores de edad, es necesaria la aprobación del familiar responsable. El trabajador social se coordina con el equipo multidisciplinario para determinar los casos y para ello son necesarios los datos del expediente clínico; se programa fecha y hora en la bitácora y agenda de la Coordinación de Trabajo Social. Al acudir al domicilio, se realiza la entrevista al familiar y/o usuario y se elabora un informe que debe ser anexado en el expediente.

Formación de Grupos Psicoeducativos

Los trabajadores sociales son los responsables de coordinar los talleres como parte de la intervención comunitaria en colonias cercanas a la institución con el objetivo de promover el tratamiento integral de los usuarios y familiares de un diagnóstico clínico determinado proporcionando conocimientos básicos a los mismos a través de la formación de grupos psicoeducativos. Por ejemplo, invitan a

familiares de menores que presentan diagnóstico de TDAH a participar en las sesiones en donde brindan información básica sobre la enfermedad y su manejo a través de límites y normas, pero no permiten que asistan los niños. El trabajador social solamente es el encargado de coordinar, pero quienes dan la información son los médicos especialistas, psicólogos y enfermeros.

Cabe resaltar que la intervención psicoeducativa que realizan los profesionales no busca generar un cambio social pues no van dirigidas al mejoramiento de las relaciones sociales de los sujetos, sino que van encaminados a la promoción y educación para la salud mental. Los profesionales en Trabajo Social coordinan la elaboración del programa y la carta descriptiva. Es evidente que su participación se ve limitada en la planeación y evaluación, pero no en la ejecución, ya que solamente solicita la autorización del equipo audiovisual para el desarrollo de las actividades, así como la promoción de éstas y el registro de los integrantes del grupo.

La duración de las sesiones es de 60 a 90 minutos con un mínimo de 5 usuarios y no mayor de 30 integrantes, salvo en los casos en que la demanda lo justifique; en ella se integran las características de la población objetivo y se apoyan de los recursos institucionales. Durante las sesiones, cada profesional expone temas relacionados con su especificidad, sin embargo, son los trabajadores sociales quienes se encargan de elaborar la crónica grupal y la evaluación de las mismas, que se entrega a la Coordinación de Trabajo Social para la elaboración del informe mensual.

Elaboración del Periódico Mural

Con el objetivo de transmitir información psicoeducativa a los usuarios que acuden a la consulta externa, se elabora un periódico mural de manera trimestral y expuesta dentro de los primeros 5 días hábiles de cada trimestre; de acuerdo al Manual de Procedimientos de la Coordinación de Trabajo Social (SAP, 2014), ésta actividad se lleva a cabo con la finalidad de promover un cambio y fortalecer actitudes, hábitos y conductas que favorezcan el bienestar físico, mental y social.

Es inquietante encontrar que la Coordinación de Trabajo Social es la responsable de muchas actividades de organización, logística, planeación, gestión y evaluación que involucran no sólo a sus profesionales, sino al resto del equipo multidisciplinario, pero que su participación se reduce a auxiliar a otras áreas, en este caso, a los médicos, psicólogos y administrativos.

Otro ejemplo de ello es la elaboración del periódico mural pues los trabajadores sociales se encargan de distribuir los temas relacionados a la salud mental entre los Coordinadores de los servicios de Enfermería y Psiquiatría Comunitaria.

Participación en sesiones clínicas y bibliográficas

El personal de Trabajo Social participa en la presentación de sesiones clínicas y/o bibliográficas con el objetivo de retroalimentar los conocimientos multidisciplinarios sobre los casos clínicos que requieren de un mayor análisis o que consideren pertinente presentarlo en cursos o seminarios de actualización del tema. Los trabajadores sociales realizan estudio psicosocial y visita domiciliaria para exponer las principales problemáticas sociales encontradas.

Supervisión de pasantes en Trabajo Social

La Dirección de Enseñanza debe autorizar la solicitud a pasantes de Trabajo Social que requieran realizar su servicio social y/o prácticas profesionales quienes deben rotar por los servicios asignados, participar en sesiones clínicas y bibliográficas y presentar reportes mensuales. Son los trabajadores sociales quienes capacitan y supervisan las actividades de los pasantes durante su estancia.

Con lo anterior, se ve reflejada la poca importancia que tienen los profesionales de trabajo social dentro de la institución pues no están siendo reconocidos como generadores de vínculos para la población usuaria; es evidente que sus actividades van dirigidas a apoyar al personal médico en especial, pero sin que la información recabada sea utilizada para intervenir en problemáticas sociales.

CAPÍTULO 4. FACTORES FAMILIARES Y ESCOLARES QUE INTERVIENEN EN EL RECHAZO SOCIAL DE MENORES CON TDAH

4.1 Planteamiento del problema de investigación

En México existe una fuerte discriminación y rechazo a personas que presentan algún trastorno mental, además que, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico o cultura; de acuerdo al Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, éstos representan casi la cuarta parte de la carga total de enfermedad en América Latina y en el Caribe (Secretaría de Salud, 2014). Refiere también que los trastornos mentales con frecuencia arrastran a los individuos y las familias a la pobreza y desintegración por el costo de los tratamientos y el acceso a los servicios, que muchas veces no están disponibles en todas las ciudades, además muchos de estos servicios no cuentan con los profesionales suficientes, y en otros casos, los centros de atención carecen de redes con mayor nivel de especialización.

La Ley de Salud Mental del Distrito Federal en su artículo 5° define al trastorno mental como una “afectación de la salud mental de una persona debido a la presencia de un comportamiento derivado de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar e interfieren en la actividad cotidiana del individuo y su entorno” (Administración Pública del Distrito Federal, 2011, p. 4).

Magallares (2011) en su artículo *El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social*, manifiesta que las personas que padecen algún trastorno, generan una serie de disfunciones a nivel psicológico que impiden que tengan un proceso de socialización óptimo, sobre todo en niños quienes socialmente son más vulnerables, lo que genera pocas posibilidades de ser integrados, produciendo casos de aislamiento social, invisibilidad y silencio, haciendo más complejo el problema y su posible solución, incidiendo en el ciclo vital del menor y en el familiar, así como en su calidad de vida.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es uno de los trastornos de conducta más frecuentes, por lo que, quienes lo padecen son rechazados tanto en el ámbito familiar como en el social, pues su conducta es considerada como inadecuada, antisocial, molesta, indisciplinada, y que trastoca las normas escolares y familiares, propiciando una alteración o crisis en la dinámica familiar; en este sentido, sería prudente averiguar, ¿Qué problemáticas se encuentran interrelacionadas en el rechazo social hacia las personas que padecen TDAH?

Este trastorno tiene una prevalencia alarmante y cada año aumenta considerablemente, afectando a una niña por cada 5 niños (HIMFG, 2012). Recientemente, en la Ciudad de México, se realizó el primer *Consenso Latinoamericano de TDAH* en el cual se publicaron los primeros algoritmos de tratamiento que fueron exclusivamente farmacológicos. Como resultado de posteriores reuniones en sedes diferentes, se elaboraron otros algoritmos multimodales con opciones no sólo farmacológicas, sino también psicosociales (Ulloa, Palacios y De la Piña, 2011). Desafortunadamente, el TDAH en la población infantil ha sido un problema constante, pero poco abordado por los profesionales desde una perspectiva social, aunque se convierte en un campo de acción donde el Trabajo Social puede hacer intervención social ya que, y siguiendo con el pensamiento complejo, este desorden multidisciplinario “es necesario en ciertas condiciones para la producción de fenómenos organizados, los cuales contribuyen al incremento del orden.” (Morin, 1994, p. 93-94)

De acuerdo con la Secretaría de Salud, “en México alrededor del cinco por ciento de los niños y adolescentes presentan TDAH, pero su detección y diagnóstico tarda de tres a cinco años porque su comportamiento se confunde con el de menores criados de manera inadecuada e hiperactivos” (Secretaría de Salud, 2015, p. 1), provocado principalmente porque padres de familia y profesores no cuentan con la orientación necesaria que les permita prevenir y detectar dicho padecimiento y en la mayoría de los casos no disponen de la información necesaria para su referencia y atención temprana; es decir, probablemente el desconocimiento de la sintomatología del trastorno sea un factor importante que

impide que no se haga un diagnóstico temprano ni exista una empatía y/o sensibilización del tema lo que provoca que quien presente TDAH sea más susceptible a sufrir rechazo en los distintos ámbitos en los que se desarrolla el ser humano.

¿Cuáles son los principales factores familiares y escolares que intervienen en el proceso del rechazo social? Y más importante aún, ¿Qué implicaciones genera en las relaciones sociales de niños diagnosticados con TDAH?

Para resolver dichas interrogantes, es fundamental conocer la complejidad del fenómeno y, para ello, es preciso conocer todas las partes que se encuentran relacionadas entre sí como la estigmatización, el desconocimiento del trastorno, la violencia, entre otras; cada una es un agente independiente que al actuar autónomamente puede influir en los demás pero que deben ser articulados. Aunque se busca conocer la problemática en su totalidad, “la aspiración a la totalidad es una aspiración a la verdad y que el reconocimiento de la imposibilidad de la totalidad es una verdad muy importante. La totalidad es, a la vez, la verdad y la no verdad.” (Morin, 1994, p. 137).

En México, no hay investigaciones desde el enfoque de Trabajo Social que se refieran al rechazo social que, específicamente, viven menores con TDAH en el contexto familiar o escolar o no han sido estudiados suficientemente desde ésta visión social; es por todo ello que resulta relevante valorar la importancia de la investigación, analizar la temática y sentar las bases para desarrollar una línea de investigación que abra el camino al conocimiento de factores que intervienen en el rechazo social durante el desarrollo escolar, con miras a implementar estrategias de intervención desde el Trabajo Social abordado desde el paradigma de la ciencia social crítica con el propósito de empoderar a éstos menores, convirtiéndolos en sujetos autónomos que mejoren sus relaciones sociales por sí mismos, además de que se enfoca al cambio estableciendo un puente entre objeto-sujeto y proporcionando a la investigación las herramientas necesarias para entender la realidad social.

4.2 Objetivos

Objetivo general

Analizar los factores familiares y escolares que intervienen en el rechazo social en estudiantes de 6 a 12 años con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa para generar la aceptación social por medio del diseño de una propuesta de estrategia de intervención.

Objetivos específicos

1. Identificar los principales factores familiares y escolares que intervienen en el rechazo social a niños con TDAH en el contexto familiar y escolar.
2. Reconocer las manifestaciones del rechazo social al niño con TDAH.
3. Determinar el contexto en donde se visualiza con mayor frecuencia el rechazo social hacia niños con TDAH.
4. Diseñar una propuesta de estrategia de intervención dirigida a la aceptación social de niños con TDAH.

4.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los principales factores familiares y escolares que intervienen en el rechazo social en estudiantes de 6 a 12 años con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que son atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa?

4.4 Hipótesis

Hipótesis 1: El desconocimiento del trastorno es un factor familiar y escolar que interviene en el rechazo social a estudiantes con TDAH.

Hipótesis 2: El estigma es un factor familiar y escolar que interviene en el rechazo social a estudiantes con TDAH.

4.5 Metodología

Se trata de una investigación de tipo cuantitativa, no experimental puesto que se limitó a la observación y descripción del fenómeno analizado sin introducir ninguna modificación o alteración de las variables de estudio; por su nivel de profundidad es descriptiva y por su temporalidad es transversal, ya que sólo se hizo una medición del fenómeno estudiado. Su propósito fue obtener información sobre los factores familiares y escolares que intervienen en el rechazo social en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Las fuentes de información fueron de tipo mixta, recabadas de fuentes primarias como las bibliográficas, hemerográficas y mesográficas, mismas que dieron soporte al desarrollo del Marco Teórico, Referencial y Conceptual, así como para la elaboración del instrumento; y secundarias de las cuales se obtuvo información de campo que dio pauta para hacer un análisis más profundo de la realidad social de estos menores con este trastorno y sus afectaciones en su vida social.

Para una mayor comprensión del fenómeno, se diseñó un cuestionario a la población objetivo: 94 estudiantes de 6 a 12 años con TDAH, aplicado a través de la técnica de la entrevista, lo que facilitó una interacción cara a cara con los menores, logrando obtener suficientes datos para el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados de la investigación.

El método elegido fue el hipotético deductivo, que se caracteriza y guía por la elaboración y comprobación de supuestos o hipótesis, a través del proceso de investigación cuantitativa, produciendo resultados que se analizan de lo general a lo particular.

La muestra fue no probabilística por conveniencia centrada en escolares diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y actualmente atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa.

Cabe resaltar que fue necesario descartar a los menores que acudían a Consulta de Primera Vez ya que, en este procedimiento, el personal médico hace una valoración clínica de los síntomas que presentan los pacientes sin declarar un diagnóstico concreto, como se describe en el capítulo 3. Es por ello, que el total de la población entrevistada se trató de pacientes subsecuentes y, por ende, ya se encontraban en tratamiento del TDAH.

El Centro no permitió el acceso a los expedientes clínicos y a consecuencia, no fue posible conocer el universo de la población. No obstante, el criterio de selección dependió en su totalidad de los profesionales quienes, al término de su intervención con los menores, los remitían a la que suscribe ya que éstos rotaban por los diferentes servicios (Trabajo Social, Clínica, Psicológica, Enfermería y Talleres psicoeducativos). Los casos se recuperaron durante el período del 13 al 31 de mayo de este año que, como ya se dijo, fueron 94.

En cuanto a los procedimientos y organización, para desarrollar los diferentes procesos, la investigadora profundizó en el conocimiento del fenómeno a estudiar, asistiendo a conferencias y seminarios sobre TDAH y de intervención del Trabajador Social en la Salud Mental; además, gestionó el apoyo y el acceso al espacio institucional, con autoridades del CECOSAM Iztapalapa donde se obtuvo respuesta favorable y gran apertura brindando un espacio (oficina) que facilitó la aplicación de la técnica e instrumento de medición a los menores.

El instrumento se construyó con base en el marco teórico y fue revisado por cuatro trabajadores sociales expertos en elaboración de instrumentos, pertenecientes a la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM y por las autoridades del mismo Centro. Debido a la edad y síntomas propios del diagnóstico (déficit de atención e hiperactividad), algunos profesionales de la institución sugirieron que las preguntas fueran concretas y directas a fin de evitar que los menores se distrajeran o aburrieran.

La prueba piloto se aplicó a 8 sujetos con características semejantes a la muestra. Se observó que las respuestas de los menores influían con la presencia del familiar responsable pues con frecuencia se inhibían o los padres contestaban por ellos. Por consiguiente, se determinó que las entrevistas se realizarían en privado. Asimismo, se encontró que algunas preguntas no eran comprensibles para los más pequeños y se realizaron las correcciones pertinentes para la versión final del instrumento. Se imprimiendo los suficientes para su foliación y engrapado para su aplicación en la muestra seleccionada.

De igual forma, se requirió del apoyo de imágenes que expresaban situaciones de aceptación y rechazo en la familia y entre iguales como una estrategia visual para que los niños determinaran en qué situación se sentían mayormente identificados. Sin embargo, fue necesario utilizar imágenes en donde las niñas también figuraran dentro de ellas en el proceso social.

Antes de llevar a cabo cada entrevista se explicó, tanto a menores como a familiares responsables, el objetivo de la investigación y el procedimiento a realizar. La institución considero que no era necesario hacer firmar a los familiares un consentimiento informado debido a que la institución cuenta con uno cuando se les abre el expediente médico, además de que, desde su percepción, habría una mayor resistencia al permitir que entrevistaran a sus hijos. No obstante, se insistió en la protección de datos personales y en que los resultados no se integrarían al expediente institucional, sino que sólo se utilizarían para fines académicos. No fue necesario depurar ningún instrumento pues todos los sujetos completaron la entrevista.

Al término de la aplicación se realizó el vaciado de datos en el programa Excel, construyendo una base de datos de preguntas cerradas y abiertas, categorizando las respuestas de estas últimas y agrupando las necesarias. Finalmente, se tabularon y graficaron los resultados para su mejor visualización con sus respectivos análisis cuantitativo y cualitativo los cuales se muestran a continuación.

4.6 Resultados de la investigación de campo

Se aplicaron entrevistas a 94 estudiantes de 6 a 12 años con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa. 82 de los sujetos son estudiantes de nivel primaria y 12 del primer grado de secundaria.

Los resultados están organizados en seis categorías: 1) perfil del sujeto, 2) desconocimiento del trastorno, 3) factores familiares, 4) factores escolares, 5) estigma y 6) rechazo social; sin embargo, es importante no observarlos de una manera fragmentada si no como parte de un todo relacionado entre sí.

4.6.1 Análisis Cuantitativo

1) Perfil del sujeto

En la primera categoría se muestran los datos referentes al perfil de los entrevistados tales como sexo, edad y grado escolar.

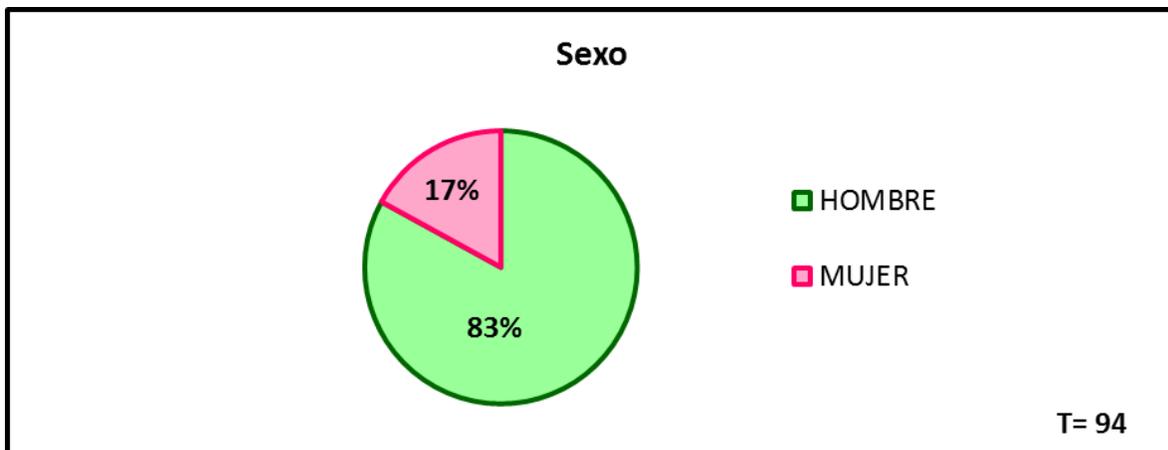


Fig. 4. Sexo. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

De un total de 94 entrevistados, 78 son hombres lo que equivale al 83%; el resto son mujeres, lo que coincide con la prevalencia establecida por el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” el cual refiere que, por cada 5 niños, hay 1 niña con TDAH; por ello, el CECOSAM Iztapalapa atiende a más niños que a niñas con este diagnóstico.

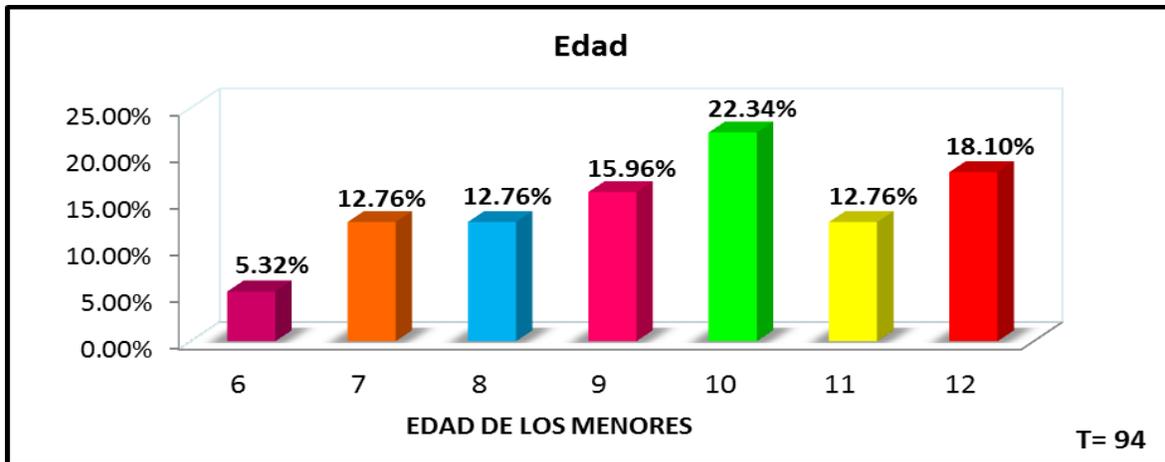


Fig. 5. Edad. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Con respecto a la edad de los menores, la más frecuente fue la de 10 años, al agruparlas, más de la mitad tiene: 9, 10 y 12 años; mientras que el 38% cuenta con 7, 8 y 11 años, edades que concuerdan con los criterios diagnósticos marcados por el DSM-V, que afirma que los síntomas se presentan frecuentemente durante la edad escolar, es decir, entre 6 y 12 años, rango de edad de la población objetivo. Solo el 5% tiene 6 años ya que, de acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, algunas instituciones atienden los síntomas a partir de los 7 años, sin embargo, el CECOSAM lo hace a menores de 5 años para descartar una confusión de los síntomas con el comportamiento propio de la edad.

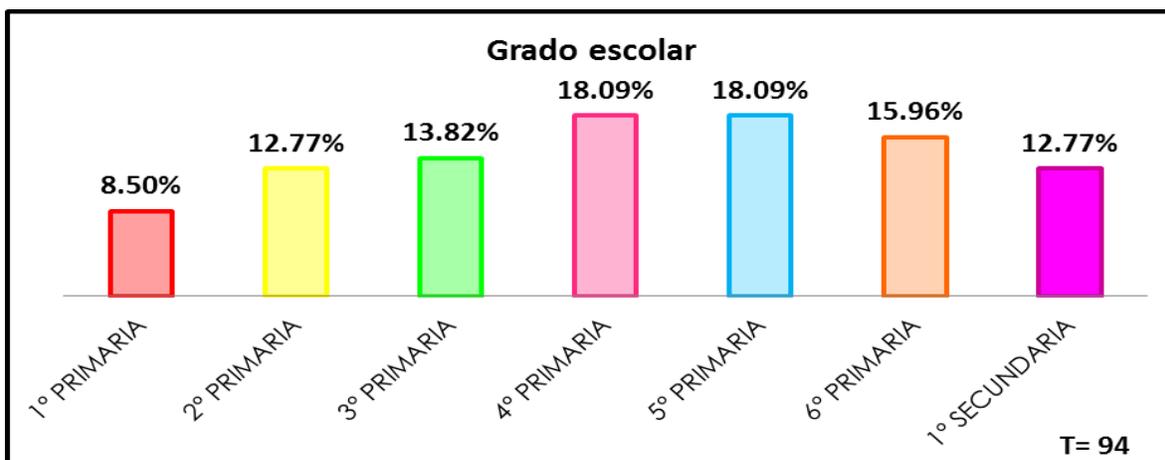


Fig. 6. Grado escolar. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

El 52% de los menores se encuentra estudiando entre el 4° y 6° grado de primaria, identificando una correspondencia entre la edad y la escolaridad. Por lo tanto, la mayoría son hombres de 10 años de edad y estudiantes de 4° y 5° de primaria.

2) Desconocimiento del trastorno

Esta categoría se centra en el grado de conocimiento que los menores tienen con respecto al motivo por el cual son atendidos en la institución, así como lo que saben de la enfermedad con la que fueron diagnosticados.



Fig. 7. Conocimiento de la visita a la institución. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

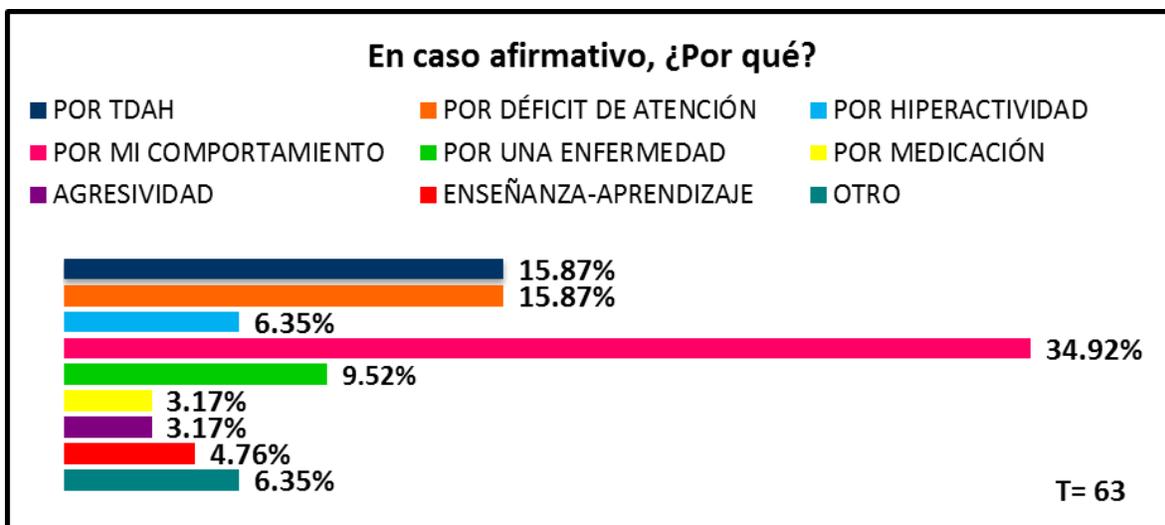


Fig. 8. Razones sobre la visita la institución. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

El conocimiento que los entrevistados tienen acerca de las razones por las que son atendidos en la institución, remite a dos posturas: el 67% sabe por qué asiste a consulta, el resto lo desconoce. De aquellos que respondieron afirmativamente, el 35% dice que se debe a problemas en su comportamiento; el 32% manifiesta que a la presencia de TDAH y dificultades para prestar atención. La última tercera parte agrupa diversas razones: tratarse de una enfermedad, dificultades para mantenerse quieto, enseñanza por parte de especialistas en aspectos relacionados con el aprendizaje, por problemas de agresividad y por demanda de medicamentos, entre otros. En realidad, solo uno de cada tres sabe con precisión sobre su padecimiento, el resto refiere a las diferentes características del TDAH.



Fig. 9. Conocimiento sobre el TDAH. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

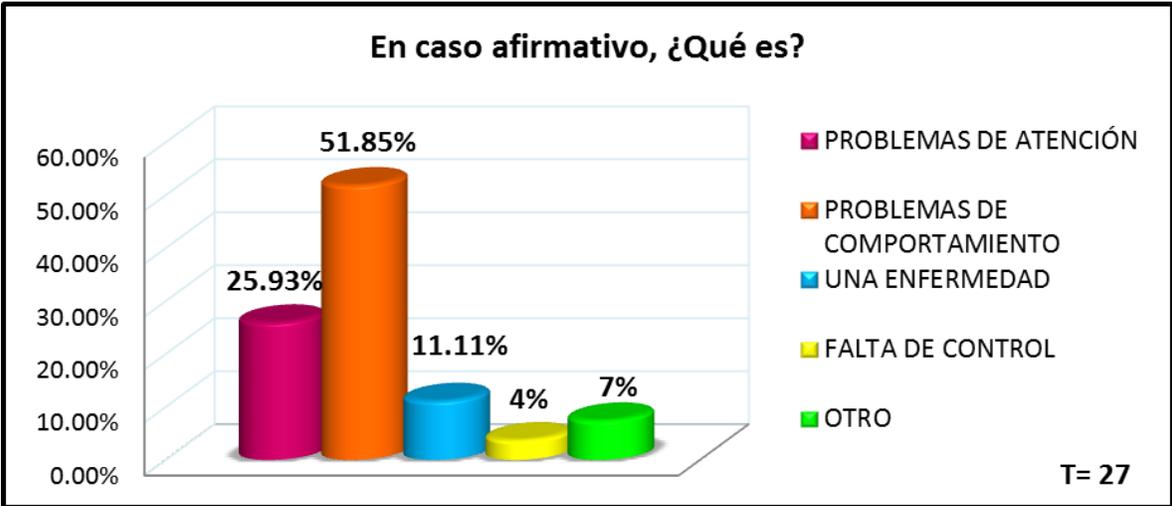


Fig. 10. Concepción del TDAH. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Cuando se les cuestiona acerca de si saben lo que es el TDAH, la mayoría no sabe lo que significa, es decir, 7 de cada diez lo desconoce. Cuando analizamos solo las respuestas afirmativas acerca del conocimiento que tienen sobre el padecimiento, se observa lo siguiente: el 52% refiere que es por problemas en el comportamiento, el 25% expresa que es por tener problemas de atención; el resto dice que es una enfermedad, lo cual confirma las respuestas acerca de los motivos que los llevan a recibir consulta en el Centro.

3) Factores familiares

Esta categoría incluye aspectos sobre la familia y la dinámica entre ésta y el menor; se cuestiona el tipo de familia, el familiar encargado del cuidado del niño, la cohesión, tipo de relación y escucha activa entre sus miembros, así como la percepción del niño con relación a las diferencias de las que es objeto.

TABLA 6. ¿CON QUIÉN VIVES?				
CODIFICACIÓN	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE TOTAL	PORCENTAJE VÁLIDO
1	FAMILIA NUCLEAR	32	34.04%	34.04%
2	FAMILIA EXTENSA	44	46.81%	46.81%
3	MADRE SOLTERA	16	17.02%	17.02%
4	FAMILIA RECONSTITUIDA	2	2.13%	2.13%
TOTAL		94	100%	100%

Tabla 6. Tipo de familia del menor. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

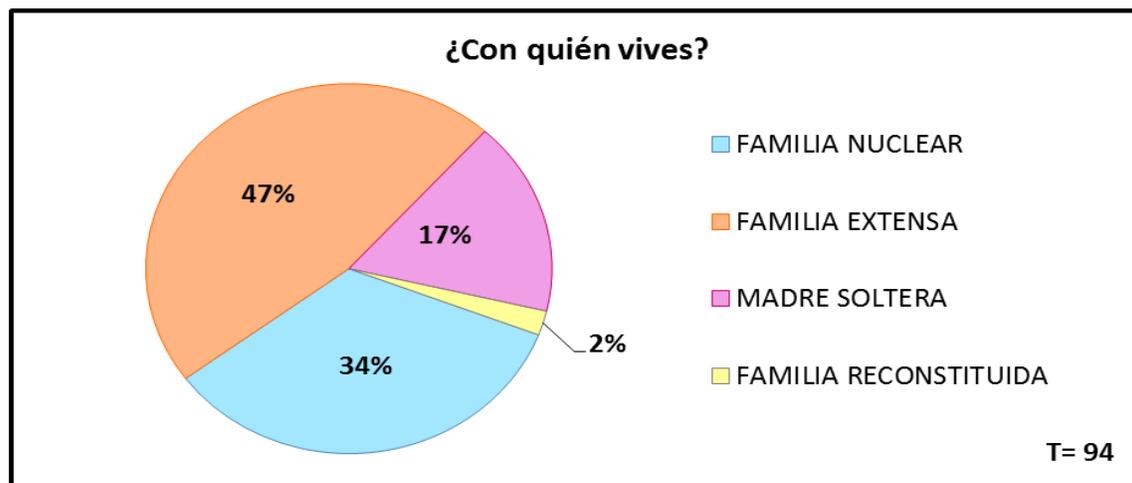


Fig. 11. Tipo de familia del menor. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Se encontró diversidad en el tipo de familias a las que pertenecen los menores; se identificaron familias extensas en casi la mitad y, en el 34% son familias nucleares. Es decir que 8 de cada diez niños pertenecen a familias tradicionales de acuerdo con el Instituto de Investigaciones Sociales (IIS, 2016), quien además confirma que, en México, este tipo de familias representa la mitad de todas las familias.

El resto pertenece al grupo de familias en transición (IIS, 2016), con la excepción de la familia reconstituida, perteneciente al grupo de familias emergentes que solamente representan el 2% del total.

TABLA 7. ¿QUIÉN TE CUIDA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?				
CODIFICACIÓN	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE TOTAL	PORCENTAJE VÁLIDO
1	MAMÁ	67	65.05%	65.05%
2	PAPÁ	3	2.91%	2.91%
3	HERMANOS	5	4.85%	4.85%
4	ABUELOS	19	18.45%	18.45%
5	TÍOS	9	8.74%	8.74%
TOTAL		103*	100%	100%

*Los sujetos dieron más de una respuesta, por tratarse de una pregunta de abanico.

Tabla 7. Familiar encargado del cuidado del menor. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

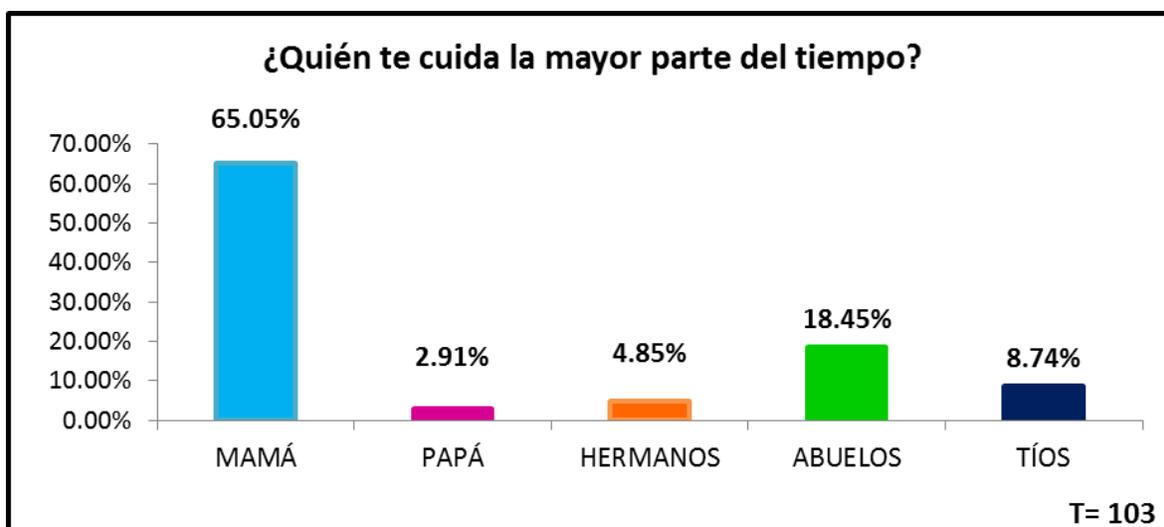


Fig. 12. Familiar encargado del cuidado del menor. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Con respecto a la respuesta anterior y tomando en cuenta la diversidad de familias de los menores, en el 65% es la madre quien cuida de estos menores; en frecuencia les siguen con el 18% los abuelos, siendo estos dos grupos los cuidadores principales; el resto son los tíos, hermanos y el padre, en ese orden de importancia. Para un análisis más profundo, se agruparon los factores familiares en cuatro grupos: interacción familiar, prácticas de crianza, aceptación y rechazo en la familia, como se muestra a continuación.

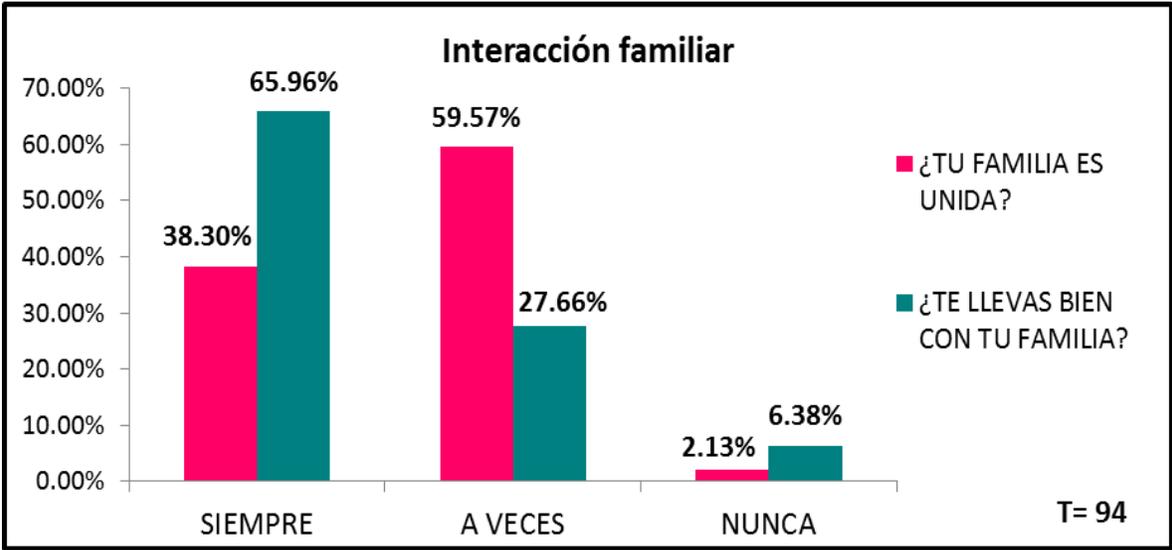


Fig. 13. Interacción familiar. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Con un 60% de los menores entrevistados afirman que solo *a veces* su familia es unida; le sigue en frecuencia los que dicen que *siempre* se llevan bien con su familia que representan el 66%, y a pesar de que la fracción es menor (8.5%), hay una proporción de los que *nunca* se llevan bien con su familia y su familia *nunca* es unida.

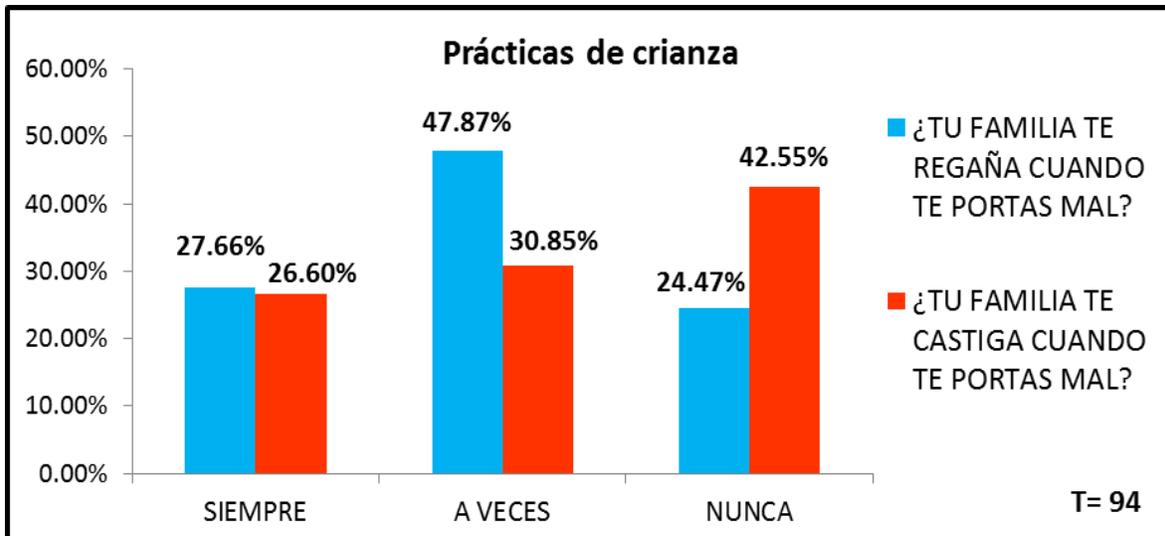


Fig. 14. Prácticas de crianza. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Acerca de las preguntas relacionadas con las prácticas de crianza, casi la mitad manifiesta que *a veces* son regañados cuando se portan mal; en cuanto a los castigos el 42% *nunca* son castigados; en contraposición el 27% *siempre* son castigados. Si sumamos el *siempre* y el *a veces*, el 75% de ellos han sido regañados por su comportamiento, cambiando la intensidad de la frecuencia. Se observa que los regaños son más habituales que los castigos.

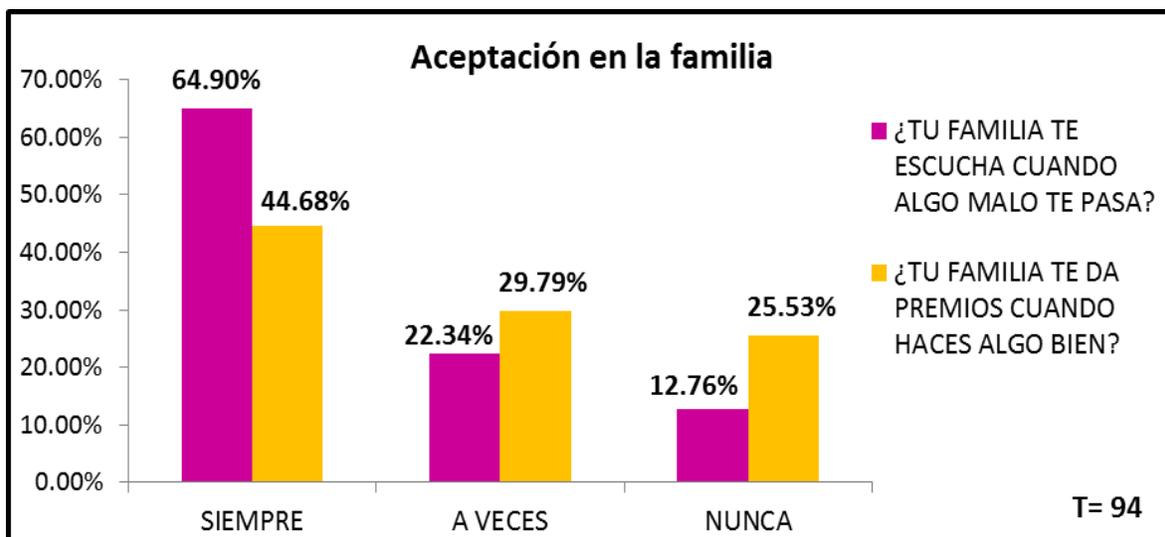


Fig. 15. Aceptación en la familia. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Respecto de la aceptación familiar, el 64% acepta que sus familiares *siempre* lo escuchan cuando algo malo les ocurre, el 22% considera que *solo a veces*, mientras que el porcentaje restante *nunca* es escuchado (13%). En contraposición cuando se les cuestiona sobre si sus familias les premian cuando hacen algo bien, la proporción se reduce en el *siempre* en un 20% y llama la atención que más del 25% *nunca* reciben reconocimientos cuando hacen algo bien, y la frecuencia *a veces* se incrementa en un 7% de los premios con respecto a los regaños.

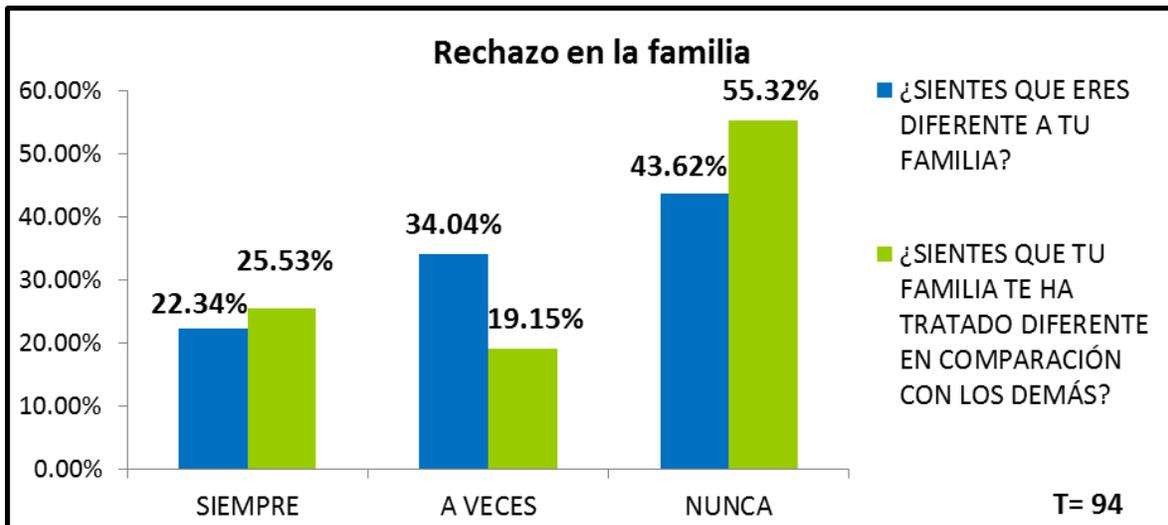


Fig. 16. Rechazo en la familia. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

En lo que se refiere a la percepción que tienen acerca de si ellos se sienten diferentes a su familia, el 44% lo niega, sin embargo, el 34% expresó que le sucede *a veces*, mientras que el 22% reconoce que *siempre* se ha sentido diferente.

En lo que se refiere al trato hacia el menor por parte de sus familiares, más de la mitad del total dice que *nunca*, el 25% dice que *siempre* lo han tratado diferente y solo el 19% expresa que solo *a veces*, lo que indica el 45% de los entrevistados si han sido tratados de una manera diferente en relación con otros integrantes de su familia, la intensidad es lo que cambia.

4) Factores escolares



Fig. 17. Conocimiento del profesor sobre la visita del menor a consulta. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Con respecto al conocimiento que tiene el profesor sobre el tratamiento del menor, la mayoría de los entrevistados refiere que su profesor(a) sabe el motivo por el cual acuden al Centro de atención psicológica, inclusive, muchos de ellos son referidos por las autoridades de la misma escuela; el 14% de los maestros no lo saben y el 13% no sabe si su maestro tiene esta información. A continuación, se agruparon las preguntas referentes a la interacción que tienen los menores con sus profesores.

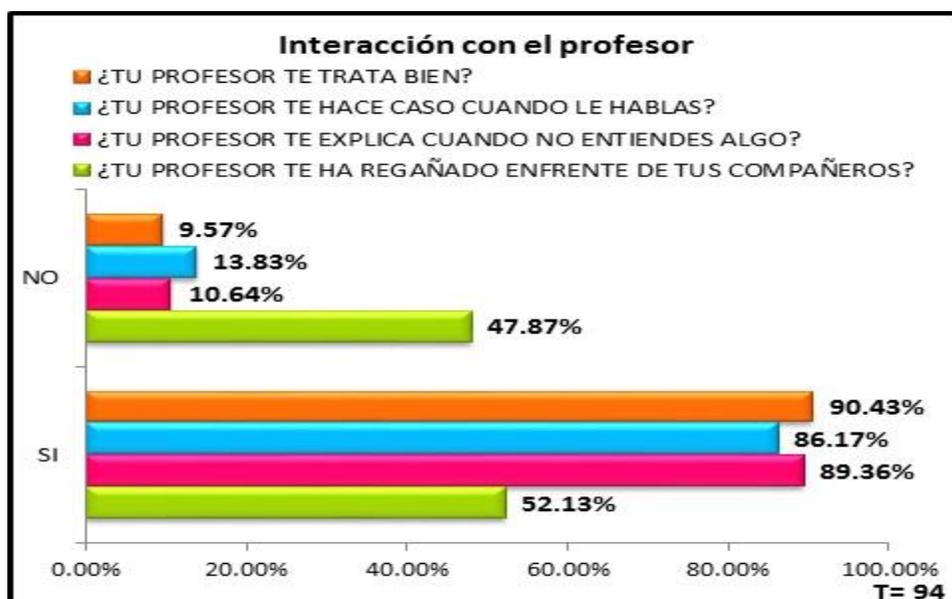


Fig. 18. Interacción del menor con el profesor. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Referente al ámbito escolar, se observa en porcentajes muy similares que, una alta proporción de los sujetos investigados, reciben de parte de sus maestros comprensión, atención y buen trato; lo que difiere con la pregunta sobre recibir regaños frente a sus compañeros, en cuyo caso el 52% lo aceptan como parte de su interacción con sus profesores.



Fig. 19. Dificultad para socializar. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Como parte de las dificultades para socializar, más de la mitad de los estudiantes con este trastorno, relatan que no le cuesta trabajo hacer amigos, pero el 47% reconoce que si tienen esa dificultad, lo cual según los teóricos es una expresión más del rechazo que viven estos menores, y que habla de la indisposición de los otros escolares o vecinos para relacionarse e integrarlos a su grupo social.

TABLA 8. ¿A TUS COMPAÑEROS LES GUSTA JUGAR CONTIGO?				
CODIFICACIÓN	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE TOTAL	PORCENTAJE VÁLIDO
1	SI	81	86.17%	86.17%
2	NO	13	13.83%	13.83%
	TOTAL	94	100%	100%

Tabla 8. Percepción de rechazo por parte de los otros. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

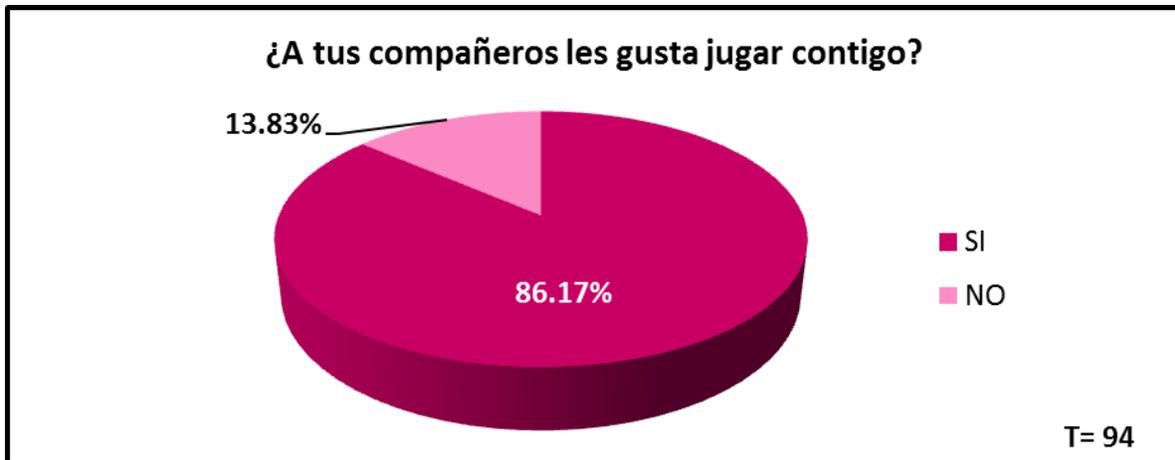


Fig. 20. Percepción de rechazo por parte de los otros. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Cuando se les cuestiona sobre la aceptación de sus compañeros para el juego, el porcentaje se eleva de manera significativa ya que el 86.17% afirma que no tienen problemas en este sentido y el resto manifiesta lo contrario. Ésta situación llama la atención debido a que resulta contradictorio con el 47% que había informado sobre las dificultades que tienen para hacer amigos.



Fig. 21. Percepción de aceptación por parte de los otros. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

En esta pregunta y relacionada con la facilidad para hacer amigos, de nueva cuenta se observan respuestas contradictorias, ya que el 62% del total de los entrevistados considera que su forma de ser no es del agrado de los otros, mientras que el porcentaje restante respondió de forma positiva.

5) Estigma

Esta categoría se enfoca en los resultados referentes a un atributo de la estigmatización (según Goffman), lo cual se relaciona con el rechazo al que son sometidos con frecuencia los niños con TDAH por parte de su familia, profesores, amigos de la escuela y compañeros de clase.

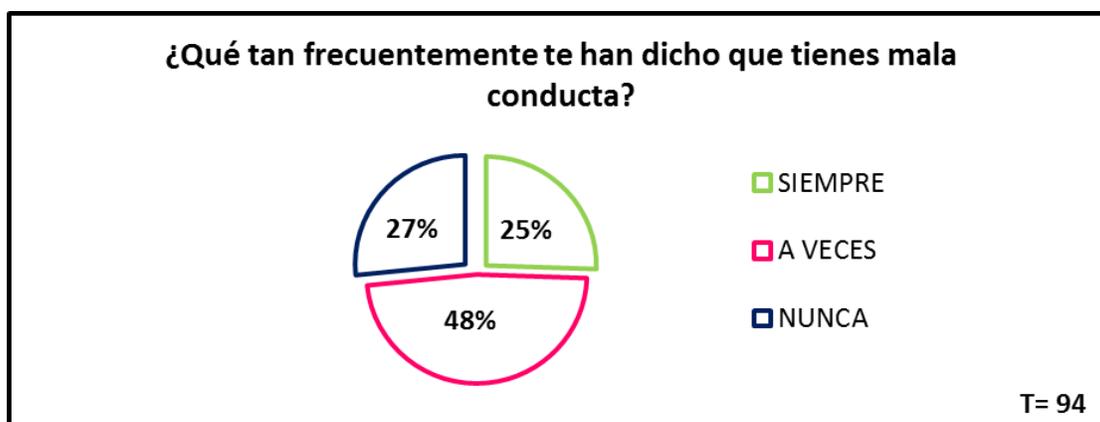


Fig. 22. Frecuencia en que resaltan su mala conducta. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Con respecto a la frecuencia con que los otros (familia, profesor y amigos) les han dicho que tienen mala conducta, el 48% refiere que ha sido solo *a veces*. Una tercera parte considera que se lo dicen *siempre*, y el resto, *nunca*. Llama la atención que, si sumamos el *a veces* y *siempre*, el 73% de la población total ha sido etiquetado por tener mala conducta, lo que concuerda con la información encontrada acerca de uno de los motivos por el que acuden a la institución.

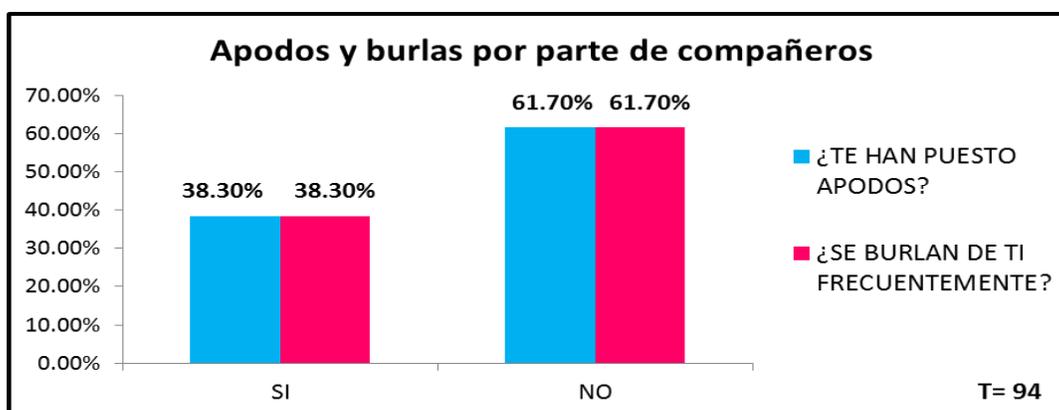


Fig. 23. Apodos y burlas por parte de compañeros. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Volviendo a la estigmatización, coinciden en porcentajes (38.30%), los estudiantes que dijeron que les han puesto apodos en la escuela y que han sido objeto de burlas por parte de sus compañeros de clase, lo que confirma que existen manifestaciones de violencia, principalmente de tipo psicológica hacia estos menores.

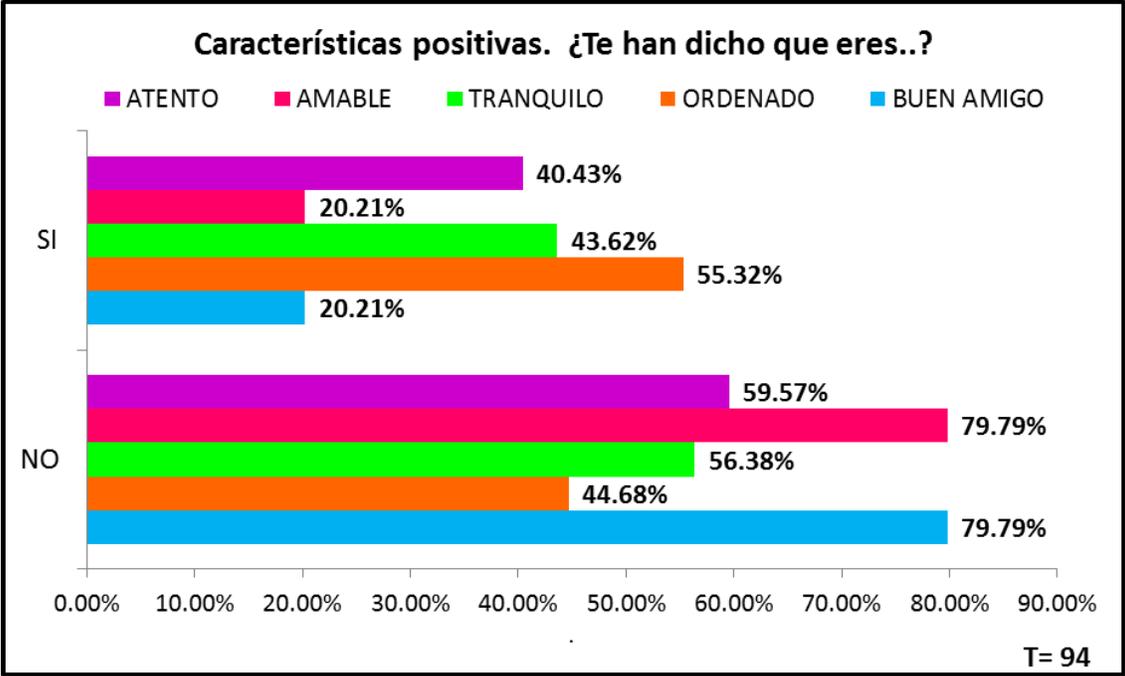


Fig. 24. Características positivas que perciben los otros. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Como se logra observar en la figura 24, se decidió agrupar las preguntas referentes a las características positivas que los otros perciben de los menores tales como el ser atento, amable, tranquilo, ordenado y buen amigo. El 60% de los sujetos manifiesta que no le han dicho que son atentos; respecto de la amabilidad, la mayoría expresa que no han sido reconocidos como amables, más de la mitad no los reconocen como tranquilos y finalmente el 45% afirma que no son considerados como buenos amigos. Resulta relevante resaltar que la única característica que obtuvo un porcentaje mayor de manera positiva fue el ser “ordenado” (55%) lo cual denota la situación crítica en la que viven estos menores, percibiéndose como rechazados socialmente en una proporción alta.

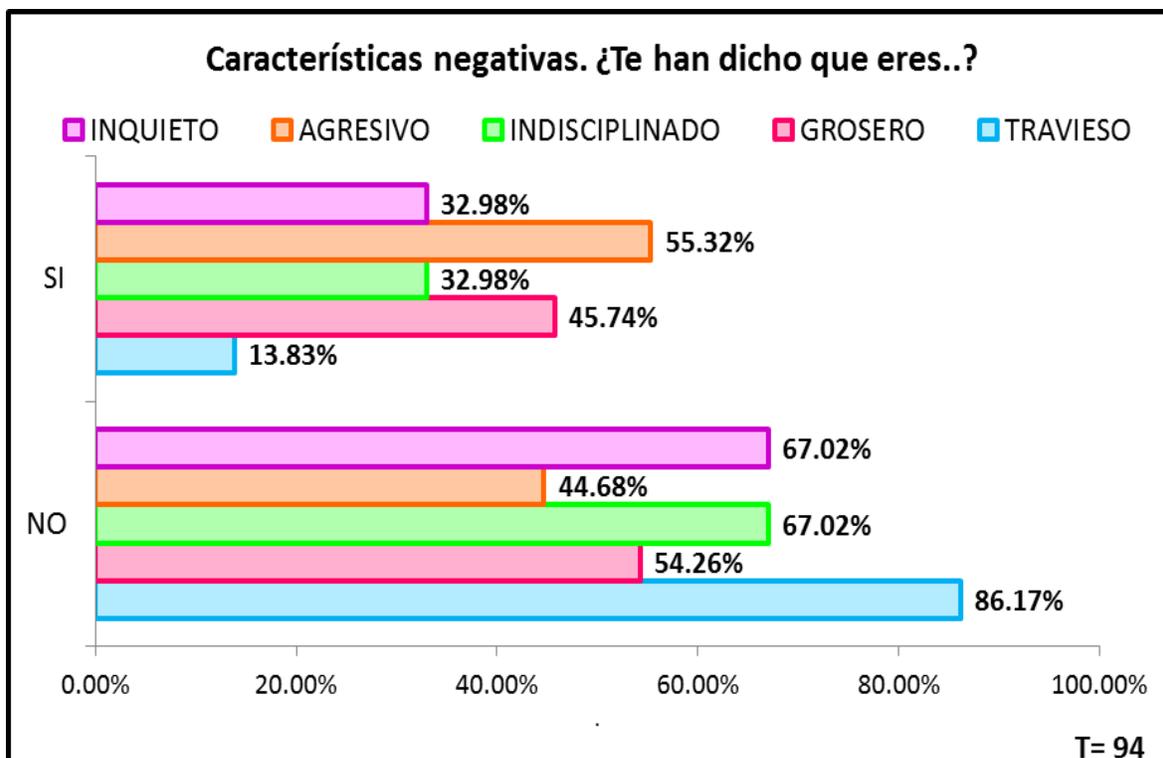


Fig. 25. Características negativas que perciben los otros. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Inquieta a la investigadora, encontrar nuevamente algunas inconsistencias en las respuestas de los escolares, como se puede observar en la gráfica 25; cuando se les preguntó sobre las características negativas que las demás personas ven en él, desde la propia percepción del escolar, se registra que los porcentajes más altos para afirmar que las poseen fueron en orden de importancia: agresivo (55%), grosero (46%), en igual proporción inquieto e indisciplinado (33%); sin embargo las respuestas que hablan de que no poseen esas características negativas fueron más altas, con excepción del agresivo.

6) Rechazo social

Esta última categoría se enfoca en la variable más importante de la investigación puesto que los resultados reflejan, desde la perspectiva de los sujetos, el rechazo social que viven los niños con TDAH por parte de las personas que los rodean y las razones por las que esto sucede.

TABLA 9. ¿SIENTES QUE LAS PERSONAS QUE TE RODEAN, TE ENTIENDEN?				
CODIFICACIÓN	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE TOTAL	PORCENTAJE VÁLIDO
1	SI	52	55.32%	55.32%
2	NO	42	44.68%	44.68%
TOTAL		94	100%	100%

Tabla 9. Percepción de entendimiento de los otros. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

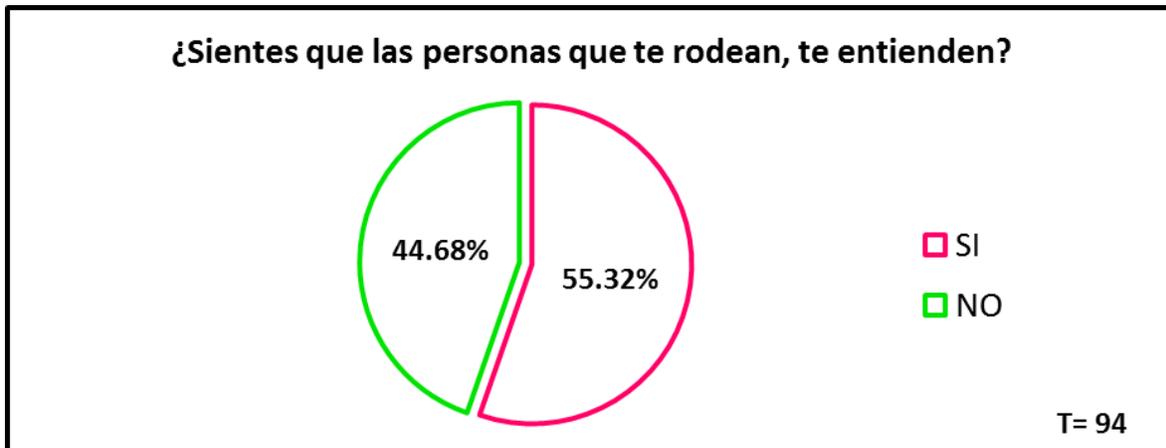


Fig. 26. Percepción de entendimiento de los otros. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Del total de los entrevistados, más de la mitad manifiestan que se siente comprendido por las personas que lo rodean, mientras que el porcentaje restante dice que no es así. Se deduce que existe poca tolerancia y comprensión a menores que tienen TDAH, y por lo tanto son etiquetados como “niños problema” (Artega, 2009).

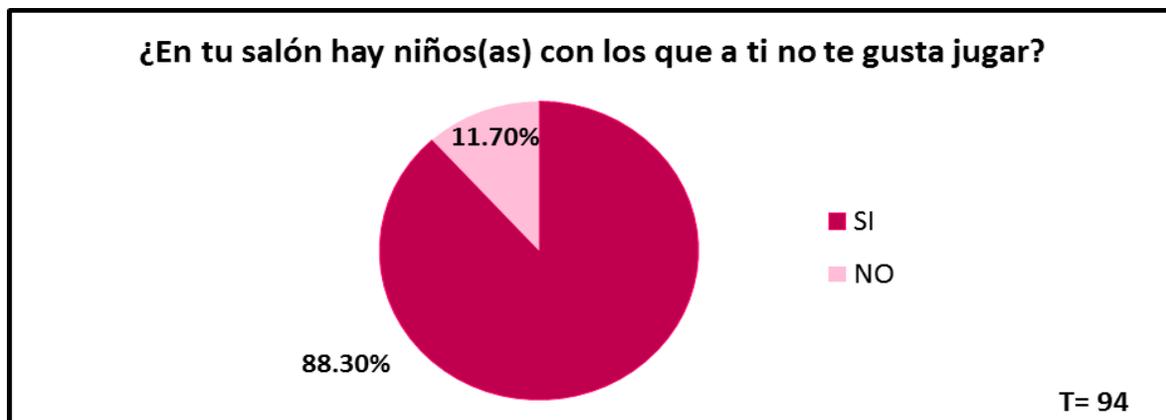


Fig. 27. Socialización de los menores con sus compañeros de clase. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

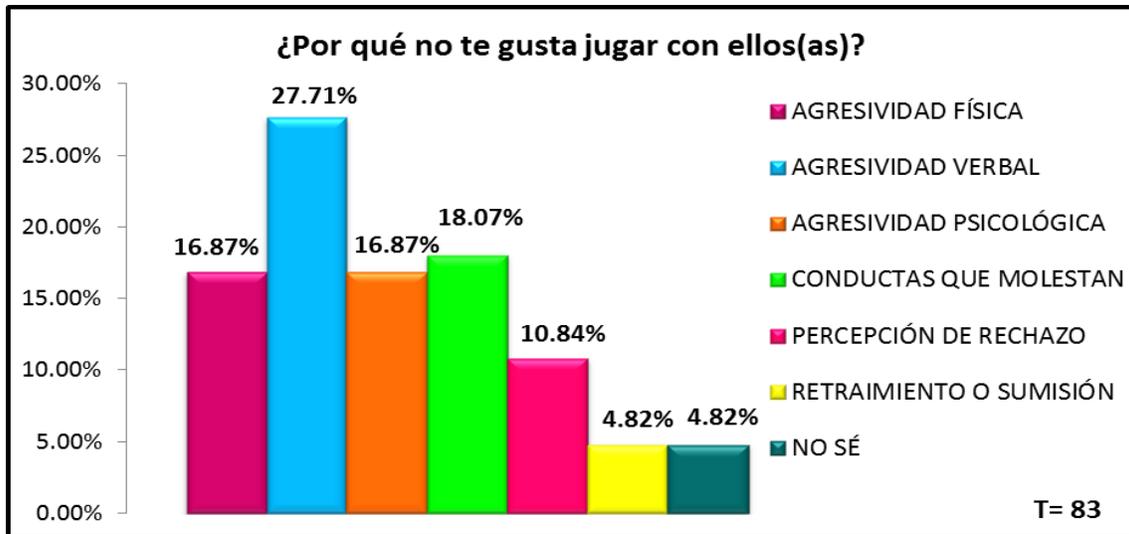


Fig. 28. Razones de rechazo del menor hacia sus compañeros de clase. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Del total de los sujetos entrevistados, 9 de cada 10 expresa que, dentro de su salón de clase, hay niños con los que a ellos no le gusta jugar; cuando se les preguntó sobre las razones, la mayoría señaló diversas razones relacionadas con expresiones de violencia: en orden de importancia, agresividad verbal (28%), tener conductas que molestan (18%), en igual proporción la agresividad física y psicológica (17%). Al sumar las categorías sobre agresividad, se confirma la existencia de la violencia dentro de las relaciones sociales de los menores (61.45%) y una de las razones de rechazo más frecuente (Monjas, et al., 2005). Por el contrario, en la siguiente gráfica, se muestra que en el salón de clases hay niños a quienes no les gusta jugar con estos menores.

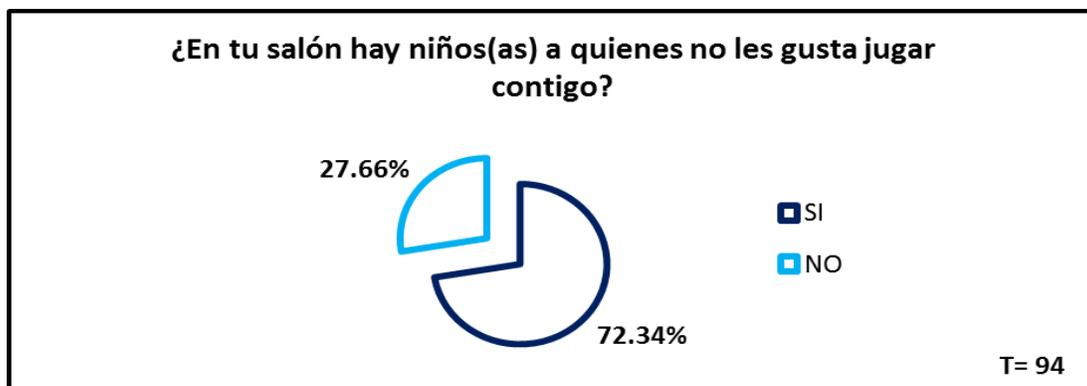


Fig. 29. Socialización de los compañeros de clase con los menores. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Como se puede observar, el 72% de los escolares, expresa que si hay compañeros de su salón de clase a quienes no les gusta jugar con él, aunque menos de una cuarta parte expresa lo contrario. Lo que denota una carga importante de rechazo en el ámbito escolar.

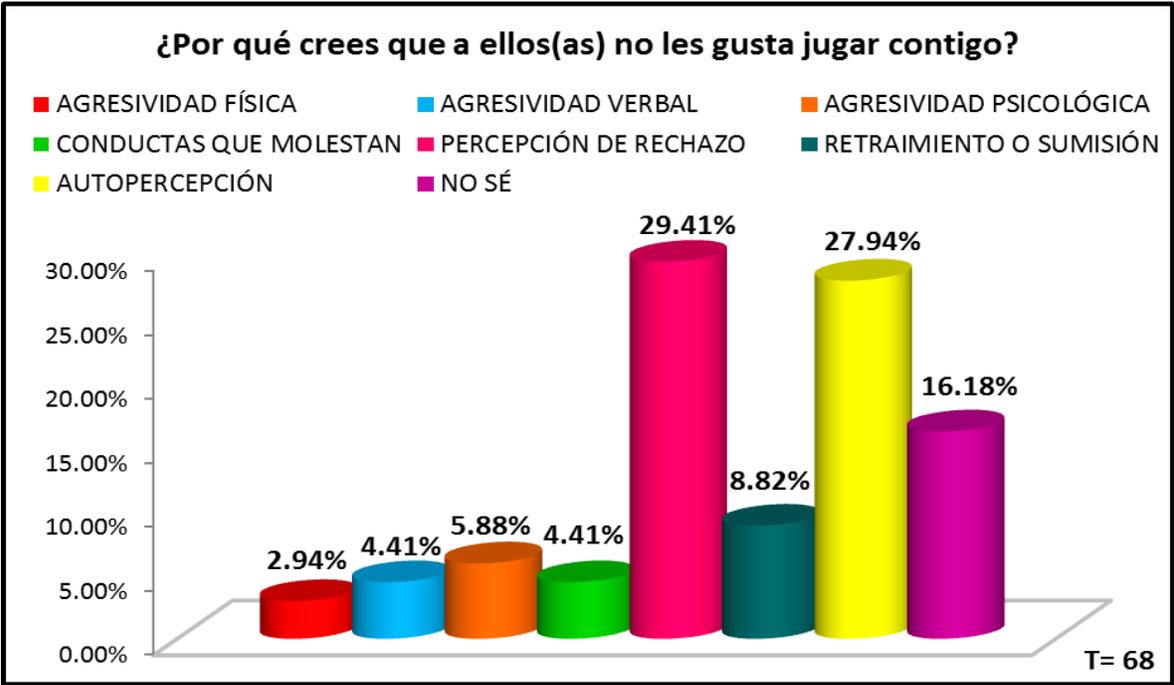


Fig. 30. Razones de rechazo de los compañeros de clase hacia los menores. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Es necesario destacar que entre las razones por las que, según el menor, en su salón de clases hay muchos niños a quienes no les gusta jugar con ellos, teniendo en el 29% una percepción de rechazo o exclusión; para el 28% es por autopercepción en la que los escolares se reconocen como “latosos” o que poseen comportamientos que hacen que los otros no quieran jugar con ellos, lo que reafirma que los menos han incorporado etiquetas como parte de su forma de ser. Estas dos categorías representan el 57% del total. Hay un porcentaje considerable que desconoce la razón (16%). Mostrando en proporciones menores, el retraimiento, inhibición, pasividad, sumisión o incompetencia social como otras de las razones (9%), no obstante, vuelven a sobresalir las conductas que molestan a los otros (4%), la agresividad psicológica, verbal y física aunque con un porcentaje más bajo sumando entre ellas el 13%, a comparación de la figura 28.

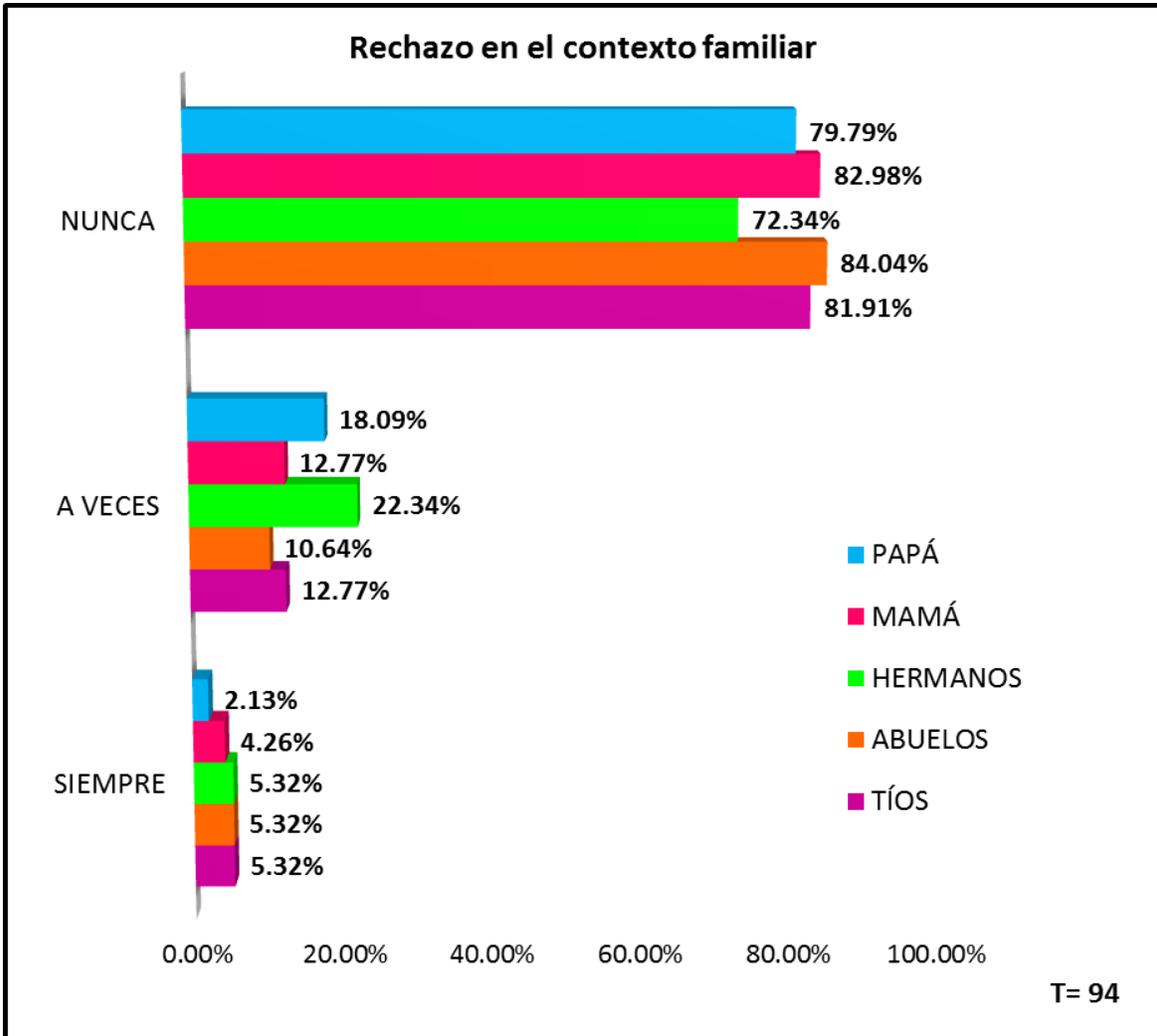


Fig. 31. Rechazo en el contexto familiar. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Con respecto a la frecuencia de la percepción de los escolares acerca de haberse sentido rechazados por algún integrante de su familia, a pesar de que en promedio el 80% afirma que *nunca*, el resto (20%) han sentido rechazo ocasional o permanente, por orden de importancia de parte de hermanos, papá, tíos, mamá, y abuelos.

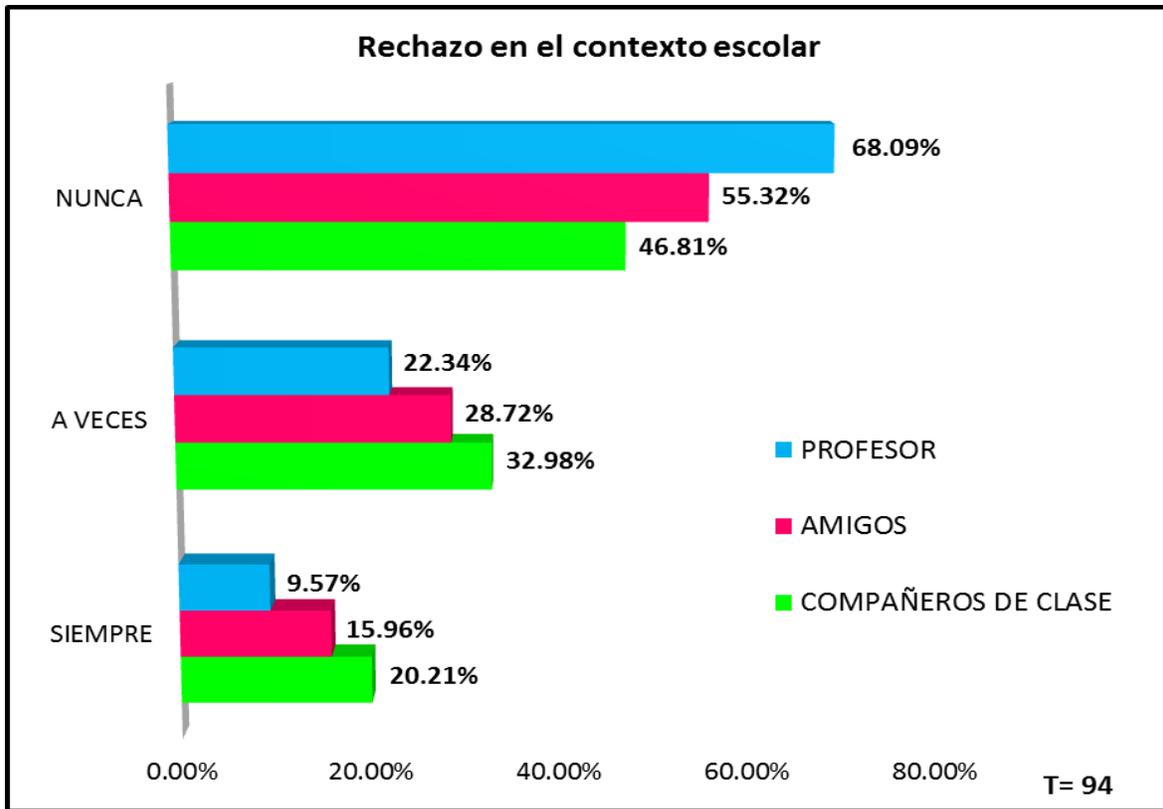


Fig. 32. Rechazo en el contexto escolar. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Al promediar las respuestas de los estudiantes acerca de la percepción de ser rechazados en el ámbito escolar el 57% nunca lo han sido, el 43% se reconocen como rechazados en este espacio, ya sea ocasional o permanentemente, siendo el rechazo más frecuente de los compañeros de clase, luego de los amigos y finalmente del maestro. En seguimiento de la búsqueda de rechazo, se mostraron las siguientes imágenes a los escolares, para que seleccionaran aquellas con las que más se identificaban.

TABLA 10. ¿CON CUÁL IMAGEN TE SIENTES MÁS IDENTIFICADO CON TU FAMILIA?				
CODIFICACIÓN	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE TOTAL	PORCENTAJE VÁLIDO
1	ACEPTACIÓN EN LA FAMILIA	73	77.66%	77.66%
2	RECHAZO EN LA FAMILIA	11	11.70%	11.70%
3	AMBAS	10	10.64%	10.64%
TOTAL		94	100%	100%

Tabla 10. Identificación en situaciones de aceptación-rechazo en la familia. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.



Aceptación en la familia

Rechazo en la familia

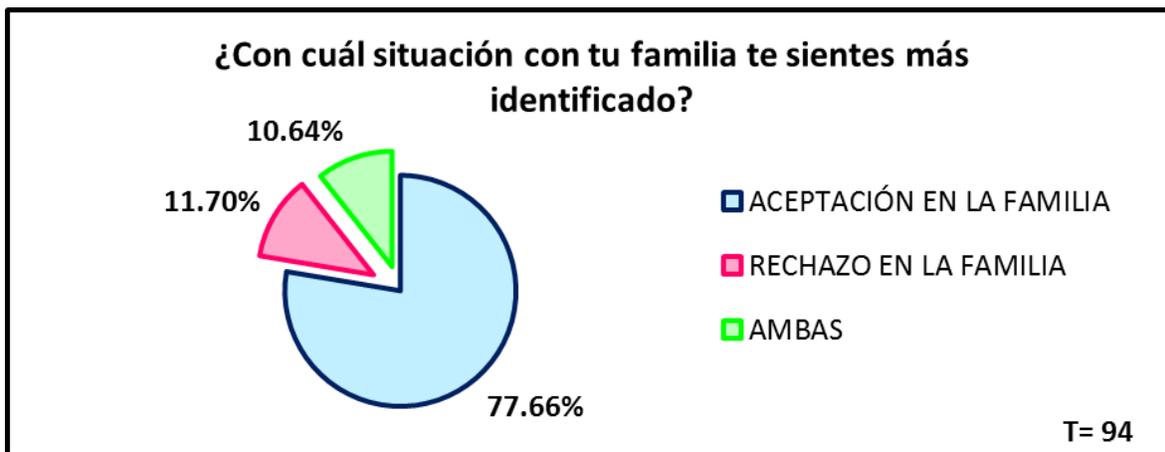


Fig. 33. Identificación en situaciones de aceptación-rechazo en la familia. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Como se puede observar los escolares entrevistados (77%) se sienten más identificados con la familia integrada que comparte y que incluye; solo uno de cada diez se identifica con la familia disfuncional que rechaza y excluye, y el 11% con ambos tipos de familia, tanto la funcional como la disfuncional.

TABLA 11. ¿CON CUÁL IMAGEN TE SIENTES MÁS IDENTIFICADO EN LA ESCUELA?				
CODIFICACIÓN	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE TOTAL	PORCENTAJE VÁLIDO
1	ACEPTACIÓN EN LA ESCUELA	66	70.21%	70.21%
2	RECHAZO EN LA ESCUELA	21	22.34%	22.34%
3	AMBAS	7	7.45%	7.45%
TOTAL		94	100%	100%

Tabla 11. Identificación en situaciones de aceptación-rechazo en la escuela. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.



Aceptación en la escuela



Rechazo en la escuela

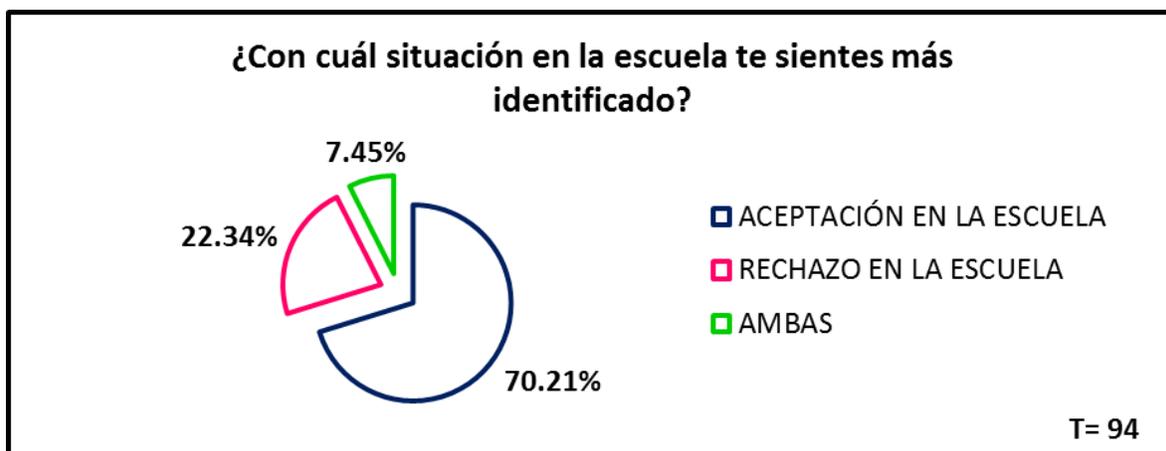


Fig. 34. Identificación en situaciones de aceptación-rechazo en la escuela. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo durante el 13 al 31 de mayo de 2019 a la población muestra.

Para finalizar con el análisis cuantitativo, se dan a conocer los resultados con respecto a la identificación de situaciones en la escuela; la mayoría manifiesta sentirse aceptado en este contexto; el 22%, por el contrario, se siente rechazado, un porcentaje mayor en comparación con la identificación familiar. Por último, el porcentaje restante reconoce sentirse tanto aceptado como no aceptado y excluido en la escuela. Como se pudo observar el rechazo es mayor en el ámbito escolar, sin embargo, aquí se acortan las distancias.

Enseguida se desarrollará el análisis cualitativo de los resultados de la investigación.

4.6.2 Análisis Cualitativo

Esta investigación arrojó hallazgos importantes respecto a las problemáticas sociales relacionadas con el rechazo social que viven los niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, a partir de las respuestas a las preguntas abiertas.

La mayor parte de la población son hombres de 10 años de edad y se encuentran estudiando el 4° y 5° de primaria, lo cual concuerda con la información proporcionada por la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) en donde se expresa que los síntomas se identifican con frecuencia durante la edad escolar, entre los 6 y 12 años y en dos o más contextos (en casa y escuela); en el DSM-V se especifica que los síntomas se deben presentar después de los 7 años para descartar una confusión con el comportamiento propio de la edad, sin embargo, el CECOSAM Iztapalapa también atiende a menores de 5 años; aun así la prevalencia de este grupo de edad es muy baja.

Resulta inquietante descubrir que la mayoría de los entrevistados desconocen el significado del padecimiento diagnosticado y una mínima desconoce el motivo por el cual los llevan a consulta. De acuerdo a lo observado durante la estancia en la institución, uno de los motivos se debe a que los profesionales con frecuencia se dirigen únicamente al familiar responsable y pocas veces explican las implicaciones del trastorno a los menores, sin tomar en cuenta la posibilidad de que los familiares tampoco lo hacen, generando que los niños desconozcan la causa de su comportamiento, y a que solo repitan las opiniones de quienes los rodean, expresándolo de la siguiente manera:

“Es cuando te portas mal.” (No. Entrevista: 73)

“Es que me desespero y golpeo.” (No. Entrevista: 88)

“Porque no trabajo y me distraigo.” (No. Entrevista: 46)

“Es ser muy inquieto y que no pones atención.” (No. Entrevista: 75)

No obstante, no todos los entrevistados presentan las mismas dificultades pues depende en gran medida del subtipo que le hayan diagnosticado; se encontraron casos donde predominaba el déficit de atención pues se les repetía la pregunta en

varias ocasiones porque perdían la concentración, se distraían con facilidad o tenían una actitud apática; estos niños suelen ser más tímidos, inseguros e introvertidos orillándolos al aislamiento social (Jensen, et al., 1993), mientras que los que presentaban mayor hiperactividad e impulsividad, pocas veces podían quedarse sentados, movían constantemente pies y brazos, y contestaban antes de escuchar la pregunta, síntomas descritos en el DSM-V (APA, 2014) y que son propios de la hiperactividad.

Un aspecto importante por considerar es el requerimiento de la medicación como parte de su tratamiento ya que algunos de los entrevistados, sobre todo los de mayor edad, resaltaban que antes de ser medicados, su comportamiento era agresivo y grosero, aspectos que fueron disminuyendo paulatinamente, por ello, se logran identificar otros factores ambientales que se encuentran entrelazados con la problemática estudiada.

“Me dan medicamento porque yo era muy inquieto y distraído, pero ya no.” (No.

Entrevista: 23)

“Tengo 4 meses en tratamiento y han disminuido los síntomas, pero antes tenía muchos problemas en la escuela (...). Me excluían y me regañaban mucho por cosas que no hacía.” (No. Entrevista: 16)

“Antes era muy agresivo y no me iba bien en la escuela. Me hacían a un lado por mi comportamiento. Me sentía muy triste porque me pegaban y no tenía amigos. Llevo 5 meses con el medicamento y me controlo más.” (No. Entrevista: 21)

Respecto a los factores familiares, se encontró el que tipo de familia más frecuente es la extensa caracterizada por incluir varias generaciones tales como abuelos, nietos, tíos y sobrinos que, además, cohabitan e interaccionan entre sí (Instituto de Investigaciones Sociales, 2016), así como familias nucleares conformadas solo por padres e hijos, sin embargo, en su mayoría, son las madres quienes se encargan del cuidado del menor la mayor parte del tiempo.

Se considera que la formación de un ambiente afectuoso y saludable es una de las principales funciones de la familia (Rodrigo y Palacios, 1998), y los resultados indican que las familias de los sujetos con poca frecuencia presentan cohesión y el

menor siempre se lleva bien con ella, a pesar de ello han sido regañados por su mal comportamiento y castigados en más de una ocasión.

De acuerdo con Baumrind (1980), existe una relación entre los diferentes estilos de crianza en la familia y la competencia social que los hijos demuestran para adaptarse y relacionarse en sus etapas de preescolar y escolar; debido a lo difícil y estresante que resulta criar y convivir con un niño que es excesivamente inquieto, con dificultad para poner atención y que no controla sus impulsos, los padres recurren con mayor frecuencia a castigos, órdenes, regaños, ejerciendo más control sobre sus hijos y exigiendo una obediencia inmediata, aspectos propios de un estilo de crianza autoritario (Villanueva, 2017), como una respuesta al comportamiento del menor, aunque también ha recibido premios cuando hace algo bien.

Como se puede observar, el estilo de crianza autoritario visto como una técnica disciplinaria inadecuada es uno de los principales factores que afectan la dinámica familiar, revelando que el trastorno es más común en familias con ambientes conflictivos (Frick et al., 1992; Jensen, et al., 1993); los menores expresaron lo siguiente:

“Mi papá mató a mi mamá.” (No. Entrevista: 85)

“Mi mamá nos golpeaba mucho y mi abuela pidió una orden de restricción; mi papá está en la cárcel y yo también le pego a mi abuela y a mi hermana.” (No. Entrevista: 62)

“Mi papá es muy agresivo con mi mamá, con mis hermanos y conmigo. Se enoja, grita y nos insulta mucho.” (No. Entrevista: 68)

“Mi mamá no vive conmigo. Mis abuelos la consideran tóxica y por eso la veo a veces.” (No. Entrevista: 64)

Además, suelen presentar mayores enfrentamientos y desacuerdos debido a que estos niños son menos complacientes, sumisos y más negativos (García, et al., 2012). Los autores refieren que, los padres, al ser menos afectivos con sus hijos y con menor tendencia a resolver problemáticas, provoca distanciamiento entre ellos (Raya, Herreruzo y Pino, 2008) puesto que los entrevistados no se sienten escuchados y con frecuencia se perciben diferentes al resto de la familia, repercutiendo en el propio niño y en su desarrollo social.

“Me ignoran” (No. Entrevista: 91)

“A veces me siento bien con ellos pero a veces no me hacen caso.” (No. Entrevista: 87)

“No me gusta contarle a nadie lo que me pasa por que no me entienden. Eso me pone triste y prefiero morirme. (...) a mí nadie me quiere.” (No. Entrevista: 67)

La crianza de los hijos es otra de las funciones de la familia, sin embargo, es de igual importancia la manera en la que se relacionan con los padres ya que, algunos sujetos perciben un trato diferente en comparación con los demás integrantes de la familia. Una consecuencia negativa de esta situación es que los menores tienden a ser retraídos, temerosos en sus interacciones sociales y evitan relaciones más cercanas.

En lo que se refiere a los factores escolares, es común encontrar que el docente conozca el motivo de consulta; en este caso, el desconocimiento no es un factor relevante, sin embargo, especialistas coinciden que gran parte de las dificultades surgen por una perspectiva poco inclusiva por parte del sistema educativo del país que necesitan adecuarse a las diversidad de necesidades de los alumnos (Del Águila, 2018).

Al igual que con la familia, en la escuela es el profesor quien delimita el estilo de docencia, similares a los parentales pero estos últimos influyen en la dinámica dentro del salón de clases. En este caso, se pone de manifiesto el estilo democrático caracterizado por generar orden y respeto pero también participación e iniciativa (Jaramillo, et al., 2006) ya que los profesores explican a los alumnos cuando algo no entienden, les hacen caso cuando el menor les habla y los tratan bien creando un ambiente agradable y tranquilo, no obstante, los han regañado frente a sus compañeros de clase debido a su comportamiento, pues con frecuencia alteran el orden del grupo, hablan demasiado, hacen comentarios fuera de lugar, buscan problemas con los demás compañeros a través de agresiones físicas y verbales, parecen no escuchar, no respetan las reglas del juego, lloran con facilidad, tienden a ser rebeldes, ruidosos, groseros, problemáticos y molestos, características que derivan de los síntomas del déficit de atención, la hiperactividad e impulsividad (García, et al., 2006).

Por otro lado, es necesario analizar las relaciones con sus iguales dado que con frecuencia presentan dificultad para hacer amigos, lo cual es común en esta población ya que no basta con gozar de compañía, sino también de la validación o reconocimiento que se obtiene de los otros Edel (2003), inclusive supone que su forma de ser no es del agrado de los otros, lo cual concuerda con Delgado (2018) quien expresa que estos menores con frecuencia tienen la sensación de ser diferente a los demás, asumiendo que poseen una característica negativa, orillándolo a aislarse, sin embargo, la mayoría refiere sentirse aceptado en el juego por sus compañeros, lo cual resulta contradictorio con lo anterior.

Esta característica hace que los otros identifiquen al menor con un único rasgo, muchos de ellos han sido etiquetados por su mala conducta a través de “estereotipos, actitudes y creencias negativas provocando que sean discriminados y excluidos” (Magallares, 2011, p. 8) siendo objeto de burlas y apodos por parte de sus compañeros de clase, demostrando que esta situación se encuentra entrelazada con otros fenómenos sociales como la violencia, el aislamiento y el rechazo social, además de los mencionados anteriormente.

Etiquetar a niños con diagnóstico de TDAH por su comportamiento es una práctica muy común pues se trata de una construcción social que implica menospreciar a una persona por el simple hecho de ser diferente a los demás. Los menores no son reconocidos como amables ni buenos amigos pero si como traviesos; los han llamado tranquilos aunque también agresivos y etiquetados como sujetos que no ponen atención. Aunado a ello, se les identifica como desordenados y groseros así como inquietos e indisciplinados convirtiendo estas características en el único atributo de su personalidad sin tomar en cuenta el resto, acaparando la totalidad de la identidad de la persona (Aretio, 2010), a lo que Goffman (2006) llama estigma.

De forma tal que, al poseer éste estigma pues sus conductas no son aceptadas, ni van acorde con las normas culturales establecidas por la sociedad generando un sentimiento de incompreensión en el menor.

Como se puede observar, el menor posee un estigma “de niño problema”, es decir, recibe una etiqueta por su comportamiento derivado del trastorno que, aunado a los prejuicios y creencias estereotipadas de los otros, en su mayoría negativas y erróneas, originan un menosprecio y distanciamiento hacia ellos (discriminación y rechazo social), forjando un proceso de estigmatización, inclusive, el hecho de que los menores se vean obligados a asistir a una institución psiquiátrica provoca segregación tanto en la familia como en la escuela representado como rechazo puesto que es común que en su salón de clases haya niños con quienes no les gusta jugar pues éstos suelen ser agresivos con él de manera física, verbal y psicológica, pues expresan que:

“Se llevan pesado.” (No. Entrevista: 38)

“Dicen muchas groserías.” (No. Entrevista: 1)

“Me dicen que soy tonto y feo.” (No. Entrevista: 16)

“Me pegan y me jalan de los cabellos.” (No. Entrevista: 3)

“Son agresivos, arrogantes y groseros.” (No. Entrevista: 4)

“Siempre me molestan, dicen cosas malas de mí y se burlan.” (No. Entrevista: 35)

El no ser aceptado en un grupo, genera que los sujetos no logren reconocer el impacto que su comportamiento produce en los demás, lo que provoca, a su vez, rechazo hacia los otros en forma agresiva tanto física como verbal (Díaz-Aguado, 1996). Por otro lado, expresan que una de las razones por las que se da ésta situación es porque considera que los otros niños tienen conductas que a él le molestan, por ejemplo:

“Son desesperantes.” (No. Entrevista: 21)

“Son muy payasos y se creen mucho.” (No. Entrevista: 34)

“Porque me acusan con la maestra, pero son mentiras.” (No. Entrevista: 23)

“A veces se enojan y me regañan, pero yo no les hago caso.” (No. Entrevista: 52)

“Es agresivo, peleonero y no se comporta bien en la escuela.” (No. Entrevista: 80)

De igual forma, las actitudes de rechazo por parte de sus compañeros de clase es otra de las razones que manifiestan los menores puesto que, definido por el diccionario de Trabajo Social (Barker, 1995) el rechazo es una “negativa a otorgar, conceder o reconocer algo o alguien (...) cuando sus ideas, presencia o solicitudes no son aceptadas por los otros” (p. 320).

Lo anterior se ve reflejado en las respuestas de los menores ya que logran percibir este tipo de actitudes, tales como:

“No me quieren.” (No. Entrevista: 16)

“No me hablan.” (No. Entrevista: 6)

“Me tratan como bicho raro.” (No. Entrevista: 32)

“Me dijo que no fuera su amigo.” (No. Entrevista: 73)

“Hacemos grupos y las niñas no quieren jugar conmigo.” (No. Entrevista: 86)

“Me alejan, me dicen que no esté molestando.” (No. Entrevista: 90)

Por el contrario, también hay rechazo por parte de sus compañeros de clase hacia el menor con TDAH y las principales razones se deben, nuevamente, a la percepción de rechazo, fenómeno ligado a la aceptación social determinado como “el grado en que un niño es querido, aceptado, reconocido y apreciado en su grupo de iguales” (Bukowski, Newcomb y Hartup, 1996, p. 5).

Un hallazgo significativo es la percepción que tienen un buen número de los entrevistados sobre sí mismos, cuando dicen que son rechazados, lo que hace que el sujeto que se asuma como diferente convirtiéndose en una forma de reconocerse y diferenciarse de los demás, de manera que se auto-estigmatiza; expuesto por Arnaiz y Uriarte (2006) son aquellas “reacciones de las personas que pertenecen a un grupo estigmatizado que vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellas mismas” (p. 52) y es un motivo por el cual considera que los otros niños no quieren jugar con ellos, lo cual se suma al poco o nulo conocimiento que tanto el escolar, como los que lo rodean, tienen sobre el TDAH..

“Soy mandona y llorona.” (No. Entrevista: 39)

“Porque soy latoso y travieso.” (No. Entrevista: 4)

“Soy muy grosero y encimoso.” (No. Entrevista: 12)

“Por mi actitud, me desespero y empiezo a llorar.” (No. Entrevista: 53)

“Porque no les gusta mi forma de ser, soy inquieto y vulgar.” (No. Entrevista: 25)

“Porque me porto mal con ellos, les digo groserías y les pego.” (No. Entrevista: 26)

Con lo anterior, queda demostrado que el rechazo social es una construcción social del grupo y se le asocia con otras problemáticas como aislamiento, violencia, maltrato, exclusión o marginación (Mateu-Martínez, et al., 2013).

Sin embargo, además se expande a los demás actores con quienes conviven los menores, como la familia, los profesores y amigos; en este caso, la mayoría de los entrevistados no se siente rechazado por sus padres, hermanos, abuelos y tíos, sin embargo, algunos entrevistados expresaron lo siguiente:

“Mi mamá me ignora y me azotan la puerta en la cara.” (No. Entrevista: 15)

“En mi casa no me aguantan.” (No. Entrevista: 26)

“Desde niño siento que en mi casa no me quieren.” (No. Entrevista: 89)

“Me odian en mi casa y también en la escuela, pero no sé por qué.” (No. Entrevista: 42)

“Desde que nació mi hermana, ya no me hacen el mismo caso.” (No. Entrevista: 54)

Por el contrario, los sujetos se han sentido de esta forma con sus profesores, otros con sus amigos y con mayor frecuencia con sus compañeros, siendo este grupo, quienes más rechazan a los niños con TDAH, manifestando los siguientes comentarios:

“No les caigo bien.” (No. Entrevista: 21)

“Me dicen que soy un dolor de cabeza.” (No. Entrevista: 43)

“Mi maestra me dice que soy un huevón.” (No. Entrevista: 66)

“Mi maestra era muy exigente y decía que era muy latoso y me regañaba todo el tiempo, pero mi nueva maestra es muy buena gente y me trata bien.” (No. Entrevista: 44)

En resumen, y de acuerdo con los resultados, los menores se sienten aceptados en su familia, pero se han sentido rechazados en la escuela. Como se puede observar, en la cotidianidad existe un gran interés por establecer categorías de normalidad y que la persona que no los cumpla, será tratada de manera diferente, por los que se consideran “normales”, lo que genera rechazo y exclusión de los escolares que tienen el trastorno, produciéndose situaciones de conflicto, aislamiento, intolerancia en las distintas interacciones que ellos tienen con quienes lo rodean.

Conclusiones de los resultados de la investigación

La presente investigación ha contribuido de manera significativa para resaltar los procesos sociales que se encuentran entrelazados con el rechazo social que viven los menores con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa. Los resultados de esta investigación logran identificar los principales factores que intervienen en este proceso social en el contexto familiar y escolar.

Con respecto a la familia, a pesar de ser mayormente de tipo nuclear y extensa, es la madre quien cuida del menor, la que más tiempo pasa con él y de quien se siente menos rechazado. En el contexto familiar se manifiesta un alto grado de cohesión, escucha activa y su interacción entre los escolares y los otros integrantes de la familia, sin embargo, con frecuencia consideran sentirse diferentes y son capaces de reconocer que reciben un trato desigual comparado con el resto de sus familiares, aunque no es una cifra alarmante, es un aspecto que debe considerarse para el análisis de la dinámica familiar al igual que las prácticas de crianza ya que frecuentemente los menores son regañados y castigados por su mala conducta.

Es debido a esto que se puede concluir que la relación de los niños con TDAH es cercana, pero con un enorme conflicto para manejar su comportamiento y por ello recurren a medidas disciplinarias autoritarias ocasionando distanciamiento entre ellos, quedándoles la escuela como el ámbito esencial para relacionarse fuera del contexto familiar, pero en el que encuentran mayor intolerancia y muestras de rechazo.

Por otro lado, en el contexto escolar se vuelve fundamental destacar la importancia de la calidad de las relaciones entre el profesor y los alumnos con TDAH. Dentro de los factores escolares se identifica a la interacción que tiene el profesor con los sujetos pues constantemente son regañados frente a sus compañeros de clase y han sido reconocidos por su mal comportamiento.

En las aulas se aplica mayoritariamente un estilo de docencia democrático por el buen trato, escucha activa y atención de las demandas de los alumnos por parte del docente, sin embargo, el reconocimiento de los demás ha llevado a los menores a rechazar, excluir y violentar a los demás para conseguirlo, aunque de igual forma, han sido objeto de rechazo, exclusión y violencia por los otros. Por ejemplo, dentro del juego, el rechazo se ve manifestado por diversos motivos: a través de procesos e violencia representada en agresivas de manera física, verbal y psicológica por parte de sus compañeros de clase pues han sido objeto de apodosos y burlas; estigmatizados como individuos poco amables, inquietos, desordenados, agresivos y no son considerados como buenos amigos, aunado a conductas molestas de estos que no es del agrado de los entrevistados; de igual forma, presentan mayores dificultades para socializar con los otros orillándolos a tener un sentimiento de incompreensión.

Por otra parte, los menores con TDAH tienen la idea de que no son aceptados por sus iguales por su forma de ser y se auto-estigmatizan como alguien indeseable principalmente por su comportamiento ya que las valoraciones negativas hacia sí mismos influyen en como los compañeros perciben a ese alumno, lo que provoca el rechazo de este. No obstante, algunos desconocen el motivo por el cual no quieren jugar con él. La escuela, al ser el segundo espacio de socialización de los sujetos, debería establecer formas de relación donde predomine la aceptación, inclusión y compañerismo entre todos los actores que se encuentran inmersos, sin embargo, la realidad denota la fomentación y reproducción de etiquetas, estereotipos, agresiones y distanciamiento manifestándose en forma de violencia, exclusión, discriminación, rechazo e intolerancia hacia lo diferente.

De igual forma, se recuperó la percepción de rechazo de los menores con respecto a la familia siendo los hermanos y el papá, de quienes deviene con mayor frecuencia, no obstante, consideran sentirse aceptados. En cambio, en la escuela hay un mayor número de niños que se sienten rechazados en comparación con la familia y señalan a los amigos y en especial, a los compañeros de clase como sujetos que rechazan más.

A modo de conclusión, el contexto escolar es donde se visualiza con mayor frecuencia el rechazo social hacia estos menores, sin embargo, es un fenómeno que también está presente en la familia, aunque en menor proporción. Como resultado, es posible concluir que el rechazo es un proceso social en donde el sujeto entra en una espiral negativa que tiene como resultado la restricción de oportunidades de interacción positiva con las personas que convive, dificultándole la adquisición de habilidades sociales necesarias para relacionarse de forma satisfactoria causando un gran impacto en el menor y en sus relaciones debido a la poca aceptación del comportamiento derivado de los síntomas propios de la enfermedad, disminuyendo la calidad de las mismas y el efecto social que tiene en el desarrollo social de los escolares. Así pues, la principal aportación de esta investigación es que, en el contexto escolar, a diferencia del familiar, se presentan más rasgos de fragmentación de los vínculos entre los actores involucrados, sin embargo, se considera que convendría estudiar las familias a mayor profundidad, ya que encontramos respuestas contradictorias a lo largo de la investigación.

De acuerdo con el objetivo general de esta investigación, éste se cumplió pues se analizaron los principales factores familiares y escolares que intervienen en el proceso del rechazo social en estudiantes de 6 a 12 años que presentan TDAH como el estigma, los estilos de crianza y de docencia, y la dinámica familiar y escolar; asimismo, se encontraron otros factores tales como la violencia, exclusión social y discriminación que se encuentran interrelacionados.

Con respecto a las hipótesis planteadas, la primera se rechazó ya que se encontró que el desconocimiento del trastorno no resultó ser un factor familiar ni escolar que interviene en el rechazo social. Por otro lado, la segunda hipótesis se comprobó pues el estigma si resultó ser un factor relevante en el fenómeno estudiado del rechazo social.

Se observó que el rechazo social en la familia se da en menor medida en comparación con la escuela; quien más los rechaza en la familia es el padre y los hermanos; y los compañeros de clase en el ámbito escolar.

Se considera necesario seguir estudiando este fenómeno, investigando desde la percepción de los padres, los profesores y los compañeros de clase, inclusive desde la postura de padres de familia de niños que no presentan el diagnóstico.

Conclusiones generales

El tema de la salud mental infantil, por décadas, ha sido prácticamente invisible para las administraciones de todo el mundo y de ahí la importancia de sensibilizar a la población mundial.

A pesar de que el TDAH es un padecimiento es cada vez más frecuente en la población infantil, no existen programas ni acciones específicas para promover la aceptación de quienes lo padecen y el conocimiento que se tienen sobre el trastorno; y sus efectos en su comportamiento es tan escaso que generalmente se les etiqueta y se les rechaza por considerarlos “niños problema”.

Recordando que los niños son uno de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad y dado que la mayoría de la carga mundial corresponde a los países con ingresos bajos y medio-bajos, deberían existir más políticas y acciones para su atención, es decir, un trabajo en conjunto con instituciones, gobiernos y sociedad en general, se generen políticas y programas encaminados a contribuir a la mejora de la calidad de vida de los niños cerrando así la brecha de las desigualdades que sufre la población infantil, incluyendo factores ambientales, sociales y económicos, desarrollando un tratamiento integral y específico donde Trabajo Social podría hacer aportaciones relevantes para la transformación de la realidad social de los sujetos.

No obstante, a partir de la búsqueda bibliográfica y en lo observado durante la aplicación de las entrevistas, se encontró que los trabajadores sociales pocas veces son tomados en cuenta para dicha evaluación a pesar de ser quienes intervienen en problemas sociales derivados del trastorno y que afectan en las interacciones del sujeto. En el caso del Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa, el quehacer del Trabajador Social se limita a ser auxiliar del resto de los profesionales, y sus actividades son básicamente la obtención de la

información social de los usuarios a través de las técnicas de entrevista y observación para la elaboración de estudios socioeconómicos, familiogramas y estudios psicosociales, pero sin llegar a la intervención social.

Recomendaciones y sugerencias

Los resultados ponen de manifiesto que la proporción de estudiantes identificados como rechazados en este ámbito es considerable y objeto de preocupación por la dificultad para su desarrollo social, por lo que, es necesario diseñar alternativas que les permitan impulsar el fortalecimiento de redes y lazos sociales en donde el Trabajo Social contemporáneo, desde la perspectiva de Tello y Ornelas debe “intervenir en los problemas que se generan en los procesos y relaciones sociales y que impactan en el deterioro, fragmentación y ruptura del tejido social” (Pastor y Cano, 2016, p. 155) desde una unidad de análisis que componen sujeto, contexto y problema, y centrado en lo social (Tello, 2008) pues solo así estaremos hablando de una acción concreta de trabajo social. Las oportunidades que ofrece esta investigación se basan en identificar las posibles formas de acción dirigidas al cambio social dentro de la convivencia familiar y escolar transformando la realidad de los sujetos, no solamente a quienes presenten TDAH, sino con la finalidad de modificar el pensamiento de rechazo hacia cualquier otro aspecto que los haga sentirse diferentes a los demás, a través el fortalecimiento de las habilidades sociales que permitan la solución a los conflictos que podrían presentarse, como la escucha activa, asertividad, empatía, colaboración. La escuela podría ser un espacio en donde se puede trabajar en favor promover formas de convivencia inclusivas, de aceptación y tolerancia, por medio de estrategias propias del trabajo social que involucren a toda la comunidad escolar.

Se sugiere, además, realizar un análisis más profundo del tema acerca de cómo el sujeto es percibido desde la perspectiva de quienes lo rodean, como la familia, amigos, profesores, compañeros de clase y los padres de niños que no presentan el diagnóstico para tener una visión integral de la problemática, como ya se mencionó.

CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

El presente capítulo describe a nivel teórico y de manera resumida una propuesta de estrategia de intervención como una alternativa para fomentar la aceptación social como un cambio en los procesos de rechazo que viven los estudiantes con TDAH, reconstruyendo vínculos de apoyo, inclusión y solidaridad entre los estudiantes, profesores y padres de familia.

Título

Fomentar la aceptación social de estudiantes con TDAH en su ambiente familiar y escolar a través del reforzamiento de procesos y habilidades sociales.

Justificación

El trabajo social contemporáneo tiene diversos enfoques críticos desde los que se identifican, conceptualizan y comprenden los cambios vertiginosos de la sociedad y las formas de intervenir en problemáticas sociales con el otro, ubicados en lo social (Tello, 2008), y recuperando las palabras de la autora, “en la mayoría de los casos se piensa eclécticamente a partir de elementos del trabajo social tradicional, del reconceptualizado y del crítico -que es como se generaliza el trabajo social de hoy-” (p. 6).

Por eso es importante considerar que el sujeto es un ser social y que en todo momento interacciona con su entorno, por ello, la construcción de propuestas de intervención que favorecen el cambio desde el enfoque de Trabajo Social, transformando la realidad de los sujetos y de quienes conviven con ellos, es fundamental en el desarrollo de procesos sociales que contribuyen a la construcción del cambio. Para ello, es necesario que de los resultados de la investigación como proceso detonante, que da cuenta de la realidad que viven las personas que tienen TDAH, el propósito general es contrarrestar o modificar las situaciones problemáticas, pues el conocimiento humano no debe estar aislado, fragmentado, de tal manera que se imposibilite la aplicación de posibles soluciones a los problemas que aquejan a esta población, por lo que un enfoque transdisciplinar, es lo conveniente para que se restablezcan los vínculos sociales

de una sociedad por demás compleja (Morin, 1998) reflejada en los ámbitos familiar y escolar de estos sujetos.

Lograr la aceptación social es uno de los desafíos más grandes a los que se enfrentan los trabajadores sociales en su intervención debido a la intolerancia de la sociedad por reconocer las diferencias del otro, generando que las interacciones sociales se vean fragmentadas principalmente en la familia y en la escuela. No obstante, es en este último contexto en donde se reafirma la presencia de rechazo social debido a al alto grado de estigmatización a la que están sometidos los sujetos que presentan una característica que para los otros resulta “negativa o indeseable”, por lo que el tratar de sentirse aceptados por los otros, es una lucha constante que se manifiesta desde la etapa infantil de desarrollo de estos sujetos.

Resulta pertinente elaborar una estrategia de intervención que esté dirigida a fomentar la aceptación social como proceso de cambio del rechazo, tema poco estudiado desde el Trabajo Social pero que sin duda realiza aportaciones a diferentes grupos poblacionales, haciendo posible la intervención con los sujetos rechazados, sus familiares, maestros y compañeros de clase.

La propuesta requiere que el Trabajador Social tenga un conocimiento objetivo sobre la forma de abordarlo desde su especificidad y práctica, además de que como disciplina contribuiría a la construcción de sujetos sociales autónomos y autogestivos, capaces de afrontar todo tipo de problemas y dificultades relacionadas con sus formas de relacionarse con los otros.

Con el apoyo de fundamentos teóricos que permiten generar dicho cambio social desde el posicionamiento epistemológico de la Complejidad, así como de la teoría de la acción comunicativa de Jürgen Habermas (Solares, 1996) la cual supone una relevante objetividad que trata sobre una conexión de acción social dominada por una lógica comunicativa cuando el actor de la interacción “participa en un proceso de entendimiento sobre planes de acción comunes o compartidos” (p. 12) a partir del argumento y fundamentación, solo así se emplea la *racionalidad comunicativa de la acción social*. En el mismo sentido la acción comunicativa es

para Habermas (Solares, 1996) un proceso de comunicación de planes de acción individual por la vía de un acto de entendimiento hablado a través de la relación entre estructura individual y función social llevado en un proceso de interacción social, ya que, más que tratar de interpretar, intenta poder transformar las interacciones sociales como actos de *entendimiento intersubjetivo* entre dos o más individuos.

Por otra parte, también se retoma la teoría de Aceptación-Rechazo Interpersonal (Rohner y Carrasco, 1986) que trata de explicar el proceso de aceptación y rechazo el cual se divide en 3 sub-teorías: sub-teoría de la personalidad, del afrontamiento y de los sistemas socioculturales. Según esta teoría y la evolución que ha tenido, se ha encontrado que el rechazo puede ser experimentado por la combinación de cuatro expresiones principales:

1. Frialdad y/o desafecto
2. Hostilidad y agresividad
3. Indiferencia y negligencia (falta de atención de necesidades psicológicas, emocionales y materiales del niño)
4. Rechazo indiferenciado (creencia de no ser querido)

Dado que una determinada conducta puede tener diferentes significados dependiendo del contexto cultural, el autor (Rohner, 1986) propone un modelo interactivo de sistemas que se retroalimentan y que incluyen:

- a) **El contexto natural** que se refiere a las condiciones físicas y climáticas que pueden condicionar la salud emocional de los padres las cuales también inciden en la conducta parental, aspectos como el tipo de familia (si es neutral, extensa reconstruida, monoparental, etc.), el número de hijos, estructura familiar, entre otros.
- b) **Los sistemas de conservación** que son todos aquellos componentes de un sistema sociocultural que aseguran la supervivencia de una población culturalmente organizada tales como las instituciones sociales, estructura política, organización económica, etc., es decir, un niño que presenta síntomas de TDAH en la escuela no siempre es diagnosticado por un

especialista ya que implica un gasto económico importante que muchas veces las familias no pueden realizar.

- c) **Personalidad / conducta** referida a aquellas conductas y creencias de los padres, cuidadores principales, profesores o la sociedad en general que, por diversos factores, rechazan la presencia del TDAH en niños, jóvenes y adultos.
- d) **Personalidad / conducta del niño** que son las características individuales del mismo tales como temperamento o personalidad que, en el caso del TDAH, no pueden controlar al tratarse de un problema del neurodesarrollo.
- e) **Experiencias que intervienen en el desarrollo** procedentes de las relaciones del niño con los otros miembros de su entorno ya sea familiar, escolar, laboral y social y que podrían afectar tanto positiva como negativamente, y que además, son el resultado del conjunto de interacción de las personas con el contexto natural en el que viven; por lo tanto, si un niño diagnosticado con TDAH ha sufrido de rechazo, exclusión o bullying, las consecuencias serían negativas, en cambio, si hubo sensibilización y fortalecimiento en sus redes de apoyo, su desarrollo mental, académico, laboral y social será más óptimo.
- f) **Los sistemas expresivos institucionalizados** que se originan como una extensión de las expresiones de personalidad y que con el tiempo revierten en las propias personas incidiendo sobre ellas y modificando sus creencias y conductas futuras, y se espera que, con la propuesta de diseñar un proyecto de intervención basado en la sensibilización, dichas creencias y conductas logren modificarse con el fin de mejorar las relaciones sociales de toda aquella persona que presente TDAH.

De igual forma, para la construcción metodológica se retomó a Tello y Ornelas (2015). En concordancia con lo anterior, la base sobre la que se fundamenta la propuesta es entender la aceptación social como un proceso de cambio que permite a los sujetos el desarrollo de habilidades sociales para cambiar por sí mismos.

Definición del objeto de intervención

En esta etapa se delimita la situación problema con el propósito de definir el objeto de intervención.

Situación Problema

Lo que busca el trabajo social con su intervención es generar un cambio en la situación problema del sujeto la cual es definida por Tello (2008) como la intersección en donde el sujeto, el problema y el contexto integran una unidad de análisis que se hace desde el Trabajo Social entendiéndose este como la interacción, vínculos y relaciones entre los sujetos, y desde la transdisciplinariedad, permitiendo tener una visión articulada del problema. Esto es posible “al aproximarse a diferentes segmentos de la realidad desde la complejidad de una realidad que como seres humanos finitos tenemos que reducir para intervenir, pero que se puede mirar integralmente” (Tello, 2008, p. 11), es decir, el trabajo social debe contemplar los tres elementos anteriores (sujeto, problema y contexto) para poder comprender el problema del sujeto e intervenir con una visión integrada desencadenando procesos de cambio social, de esta manera se define el quehacer del trabajador social.

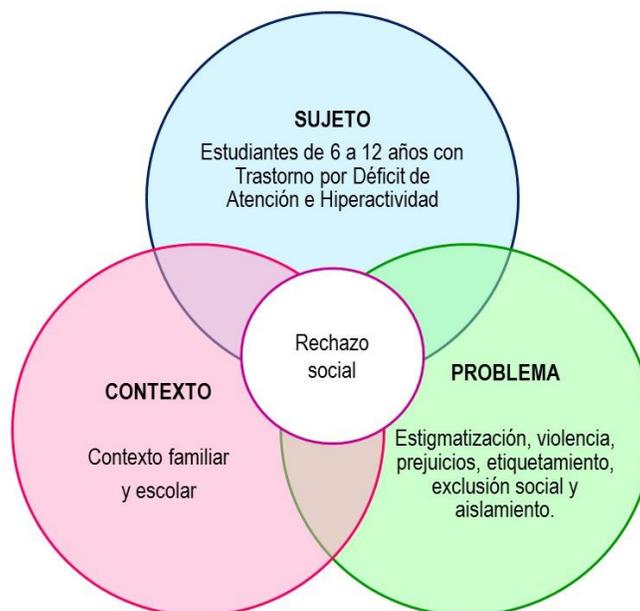


Fig. 35. Situación-Problema. Fuente: elaboración propia con base en Tello, N. (2008) Apuntes de Trabajo Social. Trabajo Social, disciplina del conocimiento, p. 4.

Para esta situación-problema, los estudiantes de 6 a 12 años con TDAH representan los sujetos principales, no obstante, se retomarán las formas que tienen de relacionarse con sus iguales y los demás actores involucrados en la problemática como la familia y los profesores; el problema son los fenómenos sociales que se encuentran entrelazados como la estigmatización, violencia, prejuicios etiquetamiento, exclusión social y aislamiento ubicados en el contexto familiar y escolar. *Ver Figura 35.*

En la intersección de estos elementos se encuentra la situación-problema a abordar: el rechazo social. Para lograr el cambio esperado, es importante preguntarse, ¿es posible lograr la aceptación social como forma de relacionarse de los estudiantes de 6 a 12 años con TDAH en su ambiente familiar y escolar?

Conclusión diagnóstica

A partir de los resultados de la investigación, se encontró que los menores con TDAH, se perciben como parte de su familia, sin embargo tienen sentimientos de incompreensión, reconocen que reciben un trato desigual con respecto a otros integrantes de la familia y con frecuencia predominan medidas disciplinarias autoritarias como los regaños y castigos para tratar de controlar su comportamiento, en la familia el rechazo proviene principalmente de los hermanos y del papá, aunque también otros miembros de la familia participan en el proceso de rechazo hacia el menor, aunque en menor medida como los abuelos y tíos.

En la escuela, además de que son estigmatizados y señalados, ellos mismos se auto-estigmatizan, aceptando las etiquetas como parte de sí mismos, como afirma Arnaiz y Uriarte (2006) son aquellas “reacciones de las personas que pertenecen a un grupo estigmatizado que vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellas mismas” (p. 52), por lo que son objeto de violencia física, verbal y psicológica; son excluidos en el juego; comúnmente son etiquetados debido a prejuicios por parte de los otros generando distanciamiento y aislamiento. En resumen, una intolerancia hacia lo diferente.

Con lo anterior se puede concluir que existe una fractura del tejido social en los ámbitos familiar y escolar que incluyen diversos grupos poblacionales como, los estudiantes con TDAH, sus familiares y sus profesores, amigos y compañeros de clase.

Construcción del Concepto de Cambio (CCC)

Partiendo de la conclusión diagnóstica, es posible definir el cambio social. Por el momento sólo se expresa de manera esquemática para su visualización. Ver Figura 36.

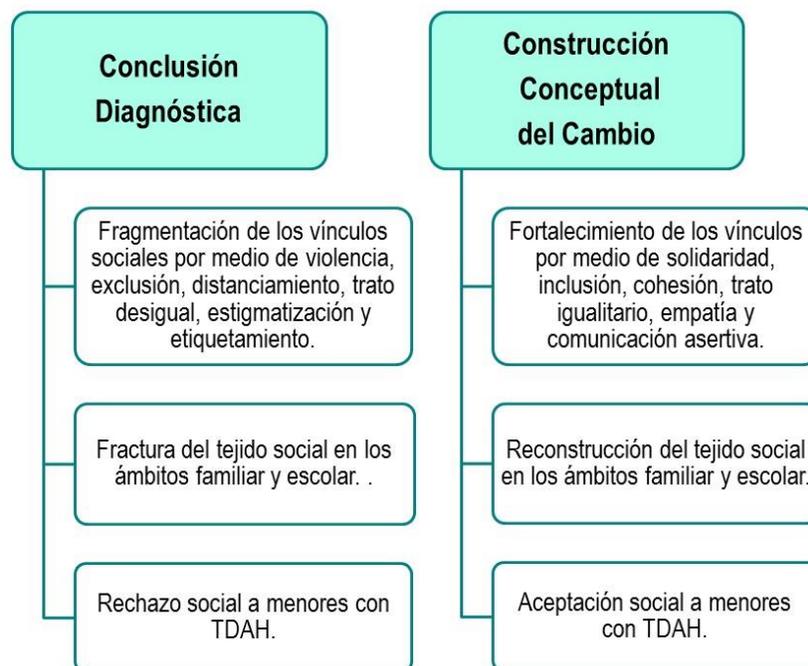


Fig. 36. Construcción Conceptual del Cambio (CCC). Fuente: elaboración propia con base en Tello y Ornelas (2015). Estrategias y modelos de intervención de Trabajo Social, p. 20-23.

Espiral del cambio

La construcción del concepto de cambio da pauta a la definición de la espiral del cambio en donde se identifican los momentos como el reconocimiento del otro, la reestructuración de los vínculos sociales, entre otros, que apoyarán a lograr la fomentación de la aceptación social de niños con TDAH, como se puede observar en la figura 37.

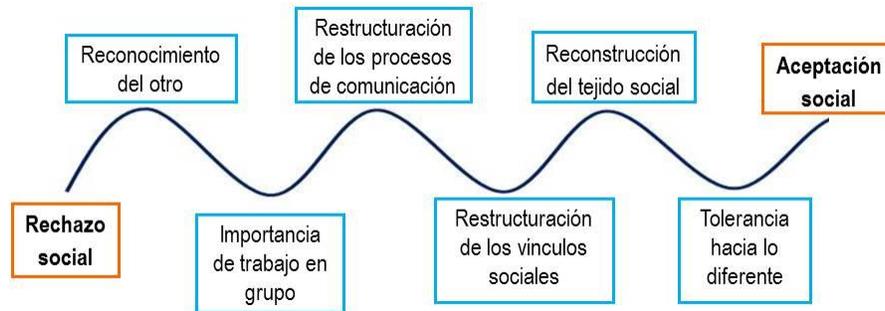


Fig. 37. Espiral del Cambio. Fuente: elaboración propia con base en Tello y Ornelas (2015). Estrategias y modelos de intervención de Trabajo Social, p. 29.

Objetivo general

Fomentar la aceptación social de estudiantes con TDAH en su ambiente familiar y escolar a través del reforzamiento de procesos y habilidades sociales.

Momentos del cambio

Re-conceptualización del problema

En esta etapa se busca la formación e integración del grupo en el cual se reflexionará y analizarán las problemáticas identificadas como la fragmentación de los vínculos sociales manifestado por medio de violencia, exclusión, distanciamiento, trato desigual, estigmatización y etiquetamiento, así como la fractura del tejido social en los ámbitos familiar y escolar debido al rechazo e intolerancia hacia menores que presentan TDAH en el contexto escolar. Se abordará como primer momento y como elemento significativo el fortalecimiento de los vínculos para reconstruir el tejido social provocando la aceptación y solidaridad entre los actores involucrados.

Re-significación de relaciones

A partir del reconocimiento del problema, es necesario que la población objetivo adopte una visión crítica desde una postura individual para luego transformarla en una cuestión colectiva. Por ello, es importante la construcción de herramientas de comunicación y fortalecimiento de espacios de reflexión y participación de los integrantes para concretar acciones generadoras de cambio.

Un aspecto sobresaliente y que será abordado de forma gradual, será la aceptación social donde se abordará el método de comunicación, de toma de decisiones y trabajo con grupos. *Ver Tabla 12.*

Re-creación de espacios

Ciertamente, la profesión permite a los trabajadores sociales configurar seres autónomos e independientes que fomenten aceptación y solidaridad hacia los otros por sí mismos. Se buscará desencadenar procesos que alteren la realidad a través del desarrollo de procesos y habilidades sociales como la confianza, empatía, solidaridad, inclusión, igualdad, cooperación, reciprocidad, integración, comunicación asertiva, colaboración, cohesión, generando formas de convivencias sanas y el reconocimiento de sí mismo y del otro.

Una vez trazado los procesos que se quieren trabajar en cada uno de los momentos, teórica y conceptualmente del cambio social, se elabora la construcción de la estructura metodológica para alcanzar la aceptación social.

Construcción de la estructura metodológica

Para la ejecución de esta propuesta de intervención se formarán grupos formales de estudiantes de acuerdo con el grado escolar en el que se encuentren, de padres de familia y de profesores. El hombre, como ser social, se enfrenta continuamente al trabajo en grupo en el cual se establecen intercambio de experiencias, conocimientos, reflexión puntos de vistas, conflictos, entre otros. El grupo permite la creación de hábitos, valores, creencias y el reforzamiento de habilidades para el logro de cambios en la conducta y dinámica del mismo.

Para ello, se retomará el Método de Trabajo Social con Grupos (Kisnerman, 1968) y de Solución de problemas de grupo y toma de decisiones (Napier y Gershenfeld, 1983), conformados por una serie de etapas o fases que busca la formación del grupo y la identificación de la problemática en el mismo para su reflexión con la finalidad de proponer y ejecutar alternativas de solución. *Ver Tabla 12.*

MÉTODO DE TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS	MÉTODO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE GRUPO Y TOMA DE DECISIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Reunión • Etapa de conflicto • Etapa de organización • Etapa de integración • Etapa de declinación y muerte del grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa 1: Identificación del problema • Etapa 2: Fase de diagnóstico • Etapa 3: Formulación de alternativas • Etapa 4: Selección de las soluciones • Etapa 5: Ejecución • Etapa 6: Evaluación y ajuste

Tabla 12. Métodos utilizados para la Construcción de la Estructura Metodológica. Fuente: elaboración propia con base en Napier y Gershenfeld (1983) y Kisnerman (1968).

A continuación, se describe de manera breve como se llevarían a cabo los momentos del cambio, con sus respectivos procesos sociales, articulándolos con los métodos y las técnicas. *Ver Figura 38.*

Re-conceptualización del problema

El primer momento se denominará **El reconocimiento del otro**; en él se planea trabajar la sensibilización y la comunicación asertiva de manera tal que se pueda reconocer a todos los actores involucrados como sujetos de cambio a través de técnicas de integración grupal y de reflexión apoyadas con rotafolios y material audiovisual.

Re-significación de las relaciones

El segundo momento se denominará **Trabajando lo colectivo**; se buscará que los sujetos refuercen sus habilidades sociales como la empatía, cooperación, solidaridad y colaboración. Asimismo, trabajar procesos sociales como la igualdad y la confianza por medio de técnicas de conocimiento personal y del otro en donde se busca colocar a un sujeto en el lugar del otro y propiciar los procesos y desarrollo de habilidades antes mencionados apoyadas con grupos focales, debates, periódicos murales, entre otros.

CONSTRUCCIÓN DE LA ESTRUCTURA METODOLÓGICA

Objetivo: Reconstruir el tejido social por medio de la aceptación social de estudiantes con TDAH en su ambiente familiar y escolar a través del desarrollo de procesos sociales.

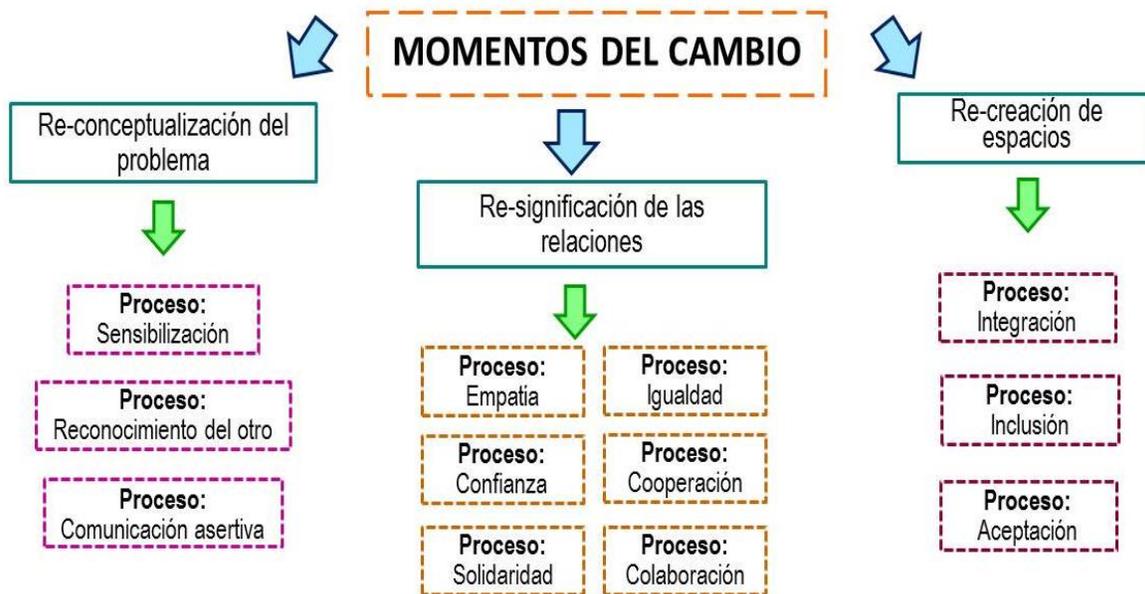


Fig. 38. Construcción de la Estructura Metodológica. Fuente: elaboración propia con base en Tello y Ornelas (2015). Estrategias y modelos de intervención de Trabajo Social, p. 32-35.

Re-creación de espacios

El tercer y último momento se denominará **Cohesión grupal y aceptación social** fortalecer el trabajo en equipo y la colectividad para dar paso a los siguientes procesos sociales como la integración e inclusión que darán pauta para lograr la aceptación social a través de técnicas de integración grupal que fortifiquen las relaciones sociales de los menores con TDAH.

A partir de la construcción gráfica presentada en la figura 38, se busca trabajar con diversos procesos sociales; con ello se pretende que la propuesta de estrategia de intervención pueda aplicarse de forma eficaz en que los sujetos desarrollen habilidades sociales que coadyuven a la mejora de las relaciones sociales dentro del ámbito escolar y, por ende, en el familiar.

Evaluación

La evaluación no sólo es la etapa final de la propuesta, sino que también estará presente en cada una de las etapas de la estrategia con la finalidad de ser modificada, si es necesario, de acuerdo con las características de la población.

Se aplicarán dos tipos de evaluación: ex ante y ex post. De acuerdo con Cohen y Franco (1991), la evaluación ex ante proporciona información y establece criterios racionales para decidir sobre la conveniencia técnica de la implementación de un proyecto, determinando la viabilidad del mismo y evaluando la posibilidad de alcanzar los objetivos propuestos con los recursos existentes; por ello, “presenta mayores potenciales para la evaluación de proyectos sociales.” (p. 13)

Por otra parte, la evaluación ex post, busca establecer el logro de los objetivos planteados en el proyecto una vez finalizado. Según Briones (1991), es el “estudio que se realiza después de que el programa ha terminado, con la finalidad de establecer o no los resultados esperados y los factores que actuaron en una u otra dirección” (p. 14). Esta evaluación constituye la última de las etapas de los proyectos sociales permitiendo generar conclusiones y correcciones para proyectos futuros, que persigan fines semejantes a partir de la información dada. Por lo tanto, con las dos evaluaciones se pretende confrontar los resultados del proceso de cambio.

REFERENCIAS

- Administración Pública del Distrito Federal. (2011). *Ley de Salud Mental del Distrito Federal*. Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. México. Retomado de: <http://cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r410203.htm>
- Agudelo, M. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 157-179.
- Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- American Psychological Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*, 5a edición. Arlington, E.U.: Autor.
- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23(10), 289-300.
- Arnaiz, A. y Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, (26), 49-59.
- Arteaga, H. (2009). *Taller de sensibilización y manejo conductual para maestros de adolescentes con TDAH* (Tesis de pregrado inédita). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Barker, R. (1995). *The Social Work Dictionary*. 3rd Edition. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Baumrind, D. (1980). New Directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-652.
- Briones, G. (1991). *Evaluación de Programas Sociales*. México: Trillas.
- Bukowski, W., Newcomb, A. y Hartup, W. (1996). *The company they keep. Friendship childhood and adolescence*. United Kingdom: Cambridge Studies in Social & Emotional Development. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1984). *Ley General de Salud*. México. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12-07-2018.
- Canifarma. (2016). *Afecta TDAH a 2.4 millones de mexicanos: UNAM*. CódigoF. Retomado de: <http://www.codigof.mx/afecta-tdah-2-4-millones-mexicanos-unam/>
- Castro-Gómez, S. y Mendieta, E. (ed.). (1996). *Teorías sin Disciplina. Latinoamericanismo, Modernidad y Globalización en Debate*. México: Porrúa.
- Cohen, E. y Franco, R. (1991). *Evaluación de proyectos sociales*. España: Siglo XXI.

- Colomer, C., Mercader, J., Presentación, M. y Miranda, A. (febrero-marzo, 2014). Influencia de factores familiares y personales en la evolución negativa del TDAH. *INFAD Revista de Psicología*, 4(1), 415-424.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). Última reforma publicada DOF 27-08-2018. Retomado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_270818.pdf
- Cortés, R. y Cantón, J. (2000). Ambiente familiar y dificultades de adaptación de los hijos. *Revista Suma Psicológica*, 7(1), 33-49.
- Cunningham, C., Bennes, B., y Siegel, L. (1988). Funcionamiento familiar, asignación de tiempo y depresión de los padres de niños normales y con TDAH. *Revista de psicología clínica infantil*, 17, 169-177.
- Delgado, Y. (2018). *Lo que los padres necesitan saber acerca del déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. (Tesina de pregrado inédita), Facultad de Psicología, División de Estudios Profesionales, México.
- Del Águila, L. (2018). *Taller para padres de familia que tienen hijos con TDAH en la primaria del Colegio Fernanda de Alva Ixtlixóchitl*. (Tesis de pregrado inédita). México: UNAM-Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Pedagogía.
- Díaz-Aguado, M. (1996). *Escuela y tolerancia*. Madrid: Pirámide.
- Edel, R. (2003). *El desarrollo de habilidades sociales, ¿determinan el éxito académico?* Red Científica, Veracruz, México. Retomado de: www.redcientifica.com/doc/doc200306230601.html.
- Esparza, E. y González, D. (2018). Conflictos emocionales de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 21(1), 82-99.
- Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES). (2013). La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV. Resumen. Informe de Resultados obtenidos en el estudio realizado. Retomado de: http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2014/03/FEDEAFES_Estudio-Estigma-2013_RESUMEN-web.pdf
- Fernández, T. y Ponce de León, L. (2012). *Trabajo Social con Familias*. Madrid, España: Ediciones Académicas UNED.
- Frick, P., Lahey, B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. y Hanson, K. (1992). Factores de riesgo familiares para el trastorno de oposición desafiante y el trastorno de conducta: psicopatología de los padres y crianza materna. *Revista de psicología clínica de consultoría*, 60, 49-55.
- Fundación Cultural Federico Hoth, A.C. (2019). Resultados en Proyectodah, Déficit de Atención e Hiperactividad. Retomado de: <https://www.cerebrofeliz.org/resultados.html>

- García, G., Díaz, J., Morales, R., Aguilar, G., López, M., Vargas, M., Esquinca, M., López, J., Iber, J. y Torres, M. (2006). Problemas escolares, de lenguaje y descriptores clínicos en niños preescolares con TDAH. *7° Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Universidad Pedagógica Nacional, Tuxtla Gutiérrez (México).
- García, R., Jara, P. y Sánchez, D. (septiembre de 2012). *Las Percepciones Sociales de los Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad "TDAH"*. Presentación del 21st Annual World Congress on Learning Disabilities. España: Universidad de Oviedo.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, I. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(5), 508-512.
- Grau, M. (2007). *Análisis del Contexto Familiar en Niños con TDAH*. (Tesis doctoral inédita), Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Guzmán, R. y Hernández-Valle, I. (2005). Estrategias para evaluar e intervenir en las dificultades de aprendizaje académicas en el Trastorno de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad. *Qurrículum*. La Laguna: Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna. Retomado de: https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120607_f4NhR5UaM ENXU2ceOOor1_0.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta. Edición. México: Mc Graw Hill Education.
- Horkheimer, M. (1974). *Teoría crítica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Hospital Infantil de México Federico Gómez (2012). *Guía Médica. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. México: Autor. Retomado de: <http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/tdah.pdf>
- Jaramillo, J., Díaz, K., Niño, L., Tavera, A. y Velandia, A. (2006). Factores individuales, familiares y escolares asociados a la aceptación y el rechazo social en grupos de niños escolarizados entre los 9 y 11 años de edad. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2(2), 205-215.
- Jensen, P., Koretz, D., Locke, B., Schneider, S., Radke-Yarrow, M., Richters, J. y Rumsey, J. (1993). Investigación en psicopatología infantil y adolescente: problemas y perspectivas para los años noventa. *Revista de psicología infantil anormal*, 21, 551-580.
- Kisnerman, N. (1968). *Servicio Social de Grupo. Una respuesta a nuestro tiempo*. Buenos Aires: Ed. Hvmnitas.

- López, B. y Romero, D. (2012). Influencia del entorno familiar en las actividades escolares en los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una aproximación cualitativa. *Revista TOG*, 9(3), 1-26.
- López, H. (octubre 2016). #Todos somos familia. Los once tipos de familias en México. *Datos Diagnósticos Tendencias. Instituto de Investigaciones Sociales*, (47), 26-31. Retomado de: www.amai.org/revista_amai/octubre-2016/AMAI_47_OCTUBRE_2016.pdf
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq*, 28(101), 43-83.
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quadernos de Psicología*, 13(2), 7-17. Recuperado de: <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/816/811>
- Mateu-Martínez, O., Piqueras, J., Jiménez-Albiar, M., Espada, J., Carballo, J. y Orgilés, M. (2013). Eficacia de un programa de prevención cognitivo-conductual breve del rechazo social en niños. *Terapia Psicológica*, 31(2), 187-195.
- Miranda, J. y Soriano, M. (2011). Investigación sobre Dificultades en el Aprendizaje en los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad en España. *Relieve*, 1, 1-5.
- Monjas, I. (1996). *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS)*. Madrid: CEPE.
- Monjas, M., Martín, I., García-Bacete, F. y Sureda, I. (2005). Razones que justifican la aceptación y el rechazo entre iguales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 395-400.
- Montiel-Nava, C., Montiel-Barbero, I. y Peña, J. (2005). Clima familiar en el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13(2), 297-310.
- Moore, S. (1997). El papel de los padres en el desarrollo de la competencia social. *Eric Digest Clearing on Elementary and Early Childhood Education*, (217), 97-115.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa, S. A.
- Morin, E. (1998). *Articular los saberes. ¿Qué saberes enseñar en las escuelas?* Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.
- Moritz, O., Gutiérrez, M. y Reina, M. (1990). ¿Alumnos problema o maestros problema? *Alegría de enseñar: Revista de maestros y padres*, 2(5), 59-71.
- Muñoz, V. (2007). El rechazo entre iguales en el ámbito educativo. Infocop online. Retomado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1599
- Napier, R. y Gershenfeld, M. (1983). *Grupos: teoría y experiencia*. México: Trillas.

- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. (2018). Salud Mental en México. *INCyTU, 007*, 1-6.
- Organización de las Naciones Unidas. (2018). *Derechos Humanos*. E.U: United Nations Development Group. Retomado de: <http://www.undg.org/?P=232>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Resumen analítico*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *MhGAP, Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos*. 48ª edición. Ginebra: OMS. Retomado de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page7>
- Osorio, S. (2012). El pensamiento complejo y la transdisciplinariedad: fenómenos emergentes de una nueva racionalidad. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*, 2(1), 269-291. Retomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/909/90924279016.pdf>
- Palacios, J. y Sánchez, Y. (1996). Relaciones padres-hijos en familias adoptivas. *Anuario de psicología*, 71, 87-105.
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A. y Fernández-Mayoralas, D. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48(2), S107-S111.
- Parker, J. y Asher, S. (1987). Relaciones entre pares y posterior ajuste personal: ¿Están en riesgo los niños de baja aceptación? *Boletín psicológico*, 102, 357-389.
- Pastor, E. y Cano, L. (Coord.) (2016). El cambio en Trabajo Social: intención, rupturas y estrategias de Nelia Tello. *Políticas e intervenciones ante los procesos de vulnerabilidad y exclusión de personas y territorios: análisis comparado México-España*. México: ENTS-UNAM. Retomado de: <http://neliatello.com/docs/el-cambio-en-trabajo-social-intencion-rupturas-y-estrategias.pdf>
- Pérez, V. (2014). *La exclusión social y los trastornos mentales. De la enfermedad a la salud mental* (Tesis de grado inédita). Universidad de Valladolid, Facultad de Educación de Palencia, España.
- Poza, P., Valenzuela, V. y Becerra, D. (s.f.) *Guía Clínica. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. México: Secretaría de Salud. Retomado de: http://www.sap.salud.gob.mx/media/61178/nav_guias1.pdf

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Retomado de: www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html
- Rajmil, L., López-Aguilá, S., Mompert, A., Medina, A., Rodríguez, M. y Brugulat, P. (2010). *Desigualdades sociales en la salud mental infantil*. España: Anales de Pediatría. Retomado de: https://ac.els-cdn.com/S169540331000202X/1-s2.0-S169540331000202X-main.pdf?_tid=b68d153a-5bc6-44a1-be52-fbbb0124d23a&acdnat=1543615245_7b7c7e6d4a03593d05e6583f79256489
- Ramírez, E. (2009). *El TDAH en preescolar*. (Tesina de pregrado inédita). Facultad de Estudios Superiores, Iztacala, México.
- Raya, A., Herreruzo, J. y Pino, M. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696. Universidad de Oviedo, España. Retomado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720428>
- Red Iberoamericana de Organismos y Organizaciones contra la Discriminación. (2015). *Educación inclusiva en Acerca de la RIOOD*. Retomado de: <http://redriood.org/acerca-de-la-riood/>
- Rodrigo, M. y Palacios, J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En María José Rodrigo y Jesús Palacios (eds.), *Familia y Desarrollo Humano* (pp. 45-70). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Rohner, R. P. y Carrasco, M. A. (2014). Teoría de la Aceptación-Rechazo Interpersonal (IPARTheory): Bases Conceptuales, Método y Evidencia Empírica. *Revista Acción Psicológica*, 11(2), 9-25. Retomado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2014000200001
- Rojas, R. (2011) *Guía para realizar Investigaciones Sociales*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Sánchez, N. y González, C. (2013). Ajuste escolar del alumnado con TDAH: Factores de riesgo cognitivos, emocionales y temperamentales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 527-550.
- Secretaría de Salud. (2009). *Diagnóstico y tratamiento en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada*. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-158-09. México: Autor. Retomado de: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- Secretaría de Salud. (2012). Manual de Organización Específico de los Servicios de Atención Psiquiátrica. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Servicios de Atención Psiquiátrica. Retomado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/UNIDAD_DE_ENLACE_POT/Politica_de_Transparencia/Temas_TransparenciaFocalizada/MOE/SAP.pdf

- Secretaría de Salud. (2014). *Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018*. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México, D.F. Retomado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Secretaría de Salud. (2015). Hospitales Psiquiátricos en Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Retomado de: www.sidss.salud.gob.mx/contenidos/UnidadesSS/HospitalesPsiquiatricos.html
- Secretaría de Salud. (2017). *Cinco por ciento de la población infantil y adolescente presenta TDA*. Dirección General de Comunicación Social. Comunicado de prensa Núm. 035. Retomado de: http://www.gob.mx/salud/prensa/035-cinco-por-ciento-de-la-poblacion-infantil-y-adolescente-presenta-tda?idiom_es
- Servicios de Atención Psiquiátrica. (2014). *Manual de Procedimientos de la Coordinación de Trabajo Social del Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa*. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Dirección General Adjunta de Servicios de Atención Psiquiátrica. Última actualización: 03-10-2014.
- Servicios de Atención Psiquiátrica. (2017). Centro Comunitario de Salud Mental. Retomado de: <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/centro-comunitario-de-salud-mental-iztapalapa>
- Solares, B. (1996). La teoría de la acción comunicativa de Jürgen Habermas: tres complejos temáticos. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 41(163), p. 9-33. Retomado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/49649/44669>.
- Tello, N. (2008). *Apuntes de Trabajo Social. Trabajo Social, disciplina del conocimiento*. México: ENTS-UNAM.
- Tello, N. y Ornelas, A. (2015). *Estrategias y modelos de intervención de Trabajo Social. Aportes para su construcción*. México: Estudios de Opinión y Participación Social A.C.
- Timimi, S. y Copatrocinadores. (2004). A critique of the international consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 59-63.
- Torres, L., Ortega, P., Garrido, A. y Reyes, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 31-56.
- Ulloa, R; Palacios, L. & De la Peña, F. (2011). Diagnóstico y tratamiento de la psicopatología en la infancia y la adolescencia. *Salud Mental*, 34, 399-401.
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2010). *Discriminación en Protección infantil contra el abuso y la violencia*. Retomado de: https://www.unicef.org/spanish/protection/index_discrimination.html

- Universidad Nacional Autónoma de México. (2018). Hiperactividad y Déficit de Atención, Problema de Salud, en Alteraciones en el estado de ánimo. Gaceta Digital UNAM. Retomado de: <http://www.gaceta.unam.mx/20180222/hiperactividad-y-deficit-de-atencion-problema-de-salud/>
- Ureña, J. (2016). TDAH: un trastorno real, tratable y con más de un millón de diagnósticos en México. SinEmbargo.mx. Retomado de: <https://www.sinembargo.mx/10-07-2016/3063551>
- Uribe, C. y Vázquez, R. (2007). Factores culturales en el Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad: Habla la mamá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 255-291.
- Vásquez, M., Cárdenas, E., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., Peña, F. (2010). *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Retomado de: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_tdah.pdf
- Velasco, H. (2010). *Lecturas de Antropología Social y Cultural. La Cultura y las Culturas*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid.
- Villanueva, N. (2017). *Estilos parentales, dinámica familiar y psicopatología en padres de niños con TDAH*. (Tesis de posgrado inédita). México: UNAM. Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado.

BIBLIOGRAFÍA

- Aquín, Nora. (2006). *Reconstruyendo lo social. Prácticas y experiencias de investigación desde el Trabajo Social*. Argentina: Editorial Espacio.
- Bermúdez, A., Sánchez, C., Bernal, M. y Castaño, E. (2006). Reconocimiento del ser en la profesión del Trabajo Social. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 2(2), 131-147.
- Brain, M. y Ornelas, A. (2013). *Trabajo Social Contemporáneo. Cuadernos teórico-metodológicos*. No. 1. Serie: Formación y ejercicio profesional de los trabajadores sociales. México: UNAM.
- Cifuentes, R., et. al. (2001). *Intervención de Trabajo Social. "Avances y Perspectivas. 1995-2000". Lectura crítica a trabajos de grado adelantados en Bogotá*. Colombia: Universidad de la Salle, Facultad de Trabajo Social.
- Carballeda, A. (2008). La intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Revista Margen*.
- Carballeda, A. (2008). Los cuerpos fragmentados. Argentina: Paidós.
- Carballeda, A. (2010). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Revista Trabajo Social UNAM*, 6(1), 46-59.
- Di Carlo, E. y San Giacomo, O. (2001). *Una introducción al trabajo social: algunas cuestiones básicas*. España: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos*. España: Gedisa.
- García, S. (1993). *Especificidad y rol en trabajo social. Curriculum, saber y formación*. Argentina: Editorial Hvmnitas.
- González, C. (2007). Reflexiones en torno a la relación entre intelectualidad y prácticas sociales en Trabajo Social: Practicas universitarias y Proyecto Profesional Crítico. Argentina: Espacio.
- Kisnerman, N. (1986). *Pensar el trabajo social: una introducción desde el construccionismo*. Argentina: Lumen.
- Ornelas, A. (2015). *¿De qué Trabajo Social hablamos? Reflexiones en torno a la concepción del Trabajo Social en los procesos formativos*. México: UNAM.
- Pierre, B. (2008). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI.
- Romero, C. (2001). *Paradigma de la complejidad, modelos científicos y conocimientos educativos*. España: Universidad de Huelva.
- Siegfried, J. (2003). *Discurso y conocimiento en Métodos de análisis crítico*. España: Gedisa.
- Silva, R. y Brain, M. (2006). *Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico. Salud pública y trabajo social número uno*. México: UNAM.
- Tello, N. (2014). Trabajo Social Contemporáneo: tres grandes problemas. *En Trabajo Social Contemporáneo*. Pp. 25-31.
- Vélez, L. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas*. Colombia: Universidad de Antioquia.



ANEXOS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
CUESTIONARIO



Objetivo: Analizar los factores familiares y escolares que intervienen en el rechazo social de estudiantes de 6 a 12 años, con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa.

PERFIL DEL SUJETO

Sexo: (H) (M) Edad: _____ Grado escolar: _____ Fecha de aplicación: _____ Folio: _____

DESCONOCIMIENTO	
1. ¿Sabes por qué vienes a consulta? a) Sí b) No 1.1 En caso afirmativo, ¿por qué? _____ _____	2. ¿Sabes que es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad? a) Sí b) No 2.1 En caso afirmativo, ¿Qué es? _____ _____
3. ¿Qué tan frecuente te han dicho que tienes mala conducta? a) Siempre b) A veces c) Nunca	4. ¿Tu profesor(a) sabe a qué vienes a consulta? a) Sí b) No c) No sé

FACTORES FAMILIARES	
5. ¿Con quién o quiénes vives? a) Papá y mamá b) Papá, mamá y hermanos c) Sólo con tu mamá d) Sólo con tu papá e) Mamá y hermanos f) Papá y hermanos g) Padres, hermanos, abuelos y tíos h) Otro: _____	6. ¿Quién te cuida la mayor parte del tiempo? a) Papá b) Mamá c) Hermanos d) Abuelos e) Tíos f) Otro: _____

7. De la siguiente lista, escoge la respuesta que más se acerca a lo que tú piensas:	Siempre	A veces	Nunca
7.1 Mi familia es unida.			
7.2 Sientes que eres diferente a tu familia.			
7.3 Tu familia te escucha cuando algo malo te pasa.			
7.4 Sientes que tu familia te ha tratado diferente en comparación con los demás.			
7.5 Te llevas bien con tu familia.			
7.6 Tu familia te regaña cuando te portas mal.			
7.7 Tu familia te da premios cuando haces algo bien.			
7.8 Tu familia te castiga cuando te portas mal.			

ESTIGMA					
8. De acuerdo a lo que tú piensas, dime:	Si	No	9. Te han dicho que eres:	Si	No
8.1 ¿Sientes que las personas que te rodean, te entienden?			9.1 Atento		
8.2 ¿Te cuesta trabajo hacer amigos?			9.2 Inquieto		
8.3 ¿A tus compañeros les gusta jugar contigo?			9.3 Amable		
8.4 ¿Te han puesto apodosos?			9.4 Agresivo		
8.5 ¿Crees que les gusta tu forma de ser?			9.5 Tranquilo		
8.6 ¿Se burlan de ti frecuentemente?			9.6 Indisciplinado		
8.7 ¿Tu profesor te explica cuando no entiendes algo?			9.7 Ordenado		
8.8 ¿Tu profesor te hace caso cuando le hablas?			9.8 Grosero		
8.9 ¿Tu profesor(a) te trata bien?			9.9 Buen amigo		
8.10 ¿Tu profesor te ha regañado enfrente de tus compañeros?			9.10 Travieso		

