



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

La construcción social de la hiperactividad en la escuela

Ángela María Vargas Rodríguez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá, Colombia

2013

La construcción social de la hiperactividad en la escuela

Ángela María Vargas Rodríguez

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Psicología

Director (a):

Ph.D., Carlos José Parales Quenza

Línea de Investigación:

Procesos socio-afectivos y salud mental pública

Grupo de Investigación:

Transcurso de la vida, procesos socio-afectivos y salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá, Colombia

2013

Agradecimientos

A mi familia, por su apoyo moral y económico.

Agradezco especialmente a mi hija María Alejandra Chaves por llenarme de felicidad en los momentos más difíciles de este proceso y a mi esposo Javier Jiménez por sus lecturas críticas al proyecto.

También agradezco a mi madre Martha Rodríguez por su preocupación por el desarrollo de este trabajo y por facilitarme el vínculo con la institución educativa en la que se llevó a cabo parte de la investigación.

A mi amiga y colega Sofía Vinasco por su colaboración en el proceso de entrevistas y transcripción de las mismas. Por esto último también agradezco a mi cuñada Sandra Jiménez y a mi colega Anderson Mora.

Al Gimnasio Especializado del Norte (GEN) y al Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia, por permitirme el acceso a sus instalaciones y propiciar el espacio para las entrevistas de los niños participantes en la investigación. A los padres y madres que me abrieron las puertas de sus casas para conocer más acerca del proceso con sus hijos hiperactivos y a estos últimos por compartir conmigo sus historias de vida.

A la Institución Educativa Distrital Usaqué por permitirme llevar a cabo la investigación con el grupo de docentes quienes desinteresadamente participaron en el proceso.

Finalmente agradezco a mi tutor, el profesor Carlos José Parales, quien además de asesorarme en el desarrollo de este trabajo me mostró otra manera de asumir la psicología. También a la Facultad de Ciencias Humanas, que a través de la convocatoria para el apoyo a tesis de posgrado hizo viable el desarrollo de este proyecto.

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha sido conceptualizado como un trastorno de origen en la infancia, cuya prevalencia, según el DSM-IV-TR, supera el 4% en la población mundial. En Colombia estudios regionales sugieren una prevalencia mucho mayor. La hiperactividad ha sido abordada principalmente desde las neurociencias y poco menos por la psicología cognitivo-conductual. El presente trabajo aborda el tema desde el construccionismo social con el objetivo de explorar el conocimiento construido por padres, profesores y niños acerca del TDAH para así identificar prácticas asociadas al mismo y discutir posibles consecuencias de esos sistemas representacionales en el desarrollo de la identidad del niño. Para esto se aplicaron entrevistas abiertas a grupos de padres, docentes y niños diagnosticados con TDAH previamente, en el caso de los niños se les pidió que contaran una historia sobre ellos mismos en tercera persona y se aplicó una metodología de imágenes para explorar ideas asociadas al tratamiento farmacológico. En total se contó con 30 participantes. Posteriormente se hizo análisis del discurso para todas las entrevistas. Los resultados se organizan en 5 categorías (características del niño hiperactivo, causas, consecuencias, trayecto y el papel de los otros). Se concluye que existen diferencias y semejanzas en los contenidos de las categorías para cada grupo y que el conocimiento construido acerca del TDAH genera prácticas educativas y de crianza particulares desde los padres y docentes, mientras que para los niños es un punto de partida para la construcción de su identidad. Se encontraron diferencias importantes entre niños y niñas.

Palabras clave: Hiperactividad, TDAH, Construccionismo social, Enfermedad Mental

Abstract

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is conceptualized as a disorder of origin in childhood. According to the DSM-IV-TR, ADHD prevalence is higher than 4% in the global population. In Colombia regional studies suggest a much higher prevalence. Hyperactivity has been studied primarily by neurosciences and slightly less by cognitive and behavioral psychology. This paper study the issue from social constructionism in order to explore the knowledge built by parents, teachers and children about ADHD to identify practices associated with it and discuss possible consequences of these representational systems in the child's identity development. The unstructured interviews were applied to groups of children previously diagnosed with ADHD and their parents and teachers, in the case of children were asked to tell a story about themselves in the third person and applied an image's methodology for exploring ideas associated to drug treatment. 30 subjects participated in this study. The author made a discourse analysis with the interviews. The results are organized into five categories (hyperactive child characteristics, causes, consequences, pathway and the role of the others) and conclude that there are differences and similarities in the contents of the categories for each group. Built knowledge about ADHD generates special educational practices from parents and teachers, while this is a starting point for the construction of children's identity. Important differences were found between boys and girls.

Keywords: Hyperactivity, ADHD, social constructionism, mental illness

Contenido

	Pág.
Resumen	VII
Lista de figuras.....	XI
Lista de tablas	XII
Introducción	1
1. Procesos de atención	3
2. Trastorno por Déficit de Atención.....	5
2.1 El TDAH desde la neurociencia	7
2.2 El TDAH desde el modelo cognitivo-conductual.....	8
2.3 Otras perspectivas acerca del TDAH	9
3. Construcción social del conocimiento acerca del TDAH	11
3.1 Construcción social de la enfermedad mental.....	11
3.2 Construcción social del TDAH	14
4. Metodología	17
4.1 Participantes.....	17
4.2 Instrumento.....	17
4.3 Procedimiento.....	18
5. Resultados.....	21
5.1 Grupo Padres	21
5.1.1 El transcurso de la hiperactividad.....	25
5.1.2 Características del niño hiperactivo	27
5.1.3 Las causas de la hiperactividad	31
5.1.4 Las consecuencias de la hiperactividad	33
5.1.5 Los otros	39
5.2 Grupo Docentes.....	42
5.2.1 Las características del niño hiperactivo	42
5.2.2 Las causas de la hiperactividad	45
5.2.3 El transcurso de la hiperactividad.....	46
5.2.4 Los otros	48
5.2.5 Las consecuencias de la hiperactividad	50
5.3 Grupo niños y niñas.....	52
5.3.1 Las características del niño hiperactivo	54
5.3.2 Los otros	57
5.3.3 Las causas de la hiperactividad	59

5.3.4	Las consecuencias de la hiperactividad	60
5.3.5	El transcurso de la hiperactividad	60
5.3.6	El tratamiento farmacológico.....	61
6.	Conclusiones y discusión	64
A.	Anexo: Evolución del TDAH a través de las diferentes versiones del DSM	75
B.	Anexo: Consentimiento informado.....	81
	Referencias	83

Lista de figuras

	Pág.
Figura 4-1: Imágenes mostradas a las niñas (a) y niños (b) participantes	18
Figura 5-1: Clasificación de las características atribuidas por los padres y madres a los niños hiperactivos.....	30

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 5-1: Ocupaciones y condiciones socio-económicas generales de los participantes del grupo de padres y madres.....	22
Tabla 5-2: Descripción de las condiciones socio-económicas y contexto clínico de los niños y niñas participantes	52
Tabla 5-3: Resultado metodología de imágenes.....	62
Tabla 6-1: Comparación de los grupos a partir de las categorías definidas	71

Introducción

De acuerdo con el DSM-IV (1994), la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) está entre el 3 y el 5%; sin embargo, estudios epidemiológicos aislados muestran un rango mucho más amplio de dicho porcentaje en diferentes regiones del mundo (Cardó & Servera 2005; Cardozo, Sabbag & Beltrame, 2007; Sharkhel, Sinha, Arora & DeSarkar, 2006) que algunos autores atribuyen a la metodología particular de los estudios (Guardiola, Fuchs & Rotta, 2000; Cardó & Servera, 2005).

En Colombia, la prevalencia de este trastorno ha sido poco estudiada, algunos trabajos llevados a cabo en Caldas y Antioquia estiman que pueda estar entre el 16 y el 20% aproximadamente (Pineda, Lopera, Henao, Palacio & Castellanos, 2001; Martínez, Remolina, Picón, Gómez & Campo, 2003; Cornejo & Cols., 2005).

El TDAH es clasificado en el DSM-IV como un trastorno de inicio en la infancia o adolescencia; otros trabajos han resaltado que el diagnóstico suele darse en edad escolar temprana, es decir, entre los 5 y los 10 años (Bará, Vicuña, Pineda, & Henao, 2003; Benito, 2008; Roca & Alemán, 2000). Adicionalmente, se han encontrado diferencias significativas entre los sexos, presentando mayor prevalencia de hiperactividad en los niños y mayor prevalencia de inatención en las niñas (Cardó & Servera, 2005; Cardozo & Cols., 2007).

La comorbilidad del TDAH es diferente dependiendo del subtipo, el cual se determina dependiendo del factor predominante, dando lugar al tipo con predominio de déficit de atención, tipo con predominio impulsivo-hiperactivo y tipo mixto o combinado (American Psychiatric Association, 2000). Se ha encontrado comorbilidad con trastornos de aprendizaje, depresión y ansiedad en aquellos niños con predominio inatento, mientras que los de predominio hiperactividad han mostrado mayor relación con trastornos disociales y trastorno negativista desafiante (Cardó, 2005; Barragán & Cols., 2007). Otros estudios muestran que los patrones psicofisiológicos de los pacientes con TDAH varían de acuerdo a la comorbilidad (Reyes & Cols., 2008).

La alta prevalencia del trastorno lo convierte en tema de salud pública, lo que explica el creciente número de investigaciones acerca de sus características, causas y tratamiento. Desafortunadamente no se cuenta con estudios sobre la incidencia del TDAH en ningún lugar del mundo, sin embargo en un reporte dado por el CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos, se estima que el número de niños afectados por el trastorno aumentó en un 30% en los últimos 10 años (El Mundo, 2011).

Fuera de los aspectos epidemiológicos, el estudio del TDAH se ha visto limitado a factores neurológicos y genéticos, descuidando su relación con situaciones sociales,

haciéndose necesario abordarlo en el contexto sociocultural del niño, puesto que él, como quienes hacen parte de su grupo social, construyen conocimiento acerca del trastorno a partir del cual se desprenden prácticas educativas y de crianza específicas que hacen parte del conocimiento social del fenómeno. Dichas prácticas se sustentan en el conocimiento construido a partir de información proveniente de varias fuentes, una de ellas es la que el profesional de la salud proporciona en el momento del diagnóstico.

De acuerdo con lo anterior, este trabajo explora cómo padres y profesores construyen conocimiento acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y qué tipo de prácticas sustenta éste, argumentando que tal conocimiento es determinante en procesos de subjetivación del niño diagnosticado, es decir, el niño que ha sido ubicado dentro de la categoría “hiperactivo” construye su identidad en parte a partir de dicha categorización.

Los objetivos para este trabajo, en concordancia con las preguntas anteriores son:

1. Explorar el conocimiento construido por padres, profesores y niños acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
2. Identificar prácticas asociadas al conocimiento construido
3. Discutir posibles consecuencias de esos sistemas representacionales

Para el desarrollo del marco teórico abordaré tres ejes principales. El primero tiene que ver con los procesos atencionales, con el objetivo de mostrar la razón por la cual se le ha otorgado tanta importancia a este proceso cognitivo en el desarrollo infantil; el segundo trata los cambios que ha tenido la definición del TDAH a lo largo del tiempo con el fin de dar cuenta de cómo los criterios diagnósticos son construcciones de una comunidad científica que los define y caracteriza de acuerdo al contexto histórico; en el tercero se presentan algunos estudios acerca de las representaciones sociales de la enfermedad mental incluyendo el TDAH.

1. Procesos de atención

La atención ha sido comúnmente vinculada al control conductual, lo cual se refleja en conceptualizaciones basadas en la voluntad, el control y la orientación de la acción como funciones propias del proceso atencional (Rodríguez, 2004).

Así, selección, vigilancia y control se convierten en conceptos centrales en el constructo de atención y particularmente de los tres tipos de atención más comunes (Rodríguez, 2004). Esos son, la atención selectiva, durante la cual el organismo responde selectivamente entre varias fuentes de estimulación disponibles evitando así la saturación en el cerebro (Johnston & Dark, 1986; Posner & Petersen, 1990; Estévez, García & Junqué, 1997); la sostenida, en la que el individuo mantiene persistentemente el estado de alerta ante la fuente de estimulación que en general corresponde a una tarea monótona inhibiendo la respuesta a otras fuentes irrelevantes (Estévez & Col., 1997; Colombo, 2001); y la dividida, que hace referencia a la capacidad de responder a dos o más fuentes simultáneas de estimulación (Corbetta, Miezin, Dobmeyer, Shulman, & Petersen, 1991; Desimone & Duncan, 1995; Estévez, 1997)

La mayoría de los desarrollos teóricos acerca de los procesos atencionales se han dado en el campo de las neurociencias. En este sentido, la atención ha sido definida como una serie de conexiones neuronales de áreas específicas del cerebro relacionadas con habilidades ejecutivas, lo que en última instancia corresponde a correlaciones entre actividad cerebral y funciones cognoscitivas de tipo ejecutivo (Klenberg, Korkman & Lahti, 2001).

Otra perspectiva desde la que se ha tratado el carácter de selectividad del proceso atencional es la relacionada con patologías como la ansiedad. En estos estudios, la atención se ve relacionada, no sólo con funciones ejecutivas superiores, sino también con las emociones, basándose en la habilidad de “descentrar” la atención de estímulos negativos (Lonigan, Vasey, Phillips & Hazen, 2004). De esta manera, la propiedad de control voluntario dentro del proceso de atención se ve materializado en la capacidad de selección e inhibición (Ruiz, 1993), lo que trasladado al campo de las emociones se denominaría autorregulación (González, Carranza, Fuentes, Galián & Estévez, 2001)

Algunos autores como Salinas (2005), han puesto sobre la mesa las limitaciones de dichos modelos funcionalistas, en el sentido de que atribuyen la selectividad de la atención únicamente a la capacidad del cerebro para evitar sobrecargarse, y aunque sí se ha hablado de los procesos motivacionales inmersos allí, no se ha tenido en cuenta que el contexto socio-cultural del niño de una u otra manera determina la selección, en tanto otorga valores diferentes a los objetos de su entorno de acuerdo con su propia historia de socialización.

En el mismo sentido, Ocampo (2011) pone de manifiesto la manera como los procesos cognitivos, incluyendo la atención, han sido definidos desde el positivismo como una categoría natural, perdiendo de vista su determinación socio-cultural. De esta manera, los procesos atencionales en occidente se han inscrito dentro del contexto escolar, entendiendo este último como el encargado de “uniformar” tanto las cogniciones como las emociones. Así, las desviaciones del alumno, respecto de lo que se espera de dichos procesos, son patologizadas y categorizadas como trastornos del aprendizaje o de la atención.

2. Trastorno por Déficit de Atención

A principios del siglo XX ya se habían identificado algunos síntomas de lo que hoy conocemos como TDAH, entre ellos, las dificultades de atención y algunos desórdenes conductuales que la acompañaban como la desobediencia y la agresividad, lo que el psiquiatra George Frederick Still denominó “defecto del control moral”, debido a la pobre regulación moral de los impulsos, atribuyendo su causa a factores biológicos prenatales y genéticos (Miranda, Jarque & Soriano, 1999; Menéndez, 2001; Martínez, 2006).

Después de una epidemia de encefalitis letárgica que sobrevino al final de la primera Guerra Mundial, muchos de los niños que sufrieron esta afección comenzaron a presentar los síntomas antes descritos por Still, con lo que se puso de manifiesto una relación entre daño cerebral y deterioro de la atención (Benito, 2008).

Así, en 1940 se acuña el término de “síndrome cerebral mínimo” (Benito, 2008) y posteriormente en los años 60 el de “disfunción cerebral mínima” para destacar que si bien habían patrones funcionales diferentes en niños inatentos, hiperactivos, agresivos y con problemas de aprendizaje, no había como tal daño cerebral (Menéndez, 2001; Capdevila & Cols., 2005; Benito, 2008; González, 2008), en otras palabras, se destaca así el carácter funcional del trastorno más que la posibilidad de una lesión a nivel neurológico. El “síndrome de disfunción cerebral mínima” incluye además de los síntomas del déficit de atención e hiperactividad, otros relacionados con trastornos motores y del aprendizaje (Alvarado, 1982).

A pesar de no encontrar evidencias suficientes acerca de las “estructuras” neurológicas comprometidas con el deterioro de la atención y en los demás problemas conductuales que lo acompañan, el vínculo entre dichos síntomas y un deterioro a nivel de las funciones neurológicas quedó plenamente establecido en definiciones posteriores (Ygual, 2003).

Durante las diferentes publicaciones del DSM se evidencian cambios en el abordaje del trastorno (ver [Anexo A](#)). En el DSM-I publicado en 1952, el trastorno como tal no existe, sólo se hace referencia a reacciones transitorias de origen psicológico más que orgánico, que afectan el ajuste del niño y el adolescente a su ambiente (American Psychiatric Association, 1952).

En el DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) se incluyó un apartado especial para los desórdenes relacionados con la infancia y la adolescencia, y con esto una clara preocupación por la hiperactividad, por lo que en general la hiperkinesia aparece como eje central de la dimensión conductual del trastorno, junto con el componente del control de impulsos deteriorado, lo que se mantiene en el DSM-III (González, 2008; Martínez,

2006). Adicionalmente, se tiene la idea de que el trastorno se presenta fundamentalmente en la infancia, en la medida en que los altos niveles de actividad tienden a desaparecer en la adolescencia (Benito, 2008).

En el contexto de la relación déficit-cerebro, comienzan a administrarse medicamentos psicoactivos para el control de la actividad excesiva, de los cuales hoy el más utilizado es el metilfenidato, sintetizado por primera vez en 1937 por Charles Bradley, quien descubrió que el medicamento tendía a aumentar la concentración de los niños hiperactivos y a reducir el nivel de actividad (Benito, 2008; González, 2008). El fármaco es un estimulante estructuralmente similar a las anfetaminas (Westfall T.C. y Westfall D.P., 2011), sin embargo al inhibir la recaptación de dopamina desencadena un efecto paradójico o contrario en los pacientes con TDAH, reduciendo la hiperkinesia (Mulas, Mattos, Muela & Gandía, 2005). Adicional a esto también son utilizadas otras anfetaminas que actúan como sedantes que atenúan la hiperactividad (Martínez, 2006).

La gran importancia otorgada a la hiperactividad disminuye en los años 90 reflejándose en que el DSM-IV hace mayor énfasis en la atención y habla del Trastorno por Déficit de Atención (TDA) de tres tipos: con predominio atencional, con hiperactividad, y combinado.

El hecho de que los déficits atencionales, acompañados o no de hiperactividad e impulsividad, sean tratados ahora como “trastornos”, implica una nueva mirada, y si se quiere, nuevas actitudes frente a aquellos de quienes se predica. Una de las preguntas que inevitablemente surge después de revisar el desarrollo histórico del déficit de atención es si, a pesar de la persistencia de los tres síntomas presentes en cada definición, realmente cada uno de ellos tuvo las mismas implicaciones en cada momento, es decir, ¿un niño hiperactivo de hoy se comporta de la misma manera que uno de hace 100 años?, seguramente no, puesto que en cada época, a partir de sus valores culturales, se “selecciona” lo que es normal diferenciándolo de lo que no lo es.

A propósito de la época, es posible afirmar que las “causas” o factores relacionados con la aparición del trastorno también se ven de cierta manera determinados por el contexto histórico. Muchos investigadores sociales hablan del momento histórico actual como la “era del conocimiento”, debido a la rápida evolución de las tecnologías de la información y la comunicación (TICS), y al respecto algunos han encontrado una relación importante entre el uso de algunas de éstas con la aparición del TDAH.

Entre los hallazgos encontrados sobre dicha relación encontramos: correlaciones positivas entre el incremento de los síntomas del trastorno y la adicción a internet (Yoo & cols, 2004), relación entre el uso excesivo de videojuegos y bajo desempeño en tareas que requieren habilidades atencionales (Sum & cols, 2008), mayor tendencia a presentar síntomas de TDAH en estudiantes que ocupan más de una hora en videojuegos (Chan & col, 2006).

Pero no solamente el momento histórico determina la manera como se entiende el trastorno, sino también el paradigma a partir del cual éste se aborda. Como ya se ha mencionado anteriormente, la mayoría de investigaciones acerca del TDAH se han hecho

en el campo de las neurociencias, por lo que a continuación presento una breve muestra de los desarrollos al respecto.

2.1 El TDAH desde la neurociencia

La mayoría de estudios respecto de la neuropsicología acerca del TDAH se basan principalmente en los perfiles neurocognoscitivos de individuos con el trastorno y otros pocos en la neuroanatomía.

En general las investigaciones no han encontrado daños cerebrales asociados al TDAH, por lo que más bien se habla de un deterioro funcional especialmente de las funciones ejecutivas superiores (Bará, 2003; Capdevila & Cols., 2005; Almeida, Ricardo-Garcell, Prado y Martínez, 2009). Por tal razón durante el diagnóstico se deben descartar enfermedades que conlleven deterioro neurológico o daño cerebral (Menéndez, 2001).

Almeida y cols. (2009), mediante un meta-análisis, encontraron que el 60% de la varianza del trastorno se explica por factores genéticos relacionados con el transporte y recepción de dopamina y serotonina, así como la recepción de la enzima beta-hidroxilasa por los receptores adrenérgicos. En este estudio no se encontraron evidencias de malformaciones o diferencias estructurales significativas.

Respecto a los estudios relacionados con la neuroanatomía del TDAH, se han encontrado alteraciones en la actividad de la ondas cerebrales en individuos con trastorno de atención, especialmente en el lóbulo frontal (Clarke, Barry, McCarthy & Selikowitz, 2001), el cual juega un papel decisivo en el desarrollo de los síntomas de TDAH, junto con el cuerpo estriado y la zona límbica (Stefanatos & Wasserstein, 2001). Dichas alteraciones son tanto anatómicas como metabólicas.

Se han identificado algunas áreas específicas del cerebro que juegan un papel importante en el desarrollo de la cognición social la cual está deteriorada en el TDAH. En un estudio realizado por Soliva y cols (2009), se encontró que niños diagnosticados con el trastorno presentan un volumen reducido en ciertas áreas como los lóbulos prefrontales, el núcleo caudado y el estriado ventral, así como baja concentración de materia gris en los lóbulos frontales y parietales, la circunvolución temporal, el giro cingulado izquierdo, la circunvolución del hipocampo izquierdo y los lóbulos posteriores del cerebro.

En la misma investigación los autores encontraron que cuando los niños con TDAH son sometidos a entrenamiento cognitivo se incrementa la actividad en diversas áreas; por ejemplo, cuando se les enseña a dar respuestas de inhibición, se incrementa la actividad de la región orbitofrontal, la frontal superior e inferior y las regiones temporales. Cuando los niños son entrenados en tareas de atención selectiva, aumenta la actividad del cerebelo que está implicado en la coordinación atencional. Adicionalmente se encontró baja concentración de algunos neurometabolitos en el hemisferio izquierdo del cerebelo y en la región prefrontal derecha (Soliva, Carmona, Fauquet, Hoekzema, Bulbena, Hilferty & Vilarroya, 2009).

En cuanto a los estudios sobre perfiles neurocognoscitivos, en general se han encontrado niveles bajos (aunque normales) en el coeficiente intelectual, velocidad perceptual disminuida, déficit en la atención sostenida y en la memoria visual, baja fluidez semántica, deterioro en el control de las conductas motoras (Bará & Cols., 2003) y bajo rendimiento en tareas ejecutivas (Capdevila & Cols., 2005), entre otras.

La vinculación del TDAH con deficiencias funcionales a nivel neurológico sugiere que el tratamiento más “adecuado” para el control de los componentes comportamentales del trastorno es el farmacológico. Sin embargo otros paradigmas, como el cognitivo-conductual proponen otras estrategias terapéuticas.

2.2 El TDAH desde el modelo cognitivo-conductual

Más allá de las dimensiones neuropsicológicas presentes en el TDAH, algunos investigadores han intentado plantear relaciones entre los sustratos neurobiológicos y su expresión en la conducta y en las cogniciones, para posteriormente plantear tratamientos desde la psicoterapia.

Uno de ellos es Servera (2005) quien desarrolla una aplicación del modelo de autorregulación de Barkley para el TDAH que incluye las siguientes dimensiones:

- Un estado inicial de desinhibición conductual, que incluye la incapacidad para inhibir respuestas y para cambiar patrones habituales así como poco control de las interferencias
- Un posterior déficit en el desarrollo de algunas funciones cognitivas superiores como la memoria de trabajo, la internalización del habla y el control del afecto
- Una reducción en la capacidad del control motor reflejado en la incapacidad para dirigir la conducta hacia un objetivo, para persistir, controlar la conducta y la activación emocional y para beneficiarse de la retroalimentación
- Adicionalmente se presenta una alta sensibilidad a aspectos irrelevantes de una misma tarea, poca organización y baja creatividad.

En general este modelo implica entender el trastorno como un problema de la ejecución y no de la capacidad, lo que quiere decir que el niño sabe qué y cómo hacerlo, pero no sabe en qué situación (Servera, 2005).

Así mismo, teniendo en cuenta las características comportamentales más sobresalientes del TDAH, Arco, Fernández & Hinojo (2004) plantearon un programa educativo que incluía padres, profesores y alumnos diagnosticados. La intervención estaba basada en un modelo cognitivo-conductual que consistía en un plan que incluía: información acerca del trastorno, entrenamiento en técnicas de modificación conductual, entrenamiento en técnicas para realizar adaptaciones educativas y curriculares y entrenamiento en técnicas

cognitivo-conductuales. Por su parte los niños eran entrenados en resolución de problemas, habilidades sociales y reflexividad.

Por su parte, Safren (2006), propone también un modelo cognitivo-conductual para adultos con TDAH, basándose en la idea de que posterior al tratamiento farmacológico, algunos síntomas persisten de manera crónica. El modelo es similar al planteado por Servera (2005), en la medida en que parte del deterioro neurológico como factor desencadenante de los déficits conductuales y posteriormente de la falta de estrategias para superarlos.

En resumen, los tratamientos planteados por los modelos cognitivo-conductuales buscan modificar aquellas expresiones del deterioro neurológico, relacionadas con la conducta problemática y con los procesos cognitivos relacionados con las emociones, constituyéndose la mayoría de veces en terapias subsidiarias al tratamiento farmacológico.

2.3 Otras perspectivas acerca del TDAH

Muy poca importancia se le ha dado a los factores psicosociales y ambientales en el desarrollo del TDAH, y en la mayoría de los casos estos se evalúan como “anexos” de las investigaciones en neuropsicología. En el caso de los abordajes cognitivo-conductuales, vemos cómo en su gran mayoría se aplican al tratamiento de las dimensiones conductuales del trastorno, y muchas veces como “coadyuvante” del tratamiento farmacológico.

En síntesis, toda la dinámica del trastorno se ha explicado desde variables “internas” del individuo, así como su interacción con la conducta, teniendo muy poco en cuenta factores ambientales, sociales y culturales. Los intentos por investigar dichos factores surgen de un abandono de la idea de que hay una relación “directa y unívoca” entre los síntomas del TDAH y deterioros a nivel neurológico (Lasa, 2007).

Al respecto, se han relacionado algunos factores perinatales con la etiología del TDAH, tales como bajo peso, el parto pretérmino, la exposición de la embarazada a sustancias tóxicas (Rowland, Lesesne & Abramowitz, 2002) así como las complicaciones en el embarazo, las amenazas de aborto, el consumo de cigarrillo y alcohol y las gripas incapacitantes durante el periodo de gestación (Martínez, 2006; Toledo, 2006).

Otras investigaciones han mostrado la influencia de la dieta en el curso del trastorno; así, un meta-análisis llevado a cabo por Martínez (1989), mostró una tendencia a la disminución de las expresiones de hiperactividad e impulsividad cuando los niños con TDAH llevan dietas libres de sacarosa y alimentos con aditivos artificiales, aunque en general los resultados fueron contradictorios.

En cuanto a los factores sociales, Roca & Col. (2000) afirman que pueden estar en riesgo aquellos niños cuyo desarrollo se da en ambientes familiares conflictivos, que incluyen violencia entre los padres; o bien, en aquellas familias cuyo estilo de crianza tiende a ser

permisivo, en tanto no desarrollan habilidades de autocontrol. Por el contrario, Toledo (2006) afirma que más que causas del trastorno en los niños, los factores familiares mencionados pueden ser una expresión del TDAH en los padres.

A pesar de las afirmaciones de Toledo, algunas evidencias muestran que sí hay una relación entre la aparición del TDAH y algunas características de la interacción madre-hijo, especialmente en lo referente a patrones de apego, donde el apego inseguro está relacionado con la aparición posterior de síntomas del trastorno (García & Ibáñez, 2007).

Hasta aquí podemos ver cómo el TDAH ha sido abordado desde diferentes perspectivas; pocas de ellas le dan más importancia a factores diferentes a los neurológicos, y algunas abordan las consecuencias sociales del mismo, que básicamente se reducen al bajo rendimiento escolar. Sin embargo, la investigación acerca de los procesos de subjetivación dados a partir de prácticas y representaciones alrededor del TDAH es todavía muy incipiente.

3. Construcción social del conocimiento acerca del TDAH

A continuación se presenta una breve revisión de distintos abordajes desde el construccionismo social, especialmente desde la teoría de las representaciones sociales, acerca de la enfermedad y particularmente acerca de la enfermedad mental, para posteriormente entrar en las construcciones sociales del TDAH.

La teoría de las representaciones sociales fue propuesta por Serge Moscovici, basándose en algunas nociones anteriores del concepto de representación que habían surgido en la sociología, específicamente el concepto de “representación colectiva” de Emile Durkheim, aunque diferenciándose sustancialmente de la misma (Farr, 2003).

En general, Moscovici planteó la noción de representación social como “*un tipo de organización simbólica del conocimiento y el lenguaje*”, avanzando en la comprensión de la forma como el conocimiento científico es tomado por las personas para construir sus propias representaciones sobre un objeto dado (Markova, 2003, p. 118). Este abordaje permite analizar cómo el conocimiento científico influye en la formación de las representaciones de los actores implicados acerca de la hiperactividad.

La representación social surge como un concepto que vincula lo individual o psicológico con lo social, al constituirse como una forma de conocimiento sobre el mundo y sus objetos que se construye a través de la comunicación entre los miembros de una comunidad dentro de un contexto socio-cultural (Jodelet, 1986).

3.1 Construcción social de la enfermedad mental

El que la “enfermedad” sea construida socialmente, quiere decir que, si bien hay un evento biológico y conductual particular, este es concebido de manera diferencial según la cultura y el contexto social particular; en otras palabras, aquello que es entendido o no como enfermedad depende de la manera como las personas se apropian del conocimiento acerca de la salud y la enfermedad a partir de elementos que circulan a través de la comunicación.

Las personas son activas en la construcción de la realidad y no simplemente aceptan el conocimiento científico como verdadero. Por el contrario, los individuos de una sociedad

intervienen en la construcción de la verdad a partir de la interacción con los otros. Los medios de comunicación juegan un papel importante en este sentido ya que proporcionan elementos de juicio que permiten a las personas apropiarse del conocimiento médico para construir conjuntamente concepciones acerca del mismo (Williams & Calnan, 1996). Esto no es diferente en el caso de la “enfermedad mental”, desde su etiología hasta sus consecuencias son concebidas de manera diferente por los miembros de culturas y sociedades diversas.

De acuerdo con Correia (2002), una particularidad de la enfermedad mental es que sus síntomas son las “desviaciones” de la conducta, a pesar de que en general se entiende que ésta no está en el cuerpo sino en el interior del individuo; de acuerdo a la cultura y al momento histórico en que se presenten determinadas conductas, serán categorizadas o no como enfermedad mental o como “locura”, tal como ocurría en la Edad Media.

Esto significa que además de que no todas las conductas son entendidas como “anormales” en todas las culturas y en todos los momentos históricos, tampoco se les atribuye la misma etiología, razón por la cual se encontrarán diferentes definiciones al respecto. Por ejemplo, la definición del DSM-IV resalta el dolor emocional y la disfuncionalidad como ejes centrales de los trastornos mentales; la definición particular que se le da a la locura tendrá implicaciones importantes en la vida social, por ejemplo en lo que respecta a los “inimputables” (Correia, 2002).

Respecto de este último tema, Foucault (1990) señala el nacimiento de la locura como motivo para liberar del castigo a aquellos quienes habían cometido un delito sin plena conciencia sobre sus actos, como una de las consecuencias del cambio que se produjo en cuanto al objeto del castigo después de la Edad Media. Nótese aquí en todo caso el tema del control de sí mismo como elemento fundamental para definir, e incluso diagnosticar, la enfermedad mental.

Las representaciones sociales acerca de la enfermedad mental, que están en todo caso ligadas a dichas definiciones, se expresan de manera diferente en la familia, los educadores, los profesionales de la salud, y en general en los distintos grupos sociales de los que hace parte un individuo “enfermo”. Adicionalmente, la representación varía si una persona imagina a otro como enfermo mental, o si se imagina a sí misma (Correia, 2002). Esto resulta ser muy relevante en la medida en que orienta el comportamiento de las personas frente a aquellas que consideran enfermas (Vaz, 2009).

Estudios etnográficos muestran cómo la denominación de una conducta como anormal varía de acuerdo a la cultura. Por ejemplo, en una investigación hecha en Bombay (India), Vaz (2009) encontró que los padres etiquetaron como signos de enfermedad mental aquellos comportamientos que nosotros consideraríamos propios de la adolescencia, como el de la atracción sexual entre ambos sexos. Adicionalmente, se muestran menos preocupados ante la posibilidad de una “enfermedad mental”, puesto que, basados en algunos preceptos religiosos, sienten que esa clase de problemas pueden ser tratados al interior del hogar.

Una población importante en lo que respecta a las representaciones acerca de la enfermedad mental la constituyen los profesionales de la salud, en la medida en que son ellos quienes están encargados de desarrollar e implementar intervenciones. Dentro de este marco, Morant (1995) realizó una investigación sobre las representaciones sociales, de profesionales ingleses y franceses en salud mental, acerca de la enfermedad mental.

A pesar de la heterogeneidad de las conceptualizaciones en torno a la enfermedad mental, Morant encontró que todos sentían compasión por los enfermos, ya que les atribuían un grado de inhabilidad y alienación. Uno de los puntos de divergencia estaba dado entre aquellos que aceptaban un grupo de síntomas como un trastorno, identificándose con un modelo médico-psiquiátrico, y aquellos que rechazaban el término enfermedad mental. Otra conclusión importante es la diferencia entre las representaciones de los profesionales y las de la comunidad. Al respecto, las representaciones de la comunidad, sin ser fijas, son un poco más homogéneas y tienden al rechazo del enfermo mental; por el contrario, las conceptualizaciones entre los profesionales son más heterogéneas y tienden a entrar en conflicto más frecuentemente (Morant, 1995).

Sin embargo, aún cuando las representaciones de la comunidad tienden a ser más homogéneas, un estudio llevado a cabo en Suiza sobre las representaciones de los tratamientos psiquiátricos (Goerg, Zbinden & Guimón, 2004), muestra como dichas representaciones varían a través de los distintos trastornos. Así, los investigadores encontraron en una muestra representativa de Ginebra (Suiza), que la esquizofrenia era considerada como una enfermedad mental “real” y tenía peor pronóstico que la depresión y el trastorno de pánico, requiriendo un tratamiento preferiblemente farmacológico.

Otro estudio que tuvo como participantes estudiantes de psicología, encontró que ellos se encuentran en general muy influenciados por los estereotipos acerca de la enfermedad mental formados por los medios populares; sin embargo, resaltan en su discurso el rol que ellos juegan en relación con el “enfermo”, basado principalmente en la ayuda al otro y a su entrenamiento, representándose a sí mismos bajo el prototipo del psicoterapeuta (Correia, 2002).

Como se expresó anteriormente, las representaciones acerca de la enfermedad mental influyen en los comportamientos de quienes rodean al “enfermo” y así mismo en las políticas institucionales al respecto. Como una crítica al tratamiento de aquellos niños que se consideran con dificultades emocionales y comportamentales, generalmente etiquetados como “alumnos problemáticos”, por parte del sistema educativo inglés, Jones (2003), pone de manifiesto las consecuencias del modelo médico en la concepción de los déficits emocionales y del comportamiento.

Así, a partir del modelo médico, las dificultades de los niños dentro del ámbito educativo son conceptualizadas como “desajustes” y “discapacidades”, lo que lleva a implementar la terapia ocupacional como requisito indispensable para cumplir con los logros académicos, e incluso se superpone al mismo desarrollo del plan curricular. Esta medida implica de alguna manera des-integrar a los niños del ambiente educativo normal (Jones, 2003).

Por otra parte, el adjudicar al niño, o a su problema, la causa del desajuste, se está dando por sentado que la etiología es propiamente individual, razón por la cual no son evaluados los procesos educativos y mucho menos las actitudes del profesor hacia el alumno que también podrían ser factores causales del problema (Jones, 2003).

Las reflexiones de Jones ponen de manifiesto el “estigma social”. El mismo se puede manifestar de manera distinta, atribuyéndole carácter de “responsabilidad” o de “peligrosidad”; en el primer caso, las actitudes hacia el “enfermo” son de carácter punitivo, mientras que en el segundo, son de rechazo y evitación (Corrigan, Rowan, Green, Lundin, River, Uphoff, White & Kubiak, 2002).

Finalmente, en la década de los 80, Denise Jodelet publicó un trabajo acerca de las representaciones sociales de la enfermedad mental en aldeas rurales de Francia. Allí, se muestra cómo los “enfermos” que habían sido reintegrados a sus hogares como parte de su proceso de recuperación, eran tratados de forma muy diferente al resto de los miembros de la familia, demostrando que estos eran vistos de forma esencialmente diferente (Farr, 1983), como si su “problema” fuera contagioso.

3.2 Construcción social del TDAH

Algunos autores se han alejado del tratamiento de los “déficits atencionales” como trastorno y los han abordado como una construcción social o cultural. Para autores como Timimi & Coendorsers (2004), el trastorno, y en general la enfermedad mental, surge en donde se “trasgreden” las normas culturales, es decir, cuando no se responde a las expectativas que, en este caso, se tienen sobre el sujeto niño. En este sentido, se acepta que puede haber una inmadurez cerebral, pero que tal es interpretada de acuerdo a la cultura. Por otra parte, dicha no-aceptación de la diversidad funcional, es mantenida por los intereses de la industria farmacéutica que mucho se ha beneficiado del TDAH (Timimi & Coendorsers, 2004).

Así, la publicidad acerca de los beneficios del metilfenidato ha hecho, por un lado, que se ratifique la relación cerebro-trastorno, y por el otro, que se desconozca la responsabilidad de los educadores en el proceso del TDAH. Al respecto, una investigación cualitativa llevada a cabo por Singh (2004), encontró que las madres estadounidenses que seguían el tratamiento farmacológico para sus hijos, adoptaban una narrativa de cerebro-culpa, y a la par se liberaban de su propia culpa por los síntomas del trastorno; adicionalmente, atribuían al fármaco la capacidad para “mejorar” a sus niños y a la vez mejorar su propia imagen materna.

La autora enfatiza que el fármaco es ampliamente aceptado en tanto se equipara a un desarrollo biotecnológico, que al igual que muchos otros aplicados a la estética, mejora y “embellece” al individuo. De esta manera, el medicamento aparece como un sustituto moderno de control social, es decir, la forma más efectiva para modificar aquellos comportamientos considerados como desviados (Conrad, 1992).

A tales procesos de incorporación de los fármacos en la vida social contribuyen de manera importante los medios de comunicación. Así, empresas farmacéuticas se han

valido de los mismos para promocionar sustancias y tratamientos “correctivos”, tal como lo dicen Norris y Lloyd (2000), quienes muestran cómo la prensa ejerce presión sobre la sociedad para ocuparse del trastorno, influenciando más a los padres que la misma literatura científica.

Además de la prensa, medios como el cinematográfico, intervienen en las ideas que una comunidad construye acerca del trastorno, favoreciendo o no diferentes tipos de tratamiento, y desencadenando estereotipos culturales acerca del trastorno, de quienes lo padecen y de quienes lo tratan (Englandkennedy, 2008).

Podemos ver en todos estos trabajos una marcada preocupación por el componente farmacológico del tratamiento del TDAH. Esto es entendible en el contexto norteamericano en el que el metilfenidato está bastante difundido. Sin embargo, en nuestro contexto resulta un poco más sencillo rechazar el fármaco sin que de ahí se desprendan necesariamente actitudes negativas hacia los cuidadores. Por esta razón, es válido preguntarse por las consecuencias, en cuanto a actitudes y representaciones del diagnóstico en sí mismo, teniendo en cuenta que esto está ligado a concepciones de la enfermedad mental.

En este sentido, un estudio realizado en Colombia, acerca de las representaciones sociales de las madres, o específicamente de los cuidadores, de niños diagnosticados con TDAH, muestra cómo ellas perciben de manera diferente a sus niños “problemáticos” antes y después del diagnóstico. Así, el diagnóstico formal para muchas de ellas significa una “liberación” de la culpa por la mala crianza de sus hijos frente a la sociedad, y respecto de sus hijos, significa liberarlos también a ellos de crueles castigos en tanto el origen de los malos comportamientos ya no es la voluntad, sino la “enfermedad” (Uribe & Vásquez, 2007).

Sin embargo, la etiqueta de “enfermo” conlleva sus propios estigmas, los cuales se evidenciarán en el discurso de los otros cercanos al niño. Por ejemplo, el hecho de que haya un lugar para los “locos” que es el manicomio, hace que en muchas situaciones el niño diagnosticado se vea segregado, y muchas veces rechazado por los padres que no se sienten capaces de afrontar una enfermedad mental (Uribe, 2007).

Como puede constatarse hasta aquí, es inútil tratar de desvincular el TDAH de las construcciones simbólicas de la enfermedad mental; es más, cada una de las frases consignadas en este marco teórico, cobran importancia en la medida en que dan cuenta de lo que la comunidad científica ha construido sobre el mismo y la manera como lo ha materializado en trastorno, con todo lo que ello implica.

Implica, entre otras cosas, asignar a quienes ya llevan el *estigma* de la niñez o la adolescencia uno que los incapacita aún más para llevar las riendas de su propia vida en un contexto en el que se le otorga gran valor al individualismo y a la autonomía. Aquí se entiende el *estigma* tal como fue conceptualizado por Erving Goffman (1970), es decir, algo así como un “signo” que desacredita a un individuo, y que por tanto irrumpe en sus interacciones sociales y en la formación de su propia identidad.

El estigma definido por Goffman (1970) se refiere a la categorización del individuo a partir de una característica notoria de sí mismo, la cual incide en el desarrollo de la identidad social del sujeto, y por tanto define su lugar en el mundo social. Normalmente el ser “estigmatizado” implica el aislamiento de las actividades sociales cotidianas al estar asociado con la categoría de “anormalidad”, de allí el término de la identidad deteriorada y el de desacreditación.

4. Metodología

Se presenta una propuesta de investigación basada en métodos cualitativos, para estudiar las construcciones hechas por padres y profesores acerca del diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, así como para explorar cómo influye el diagnóstico en conceptos e imágenes de los niños sobre sí mismos.

4.1 Participantes

Los participantes de este estudio fueron 9 mamás, 3 papás, 10 profesores, 7 niños y 2 niñas diagnosticadas con TDAH dentro del proceso de evaluación cognoscitiva y tratamiento del Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad Nacional de Colombia, así como otros centros especializados en el diagnóstico, tratamiento o enseñanza de niños diagnosticados con TDAH. De acuerdo con esto, tuvimos un total de 31 participantes.

4.2 Instrumento

Se utilizó una entrevista abierta para las madres, padres y profesores. Todas variaron en duración de acuerdo con la disponibilidad de los y las participantes. La entrevista se considera semi-estructurada en la medida en que consistió en un guión de temas a tratar durante la misma, sin darle un orden específico al mismo.

Para las madres y padres se utilizó específicamente una entrevista episódica. Con este tipo de entrevista es posible hacer énfasis en un momento particular de la historia de los sujetos, teniendo en cuenta el contexto de producción de la narración (Flick, 2007). En este caso se tomó como punto de partida el momento del diagnóstico, lo cual permitió explorar, entre otros, los siguientes temas: ideas acerca de las causas del trastorno, concepción del trastorno, concepción sobre el niño antes y después del diagnóstico, ideas acerca del tratamiento, ideas acerca del rol del terapeuta.

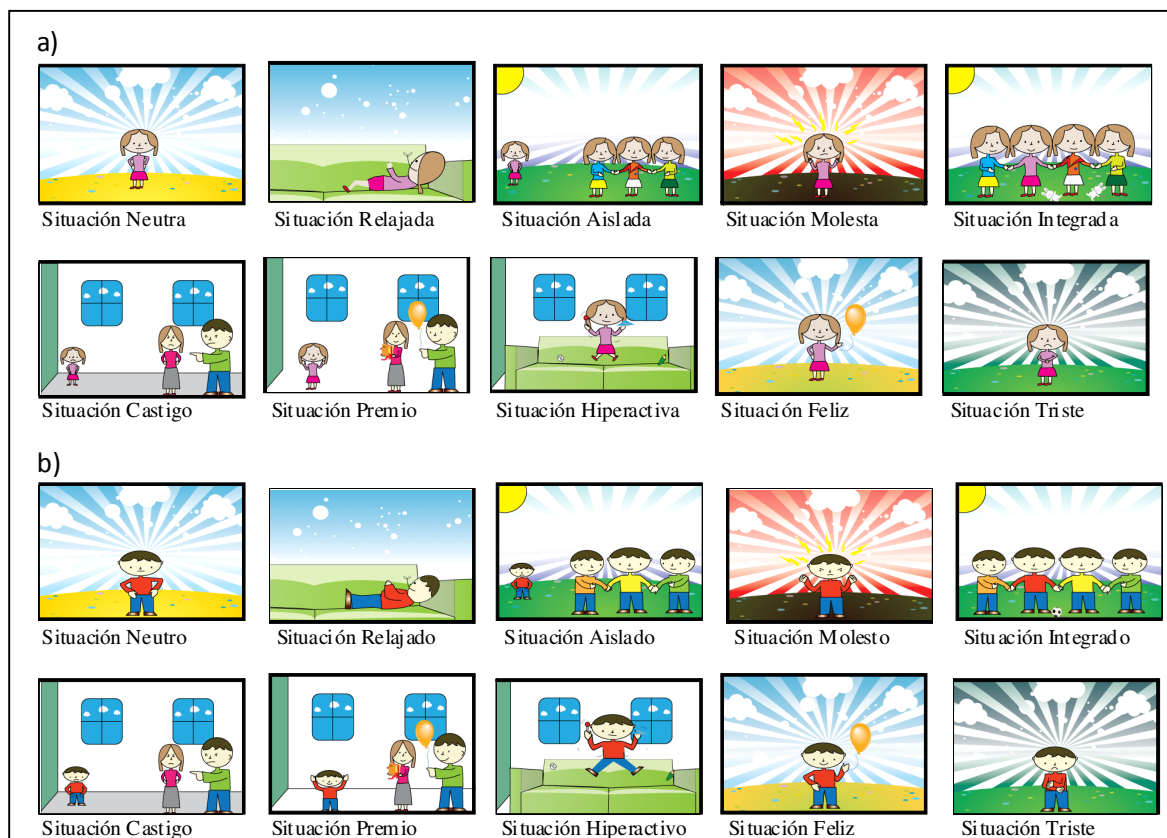
Para los profesores(as) se utilizó una entrevista en profundidad de tipo semántico. La entrevista semántica se diferencia de la episódica en que se trabaja con preguntas intencionadas relacionadas con el tema de interés particular (Flick, 2007). Este método resultó adecuado para abordar a los profesores debido a que no estaban dispuestos a hablar abiertamente del tema y preferían responder a preguntas concretas, de esta manera se logró un acercamiento a sus representaciones sobre el TDAH y las implicaciones de éstas en las prácticas escolares.

En cuanto a los niños y las niñas, la indagación acerca de cómo se perciben en relación con el diagnóstico se hizo mediante la construcción de un dibujo libre sobre sí mismos acompañado de una historia. Adicionalmente, se utilizaron una serie de imágenes que permitieron revelar algunas concepciones de los niños y las niñas respecto a sí mismos como personas diagnosticadas con TDAH y especialmente respecto a su imagen con o sin medicación.

Cada una de dichas imágenes muestra una situación diferente; tal como se describirá en el procedimiento, los niños debían escoger las tres situaciones más comunes en su vida cotidiana. Las imágenes se muestran en la [Figura 4-1](#).

Es importante tener en cuenta que las guías temáticas planteadas no fueron fijas, ya que durante el discurso aparecieron elementos no contemplados desde el inicio.

Figura 4-1: Imágenes mostradas a las niñas (a) y niños (b) participantes



4.3 Procedimiento

Se contactó a las madres o padres de niños y niñas con diagnóstico confirmado de TDAH. Dicho contacto se hizo a través de instituciones relacionadas con este tipo de casos y por otras vías informales. Las instituciones colaboradoras fueron el Servicio de

Atención Psicológica de la Universidad Nacional de Colombia y el Gimnasio Especializado del Norte (Para el caso de padres y niños).

Se concertaron citas con los padres y madres para llevar a cabo las entrevistas. En su mayoría éstas se realizaron en los hogares dándonos la oportunidad de hacer observación de campo. Debido a que la investigación tiene únicamente fines académicos y no de intervención, el proceso de evaluación y diagnóstico no fue hecho por la investigadora en ninguno de los casos, para evitar entablar una relación terapéutica entre ella y los participantes, esto teniendo en cuenta que investigador y participante interactúan en el proceso discursivo. A todos se les explicó que su participación era anónima y se les dio a conocer el objetivo principal de la investigación así como las características del procedimiento. Posterior a esto se les solicitó que firmaran un consentimiento informado ([Anexo B](#)).

Los profesores fueron contactados a través de la Institución Distrital Educativa Usaquéen. Se aplicó el mismo procedimiento previo a las entrevistas que para el caso de los padres. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en el colegio.

A los niños y niñas, previo consentimiento de los padres, se les solicitó que hicieran un dibujo sobre sí mismos mientras contaban una historia sobre éste. Posteriormente, a los niños que habían recibido tratamiento farmacológico se les mostró el paquete de imágenes y se les pidió que escogieran las tres situaciones con las cuales se sentían más identificados o aquellas en las que se encontraban con mayor frecuencia. Se les pidió que hicieran dos veces el ejercicio, la primera vez imaginándose que estaban medicados y la segunda sin medicar.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis. Durante las entrevistas los participantes construyeron un discurso a través del cual revelaron sus concepciones alrededor del trastorno y de los niños diagnosticados, así como acerca de la función y las consecuencias del mismo, por esta razón se eligió el método del Análisis de Discurso para el análisis de la información obtenida.

El análisis del discurso permite develar la forma como las personas construyen un objeto particular a través del discurso. De esta manera, este enfoque le da el papel protagonista al lenguaje, no como un medio para describir el mundo, sino como agente en la construcción de la vida social de las personas, lo que muestra claramente su relación epistemológica con el socio-construccionismo (Gill, 2000).

Desde esta perspectiva, el lenguaje al mismo tiempo construye y es construido, por lo que el discurso, expresado tanto en el habla como en el texto, es una forma de acción o práctica social: “como actores sociales, estamos continuamente orientados hacia un *contexto interpretativo* en el que nos encontramos a nosotros mismos, y construimos nuestro discurso para adaptarnos a ese contexto” (Gill, 2000, p. 175). Esto significa además que todo discurso tiene una función en la construcción de la realidad de las personas, y que uno de los objetivos del análisis del discurso es encontrar el *para qué* del mismo (Gill, 2000; Santander, 2011).

El análisis del discurso ha venido tomado mucha importancia dentro de las ciencias sociales y ya no sólo es popular en las ciencias lingüísticas (Santander, 2011). En las ciencias de la salud también se ha resaltado el papel del lenguaje en las relaciones de las personas con la salud y la enfermedad y la manera como estos conceptos son construidos e insertados en las prácticas sociales cotidianas, no sólo de las comunidades sino también de los profesionales y científicos de la salud (Barbosa y cols., 2009).

Para la aplicación de este método, las entrevistas previamente transcritas, se analizaron línea a línea, abstrayendo las ideas más sobresalientes en el discurso. A medida que se hizo este proceso con todas las entrevistas de cada grupo se identificaron las semejanzas y las diferencias entre todos los textos y se identificaron las categorías que se habían definido previamente con relación al Déficit de Atención e Hiperactividad (causas del trastorno, concepción del trastorno, concepción sobre el niño antes y después del diagnóstico, ideas acerca del tratamiento, ideas acerca del rol del terapeuta) así como otras que fueron surgiendo en el desarrollo del análisis.

5. Resultados

A continuación se presentan los resultados del análisis de la información obtenida a través de las entrevistas y las demás herramientas utilizadas para cada uno de los grupos participantes. Se hace mayor énfasis en la hiperactividad debido a que los discursos giran alrededor de la misma a pesar de que los diagnósticos incluyen el déficit de atención. Respondiendo a la postura epistemológica adoptada en este trabajo, se buscó comprender el conocimiento construido por los mismos actores involucrados en el proceso, encontrando así que la hiperactividad resulta más problematizada que el déficit atencional en ambos contextos (la casa y la escuela).

Con el objetivo de organizar la información, se presentan unas categorías resultado del análisis previo realizado a los textos de las entrevistas y a las preguntas definidas al iniciar la investigación. Dichas categorías son las mismas para todos los grupos de participantes pero no se presentan en el mismo orden, esto se debe a que para la presentación de los resultados se tomó en cuenta la recurrencia de cada tema en el discurso de cada grupo.

5.1 Grupo Padres

Los resultados que se presentan en esta parte corresponden a la manera como las madres, y unos pocos padres, han construido la realidad de un problema al que los psiquiatras han denominado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En primer lugar se presenta una descripción de la situación general de los participantes de este grupo; esta información se obtuvo a través de las entrevistas y las observaciones de campo.

Se entrevistaron en total 7 mamás, un papá y 2 parejas padre-madre. De las mamás tres eran solteras y una separada. Todos los demás convivían con sus parejas que, con excepción de una, eran los padres o madres del niño diagnosticado.

Aunque algunos refieren dificultades económicas, todas las familias entrevistadas tenían condiciones de vida adecuadas, la mayoría de ellas vivían en casa propia y tres familias en vivienda arrendada. Todas las casas de los entrevistados contaban con los servicios públicos domiciliarios completos y ninguno se quejó por falta de recursos básicos para la alimentación, educación, aseo u otros.

En la [Tabla 5-1](#) se presentan las ocupaciones de los padres y madres entrevistadas junto con algunas observaciones sobre las condiciones socioeconómicas de las familias. Para

preservar el anonimato de los participantes sus nombres fueron reemplazados por unos ficticios.

Tabla 5-1: Ocupaciones y condiciones socio-económicas generales de los participantes del grupo de padres y madres

PADRE Y/O MADRE	OCUPACIÓN	CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS
Alicia	Empleada doméstica	Vive con el segundo esposo que no es el padre de la hija que fue diagnosticada con TDAH, un hijo del matrimonio actual y la niña. Tiene otra hija mayor que no vive con ella. Trabaja en el área de servicios generales de una clínica en el norte de la ciudad y refiere estar muy inconforme con el trabajo. Refiere dificultades económicas aunque la casa en la que vive cuenta con todos los servicios y comenta que no les hace falta nada de lo básico
Camila	Profesional - trabaja en una Universidad	Vive con el esposo, quien también es profesional y dos hijos, un niño (diagnosticado con TDAH) y una niña. Viven en casa propia con comodidades económicas.
Constanza	Secretaria	Madre separada, vive con su única hija quien fue diagnosticada con TDAH. Las entrevistas no se realizaron en la casa así que no se tiene información sobre las condiciones físicas de la misma, sin embargo la madre no se queja por dificultades económicas
Darío y Esperanza	Técnicos laborales – empleados	La familia está compuesta por ambos padres y un hijo único quien fue diagnosticado con TDAH. Viven en un apartamento propio con condiciones habitacionales adecuadas. Ambos padres trabajan y manifiestan la intención de no tener más hijos.
Ernesto	Profesional – Independiente	Ambos padres son profesionales y practican deporte. Viven en apartamento propio con condiciones adecuadas. No refieren dificultades económicas. El padre se queja constantemente por las largas jornadas laborales de su esposa. Viven los dos con tres hijos hombres, el menor diagnosticado con TDAH. El hijo mayor es de un matrimonio anterior de la madre.
Eliana	Técnica – trabaja en un centro de estética	Madre soltera que no tiene contacto con el padre del niño, quien fue diagnosticado con TDAH como trastorno secundario a un problema de lenguaje. Viven en casa familiar junto con sus padres, un

PADRE Y/O MADRE	OCUPACIÓN	CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS
		hermano y la esposa de este. No refiere dificultades económicas puesto que todos en la familia trabajan, excepto la abuela del niño.
Juliana	Recepcionista	Es la madre más joven del grupo. Es soltera y tuvo su único hijo al finalizar la adolescencia. Trabaja como recepcionista en una empresa privada y refiere dificultades económicas por lo que adelanta un proceso de demanda por alimentos contra el padre del niño con quien tiene muy poco contacto. Vive junto con su hijo diagnosticado con TDAH en un apartamento arrendado. A pesar de su bajo salario paga un colegio privado a su hijo debido a la condición de este.
Lina y Eduardo	Profesionales	La familia está compuesta por ambos padres, un hijo diagnosticado con TDAH y una hija. Viven en apartamento propio de estrato alto. Ambos padres trabajan y comparten el cuidado de los hijos con una empleada doméstica.
Nora	Profesional	Es la esposa de Ernesto, pero ambos fueron entrevistados independientemente. Las condiciones son las mismas.
Rocío	Empleada doméstica	Madre soltera con un único hijo con diagnóstico de TDAH. Trabaja como empleada doméstica en varias casas. Vive en una casa arrendada que comparte con su hijo y una hermana quien le ayuda con el cuidado del niño. No refiere dificultades económicas.

Aparte de las condiciones socio-económicas expuestas, las madres refirieron otro tipo de situaciones relacionadas indirectamente con sus ocupaciones y que afectan en alguna medida la relación con sus hijos.

La más importante de ellas hace referencia a una consideración de algunas madres de no tener tiempo para dedicarle a sus hijos por causa del trabajo. Esto se une con el hecho de no poder dejar de trabajar puesto que el trastorno que los niños padecen requiere de una inversión económica importante en colegios privados y tratamientos: *“Nos recomendaron como 7 colegios, pero, ahh bueno esa es la otra, que es que esa educación es muy costosa, entonces, algunos nos pedían mensualidades de millón doscientos, millón quinientos...”*.

Esta situación es importante para algunas madres puesto que en general consideran que la falta de tiempo no les permite desarrollar los planes terapéuticos que los profesionales proponen para sus hijos, lo cual se puede apreciar en estos fragmentos:

Alicia: "... porque es que a mí no me queda tiempo para nada, en casa de herrero azadón de palo "... estoy es como esperando para tener cambio de turno para poder... porque es que las terapias de igual manera es en la mañana aquí en el C, entonces a mí tiempo no me queda en la mañana..."

Constanza: "...ha sido bien complicado porque obviamente no tiene uno el tiempo, pues la niña está estudiando entonces tocaba hacerle las terapias era de pronto por la tarde, entonces que lío, porque vaya recójala y corra... eso son solo correderas"

Por su parte Camila decide dejar de trabajar tiempo completo para poderle dedicar tiempo a su hijo por las tardes cuando él llega del colegio. La falta de tiempo preocupa a las madres porque piensan que los niños hiperactivos requieren mayor atención y cuidado que los demás.

Otro caso especial es el de las madres que deben encargarse solas de la crianza, quienes consideran que la carga de un hijo hiperactivo es demasiado alta, lo que las hace sentir agotadas y frustradas:

Constanza: "...como yo soy separada... toda esa... esa carga que implica el tener un hijo así... pues está en mí, solamente, así que a mí me queda... ha sido difícil, ha sido bien complicado porque obviamente no tiene uno el tiempo, pues la niña está estudiando entonces tocaba hacerle las terapias era de pronto por la tarde, entonces qué lío, porque vaya recójala y corra... eso son solo correderas... porque a mí me ha tocado toda prácticamente sola, el papá de X realmente ha contribuido muy (gestos de negación) con eso..."

Juliana: "...y como explicarle todo eso, porque a mí me ha tocado ser mamá y papá... se casó y yo o sea empezando como a criarlo el niño vivió muy enfermo... O sea, tu vieras el desinterés tan terrible, no, se quedó ahí sentado en la cama con el celular jugando, y yo oye ayúdale y él: "hay no que él lo haga solo que él puede"..."

Rocío: "... y yo soy sola. El papá no vive con él, él lo ve de vez en cuando y no responde, casi mucho, entonces... me tocaba a mi solita, con él"

Como se puede observar en la tabla 1, hay otras situaciones particulares que no se repiten en los demás participantes, pero que pueden estar relacionadas con la manera en que los padres resuelven los problemas con sus hijos.

Uno de estos casos particulares es el de Alicia, quien contrario a las demás madres entrevistadas se encuentra muy inconforme con su trabajo, no solamente porque no le permite pasar tiempo con su familia, sino porque piensa que sus derechos son vulnerados. Más allá del trabajo actual, esta inconformidad se extiende a su oficio, lo

cual, unido al hecho de haber sido madre adolescente, se verá implicado en las expectativas que tiene sobre el futuro de su hija, lo cual marca la manera en que maneja el problema de comportamiento de ella (Este tema se retomará más adelante).

Como se puede observar, las madres viven constantemente preocupadas por las interrupciones en el proceso terapéutico de sus hijos y una de las causas a las que ellas atribuyen este hecho es al de sus ocupaciones, lo que en distintos momentos puede generar sentimientos encontrados respecto a su rol: por un lado las hace sentir agotadas tanto física como emocionalmente, y por el otro frustradas por no hacer todo lo que deben para mejorar el comportamiento de sus hijos.

A continuación se presentan los resultados del análisis de las entrevistas de los padres respecto a las representaciones que ellos han construido alrededor del trastorno y de los niños hiperactivos, sin olvidar que el propósito de presentar primero el contexto es visualizar la relación que este guarda con los mismos.

Comenzaré entonces por la narrativa de los padres sobre el comienzo de todo el proceso.

5.1.1 El transcurso de la hiperactividad

Es interesante escuchar la reconstrucción del proceso que han vivido las familias desde que “supieron” que sus hijos tenían un problema. Casi sin excepción, los inconvenientes comienzan con el ingreso del niño al colegio o al jardín infantil, lo que hace suponer que el TDAH es un trastorno principalmente institucional, esto incluso cuando los padres aluden a la inquietud de sus hijos desde muy pequeños.

Como todos sabemos la institucionalidad implica la adaptación del ser humano a unos estándares esperados por quienes la dirigen. A diferencia de la casa, en donde existe cierta flexibilidad en los horarios y quehaceres, el colegio exige el cumplimiento estricto de una serie de reglas que restringen el libre comportamiento de sus miembros. Por esta razón, cualquier desviación del comportamiento respecto a los estándares establecidos resulta bastante notoria.

Prácticamente todos los padres comienzan sus relatos hablando de las constantes, prácticamente diarias, quejas y notas en la agenda de los niños por parte de las profesoras, seguido de la citación de la orientadora o psicóloga de la institución para decirles que probablemente su hijo tiene un problema de atención e hiperactividad.

“...a ver una constante era que sus agendas eran de permanente llamados de atención porque no se comportaba bien en el aula, porque se la pasaba jugando, porque distraía a los compañeros, porque se le olvidaban las cosas...”

“...y ella empezó a estudiar desde el año y medio y a mi al momentico ya me empezaron a dar quejas en el jardín ¿si?”

También hacen referencia al hecho de que ellos habían notado que sus hijos eran muy activos, pero que sólo hasta que del colegio llamaron la atención sobre el problema supieron que esto se debía a un trastorno mental:

“...pues yo no sabía que ella era... sufría... o tenía eso de déficit de atención, fue por la orientadora que me dijo: no es que ella es muy cansona, que no se qué...”

“La psicóloga me recomendó, me dijo mire seamos honestos... no es la institución. No es la institución, me recomendaron llevarlo al... hice... a la liga contra la epilepsia para que lo diagnosticaran...”

Posterior a las quejas de profesores y recomendaciones de la institución, los padres acuden a la EPS para buscar una respuesta ante los problemas que tienen sus hijos para adaptarse a la vida escolar. Esto muestra que desde el inicio se le otorga a los problemas de comportamiento un tratamiento médico, dentro del cual se busca un diagnóstico que explique los síntomas anormales y de una solución también médica a los mismos:

“hay que hacer diagnóstico me dijeron y se le llevó a la psicóloga de la EPS...”

“...entonces obviamente como ahorita eso ya está como así como decía uno con un psicólogo que lo vea a él, él decía que era un problema médico”

“hizo diagnóstico con 2 neurólogos, psicólogos, educador especial, terapeuta de lenguaje, terapeuta físico y ahí fue cuando le diagnosticaron... el niño tiene síndrome de atención dispersa e hiperactividad...”

Consecuente con el tratamiento médico de los síntomas de una enfermedad, en muchos casos se formula ritalina como tratamiento farmacológico. Sin embargo este medicamento genera mucha resistencia entre los padres por los efectos secundarios que conlleva.

De acuerdo con el discurso de los padres, iniciar un curso médico para el tratamiento del problema, no implica que ellos acepten el tratamiento farmacológico, dando cuenta de una construcción diferencial de la “enfermedad física” y la “enfermedad mental”, lo que puede llevar incluso al alejamiento del ámbito psiquiátrico:

“...con la ritalina V... osea ella cambiaba de actitud en el colegio, porque mantenía como sonsa, como quieta, entonces yo dejé de darle la ritalina, y también dejé de llevarla al psiquiatra...”

Para otros padres, a pesar del mismo rechazo al fármaco, es indispensable la ayuda médica: *“Ha sido un proceso..digamos casi yo... a lo que...cada etapa de JD ha tenido que ser orientada por profesionales y pues nosotros hemos estado dispuestos, no?”*. Esta afirmación no aparece en otros discursos con la claridad con que la vemos aquí, sin embargo es evidente en todas las entrevistas que la vida de los niños hiperactivos

transcurre dentro de un consultorio médico. Para los padres esto significa una constante búsqueda de respuestas frente a la imposibilidad de manejar el comportamiento de sus hijos a través de la crianza.

Respecto a la crianza, muchos de los padres hacen un gran esfuerzo por seguir las recomendaciones que les dan los profesionales. Entre los métodos que utilizan está el limitarles el acceso a las cosas que más les gusta hacer o prohibirles la salida a la calle. Sin embargo, la mayoría de ellos utilizan el castigo físico, a pesar de que contribuya al deterioro de la relación, debido a los sentimientos de impotencia que les genera la ineffectividad de los anteriores:

“...pero hay momentos en que ya no puedo más, porque su grado como de irritabilidad, digo yo, sí como de qué fastidio y él como que empieza a hacer así, entonces yo le digo que pena con usted pero a mí me hace caso y entonces a veces le pego así como con la regla en la pierna, porque ya me... yo siento que él me lleva como al límite y me reta... me... sí...”

Al mismo tiempo el maltrato se justifica por su utilidad para obtener el comportamiento deseado por parte de los niños: *“...yo nunca le pego pero cuando tengo que pegarle un correazo lo voy a hacer, porque eso también forma. Es mi pensamiento”*. Incluso algunos profesores promueven el mismo al ver los resultados que genera en el aula: *“inclusive la misma profesora nos decía, don D cuando usted castiga a D, ese día marcha...”*

En cualquier caso, como veremos más adelante, el diagnóstico que se hace a los niños sí tiene un impacto en la forma como los padres conceptualizan la crianza.

5.1.2 Características del niño hiperactivo

Para comprender la relevancia que tienen las ideas de los padres sobre las características del niño hiperactivo es necesario entender que estas se constituyen principalmente como las “quejas” que ellos ponen sobre sus hijos, es decir, aquello que quisieran cambiar. Sin embargo, también aparecen en el discurso ideas que reivindican al niño, aquellas que justifican su comportamiento mostrando la cara positiva del mismo.

La característica que más resaltan los padres sobre sus hijos hiperactivos es la falta de adhesión a las reglas, dado por una “rebeldía” en contra de la autoridad que ellos como padres deben ejercer dentro de la crianza, lo cual les impide establecer rutinas en el día a día, lo cual genera mucho agotamiento. Esta rebeldía, que no se disipa con los métodos tradicionales de crianza, genera consecuencias en todos los aspectos del ser madre o padre las cuales se verán más adelante.

Este rasgo de los niños hiperactivos corresponde a la queja principal de los padres y madres, y posiblemente es el responsable de que a algunos niños los diagnostique también con Trastorno de Oposición Desafiante. El discurso de Darío y Esperanza resume esto:

“D también tiene un problema disfuncional con las ordenes...no...el cómo que no...no tolera, como saber de que hay alguien por encima de él, entonces nos preocupa, porque hoy se estrella con el profesor, con la rectora, pero mañana va a ser con la autoridad y bueno con el rector, con la profesora, con nosotros, pues a la hora del té el castigo, no va a ser mayor, mientras que si lo hace ya con la autoridad, ya es un...cosas ya graves”

Rocío también dice:

“...él no hace caso... o sea, él es muy terco... uno le dice... F haga tal cosa... no ha... no ha... ha aprendido a coger como un ritmo como una disciplina... si me entiende? Uno trata de dársela pero él no la ha querido coger”

En su mayoría, la hiperactividad de los niños genera molestia en los padres porque no les permite llevar sus rutinas o llevar el control de las situaciones. Por ejemplo, a Darío y Esperanza les molesta que su hijo no se vaya a la cama temprano: *“...porque ya llega uno cansado, ya uno quiere descansar, quiere uno charlar ya cosas de adultos, problemas de la casa, que es mejor que no esté el niño ahí pendiente y si nos tocaba bajo la amenaza de un castigo más severo, mandarlo a su cuarto y ahí si ya se iba, pero eran las once de la noche...”*. Así mismo a Ernesto le molesta la agresividad de su hijo para con él: *“No sé si porque, es que... por ser... un hombre, pero él es... tú lo vez conmigo y a toda hora es pegándome, pegándome!, me cansa eso si?...”*

Otras de las características negativas que resaltan los padres sobre sus hijos son la agresividad, la impulsividad, la falta de concentración, malos hábitos de sueño, inquietud en lugares inapropiados, deterioro de la voluntad y de la autonomía, y algunos dicen que son niños mentirosos y manipuladores.

Los dos últimos rasgos son de particular interés en el caso de Alicia, ya que según ella le han causado problemas familiares de gran magnitud. Durante el discurso ella habló de la manera como su hija había inventado una historia de abuso por parte del esposo de su madre, la abuela de la niña, y cómo esto generó mucha tensión en las relaciones familiares:

“...yo no sé de dónde fue que sacó eso, el caso fue... es que ni con fechas, ni con las historias que ella contaba... osea el tema que ella contaba no concordaba... fue la valoración que le hicieron por allá en la esta de delitos sexuales... osea ellos llegaron al dictamen de que ella no había sido abusada...” “...fueron dos puntos... ese y que una vez la cogieron y la abrazaron de la... no sé si se lo imaginó, si se lo inventó, si realmente sucedió no sé...” “...osea, fuimos cuatro personas, de que yo cuando ya le conté a mi mamá... eso fue la verraquera porque mi mamá también le iba a armar problema... ella sabe, esas son una de las cosas que yo le pongo como ejemplo, le digo “mire, por sus mentiras usted iba a hacer que una persona fuera a la cárcel, es que quizá ni hubiera llegado a tocar la cárcel porque yo ya lo hubiera matado” le dije...”

Estas mismas características se presentan en el discurso de otros padres pero desde otra perspectiva. Según ellos los niños son manipuladores en el sentido de que usan el

afecto para obtener de los demás el perdón por sus malas acciones y así evitar los castigos consecuentes. En este sentido Juliana nos cuenta:

“...se porta mal y a M que es la profesora, empieza M mira no me pongas notas, mira yo me voy a portar bien, y la coge y es que yo la amo, usted es divina, y ella le dice no hijo, conmigo ya no le funciona esa estrategia”

En general llama la atención la manera única (en el sentido de que no se presenta en otras entrevistas) como Alicia describe a su hija. En la mayoría de entrevistas se puede notar la preocupación y la culpa como los rasgos emocionales predominantes frente al trastorno de sus hijos, pero en el caso de ella, además, aparecen con mayor frecuencia expresiones de rabia y frustración. Esta particularidad podría estar asociada a diferentes eventos de su vida, especialmente al hecho de haber sido madre adolescente y ver la posibilidad de que su hija hiperactiva lo sea también. Adicionalmente, en ella hay una clara frustración por su oficio, el cual ve como el destino de la niña si no logra corregir el mal comportamiento:

“...sentí una rrabia!... ganas de verdad de coger y darle una cachetada, porque me da mal genio, osea una culicagada a los nueve años que va a tener novio...” “...y yo le digo, si usted se hace echar de este colegio... nos jodimos mamita!, porque le voy a comprar un delantal, un uniforme de empleada de servicio y a hacer oficio en la casa, como no quiere estudiar, no quiere salir adelante, no quiere hacer nada con su vida entonces...”

Los discursos de los otros padres parecen más optimistas, en tanto piensan que la molestia que genera el comportamiento de sus hijos en otras personas se debe a capacidades que ellos tienen que los hacen más “rápidos” que los demás en términos de aprendizaje. Así, muchos padres piensan que los niños hiperactivos son muy inteligentes y que sus problemas académicos no se deben a discapacidad cognitiva, sino únicamente a los problemas comportamentales.

“...no era porque no supiera, porque él venía de un colegio bilingüe, sino porque la neceaba mucho, neceaba mucho porque como todo sabía, entonces pues terminaba todo rápido...”

“Porque él ya sabe cosas ahí y entonces empieza a corregir a los chiquitos y se vuelve un niño muy insoportable”

Otros padres resaltan los rasgos afectivos de los niños, hablando de lo cariñosos que pueden ser, tal como lo dice Camila: *“JD es un amor de persona, él es cariñoso, es el noble, digamos tiene ahí en eso... no sé si eso sea particular del síndrome, si eso sea producto de lo que ha sido su formación, que es, porque esa parte si no me atrevería a decir, es que todos los que tienen hiperactividad... si o la mayoría pero JD es un sol”*

Estas dos características positivas que se resaltan durante los discursos de algunos padres, toman un papel importante en la reivindicación del niño hiperactivo frente a una sociedad que les ha mostrado bastante rechazo. Nótese la contraposición de los rasgos

predominantes en la hiperactividad, mal desempeño académico vs inteligencia y rapidez y agresividad-impulsividad vs afectividad positiva.

Otra manera en que los padres justifican el comportamiento indeseable de sus hijos es bajo el manto de la misma “enfermedad”. En este sentido los niños son agresivos o cansones porque el trastorno no les permite ser de otra manera:

“...JD le decía no y no y no y la profesora que sí, que noo y la cogió y la golpió a la profesora, no pues eso fue para llamado de atención disciplinario, todo, pero yo lo entiendo desde ahí, que es respuesta a su impulsividad...”

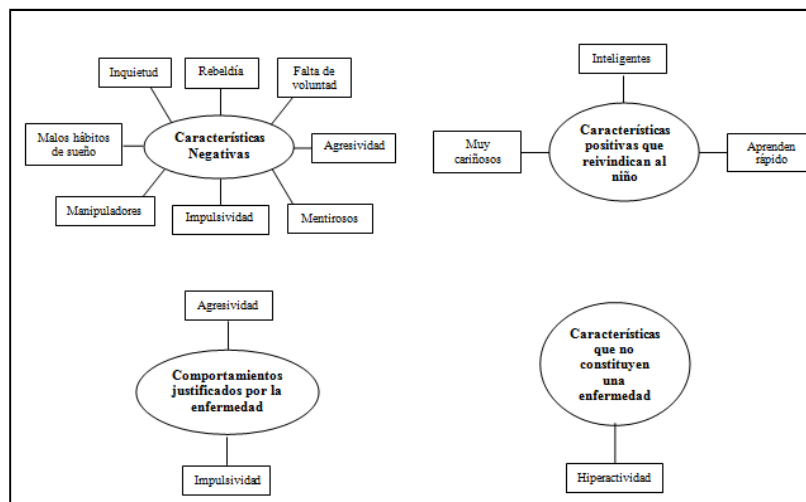
“...por el otro lado como su trastorno de oposición más o menos... eso se le acentúa bastante entonces ella se pone super impulsiva, es agresiva, eh... contesta feo, altanera... bueno, todas esas cosas ehh, así que la relación conmigo se pone también complicada...”

Por último encontramos a los padres para quienes la hiperactividad no es un trastorno, sino una característica normal y hasta deseable que tienen la mayoría de los niños:

“...y yo no veo la hiperactividad como una enfermedad, a mi me gustaría mucho más que los chinos molesten, frieguen, porque están en... en la juventud... y... y debe ser cosa innata en los niños, o sea, yo me acuerdo que uno molestaba, fregaba pero en nuestra época no había hiperactividad, ¡hiperactividad que eso era problema!. Yo no lo veo así...”

Así, de acuerdo con los padres y madres entrevistadas, las características atribuidas a los niños hiperactivos se pueden agrupar en cuatro categorías tal como se muestra en la [Figura 5-1](#).

Figura 5-1: Clasificación de las características atribuidas por los padres y madres a los niños hiperactivos



5.1.3 Las causas de la hiperactividad

Esta es una pregunta que los padres, a su manera, se hacen constantemente “...yo sé que eso es de por vida no, pero sí uno como que a veces dice “no pero por qué a mí”, o por qué pasaría eso ¿sí?”. En general, los padres se preocupan mucho por informarse acerca del trastorno, como una manera, no sólo de disipar las dudas acerca de sus causas, sino para intentar sobrellevarlo de la mejor manera posible. Muchas de las respuestas se encuentran en la información científica que circula libremente por internet, información que ellos analizan a luz de su propia situación como nos lo dice Juliana:

“De todo lo que he visto, que he leído, me he informado, yo pienso que pues supuestamente dicen que es una neurológicamente que tiene como congénito, que es algo congénito que pudo haber sido heredado por el papá, pues el papá por su falta de preocupación y todo eso, tiende como a un grado de hiperactividad...”

Consecuente con esto, las causas del trastorno se atribuyen con mucha frecuencia a factores hereditarios. Pero más allá de la información que encuentran en los libros o en la red, esto se da por la identificación de síntomas similares en algún miembro de la familia, tal como se puede ver en el fragmento anterior. Para ella, el padre de su hijo es muy irresponsable lo cual es un síntoma de la hiperactividad que se ha transmitido a su hijo.

En este caso, no solamente se hallan los rasgos en los progenitores, sino en cualquiera de la familia, como tíos o incluso se puede entender como un comportamiento propio de todos los hombres de la familia:

“De hecho también tengo una hermana que es más fregada, es como... igual que V...”

“...si será en la comida, será genético o es que tiene unos tíos que Dios mío! Los botaban de todos los colegios”

“...posteriormente nos hemos dado cuenta que eso viene más de familia, por el lado paterno, desde mi papá en adelante y lo digo pues por mi caso también, porque me doy cuenta que el está repitiendo lo mismo que yo hago en la época laboral...”

Una de las madres identifica la herencia en una teoría alternativa de la psicología que habla de la transmisión de energías particulares de generación en generación:

“...hay causas, digámoslo así genéticas, que hay otras causas que no son genéticas, sino son asociadas a la conformación como de los... de los cromosomas, que no vienen con carga genética. Inclusive estuve en un...en un curso sobre constelaciones familiares, que es un tema como de las energías que fluyen en las familias de generación a generación, entonces empiezan a asociar que esas situaciones de hiperactividad, son por personas, digamos las energías que no han logrado salir de la familia, que no han logrado partir y que están ahí presentes”

Aunque la genética es una de las causas más nombradas por los padres de los niños hiperactivos, no es la única. Algunas madres se culpan a sí mismas por el mal comportamiento de sus hijos, principalmente por el hecho de no tener el tiempo suficiente para dedicarse al cuidado de los mismos:

“entonces pues los comportamientos de JD los empezamos a asociar a que yo antes trabajaba medio tiempo y ahora trabajaba tiempo completo...”

O por cometer errores durante la crianza:

“... juimichica, claro, yo soy contradictoria en esto, yo no le estoy estableciendo límites en aquello, claro, mire la pelea de antier con mi esposo eso va a generar que... casi uno empieza a alimentarse que es uno y ya con eso uno dice...”

En otros casos es otro el que la culpa:

“...me imagino ella debe... debe saber, que... muchos de los errores vienen de ella, el maltrato, el grito... “pendejo”, todas esas cosas...”

Como se puede observar, el padre es culpado a través de argumentos relacionados con la herencia y la madre es culpada dentro del ámbito de la crianza.

Las pautas de crianza son otro de los factores importantes en el momento de identificar las causas del TDAH. Para muchos padres el problema radica en que no han sido capaces de establecer reglas o límites claros dentro del proceso de educación de sus hijos, lo que resulta en un mal comportamiento por parte de ellos.

“yo veo que X es una niña que de una u otra forma necesita exigencia, necesita disciplina, necesita que también muchas veces uno se le pare firme, ehh veo muchas cosas y yo pienso que gran parte del problema que tiene X es porque de pronto yo fallé en las pautas de crianza...”

Dentro del discurso de algunos padres (hombres), es posible identificar elementos para justificar la baja efectividad de sus estrategias. Uno de ellos es la falta de “entrenamiento” a la que se enfrentan todos respecto a la tarea de educar a los hijos:

“...fue que cuando lo hicimos, no le hicimos de una vez el manual de instrucciones...entonces o la cigüeña no, no lo trajo si ya...entonces, ya uno como padre, desesperado...”

Otro de estos elementos es la edad, el cual se presenta únicamente en la entrevista de Darío:

“...D nació cuando, cuando ya habíamos superado los 35 años, entonces, bueno los 33, 34 años, de pronto pues, no sé si de pronto un poco más jóvenes lo sepa manejar mucho mejor...”

Sólo dos de las madres entrevistadas atribuyen la causa del trastorno a situaciones fuera de su control. Una a factores fisiológicos y la otra a factores externos. La primera, piensa que el niño puede tener ese problema debido a que nació prematuro como consecuencia de una preclampsia. En este caso, a pesar de ser una condición ajena a la voluntad de la madre, ella se siente culpable por no haber seguido al pie de la letra la dieta recomendada por el médico:

“...igual yo me cuidé, no me cuidé fue el dulce porque igual eso fue lo que se me subió la tensión, igual como eso es hereditario por lo que sufre mi mamá y mi abuelita, porque el resto si yo comía así bajito de sal pero durante el embarazo que esto...”

Por el otro lado, Alicia piensa que los síntomas de su hija se ven agravados por el aburrimiento que le debe causar el permanecer mucho tiempo sola en la casa. Sin embargo, esto no se constituye como una causa en sí misma, sino que es incluso una consecuencia que debe asumir la niña por “haberse hecho echar del colegio”.

Es necesario aclarar que en la mayoría de los casos los padres se sienten muy confundidos acerca de este tema. Por esta razón ninguno se casa con una sola causa y es frecuente encontrar más de una en todos los discursos. Lo que sí parece constante es el hecho de que las madres se sienten más culpables que los padres.

5.1.4 Las consecuencias de la hiperactividad

A través de las entrevistas hechas a los padres se pueden identificar bastantes situaciones que resultan, o bien directamente de los problemas de comportamiento, o del diagnóstico que se da a partir de estos últimos. Independientemente de esta distinción, vale la pena recordar aquí que prácticamente todos los padres ubican como el punto de partida del proceso el ingreso del niño o niña a una institución educativa, por lo que no es raro que las consecuencias del mismo atraviesen siempre por el proceso educativo.

Comenzaré por aquellas a las que los padres les dan mayor importancia puesto que tienen que ver con las situaciones que viven sus hijos directamente. La más común es la expulsión de la institución educativa en la que se detecta el problema. Aquí aparecen en el discurso contradicciones relacionadas con la dicotomía problema-trastorno, que se evidencia en el lugar en el que se pone la responsabilidad. Generalmente antes del diagnóstico los padres atribuyen la causa de la expulsión al mal comportamiento de los niños y por ende a ellos mismos, mientras que después del diagnóstico lo hacen a una enfermedad, liberando al niño de la culpabilidad.

Nuevamente, en el caso de Alicia encontramos una diferencia en el sentido de que ambas situaciones se alternan después del diagnóstico:

“bueno, después de eso fue cuando ya ella... desp... osea se terminó el año escolar, ella se hizo echar del colegio aún utilizando la ritalina como en octubre del año pasado...”

“...a ella me la echaron del colegio... pues yo no sabía que ella era... sufría... o tenía eso de déficit de atención...”

Estas situaciones de rechazo institucional pueden generar posiciones de rivalidad entre padres y colegios según la narrativa de algunos:

“Entonces empezamos como que siempre ha sido, digamos una defensa ante los colegios, empezamos como a darle la vuelta con mi esposo, a la institución le dijimos, mire, o no...”

Los padres también coinciden con mucha frecuencia en la queja por el rechazo que tienen que vivir los niños hiperactivos en diferentes contextos, principalmente el escolar.

Muchos padres afirman que sus hijos tienen pocos o ningún amigo en el colegio, debido a que los rechazan por ser los que “dañan” la dinámica de las clases. Pero este rechazo en el colegio se ve con mayor claridad en profesores y directivos que lo expresan a través de la generalizada recomendación de cambiar al niño a un colegio especializado. Esto genera en el niño, según papás y mamás, baja autoestima por cuenta de los constantes reproches en contra de su comportamiento:

“...eso hace que los niños la rechacen y los adultos también, los mismos adultos, en el colegio eso le sucedía también bastante, fuera de eso la empiezan a rechazar porque ella no dejaba dictar la clase, porque no dejaba poner cuidado a los otros niños, se paraba, les quitaba las cosas, le... bueno, todo así por el estilo...”

“Literalmente a los 2 días o 3 días llamaron a la señora y le dijeron: oiga nosotros le devolvemos toda la plata, pero lléveselo...”

“...entonces ellos decían ahí pues como sustentando todo que ellos no tenían los profesores adecuados, que el aula era muy grande, que ellos se daban cuenta que S necesitaba un espacio donde los profesores pudieran estar más pendientes de él...”

“Porque una persona que está molestando permanentemente, es la persona que siempre le llaman la atención, entonces los compañeros se la montan, los profesores se la montan, todo el mundo se la monta y ellos van bajando su autoestima...”

Respecto a esto último, Camila nos cuenta cómo la agenda escolar, que es el principal medio de comunicación entre el colegio y los padres en la mayoría de instituciones, se convirtió en un foco de sentimientos negativos para su hijo, puesto que allí estaba representado todo el rechazo en su contra. Este es otro aspecto por el cual los padres se sienten culpables al no ser capaces de prestar mayor atención a los aspectos positivos de su hijo:

“...llegó el punto que JD nos escondía la agenda porque era un trauma, se nos convirtió en el punto y discusión la agenda, entonces era que hubo, como vas , muéstrame la agenda y nosotros caíamos en ese juego de estar haciendo llamados de atención a medida de la agenda entonces era el llamado de atención casi diario...”

“Hubo una época en que todo era... para él negativo, porque nosotros mismos desafortunadamente nos encargamos de siempre, era machucar y machucar en la herida, en todo lo negativo y no de pronto, decir, vea que tú sí puedes, vea que... o sea ver la parte positiva, entonces eso sí, afectó en esa época mucho”

Los padres creen que los demás, tanto miembros del colegio como familiares y vecinos, ven de forma muy negativa a sus hijos, incluso hasta el punto de juzgarlos por acciones que no han cometido al pensar que son los culpables más probables en virtud de su condición. Esto hace que el niño sienta que siempre será “el malo del paseo” independientemente de cómo se comporte en realidad. Esto es un aspecto a tener en cuenta cuando analicemos las consecuencias del diagnóstico en la construcción de la identidad del niño.

En resumen, de acuerdo con los padres, el niño se enfrenta constantemente a la estigmatización dentro de diferentes contextos, en la mayoría de los cuales es identificado como el “niño problema” viéndose sometido a diferentes situaciones de rechazo y aislamiento, a lo que pueden responder “uniéndose” a pares similares a ellos:

“...entonces X es una niña que de todas maneras se relaciona es con los niños que también tienen problemas ¿sí?...”

“...insoportable, terrible, el diablo le decían a donde mi suegra, yo me acuerdo... los chinos de allá de la casa de mi suegra le dicen el diablo, uy esa V es...”

“...entonces yo lo vi en el descanso... pero solo, solito sentado, no se relacionaba con nadie, entonces como que él se sentía aislado...”

Como es de esperarse, otros miembros de la familia también se ven afectados dentro del proceso. En muchas ocasiones los entrevistados se refieren a problemas de pareja agravados por la hiperactividad de los hijos debido a la presión que esto genera:

“...¡huy durísimo!, y con mi esposo estuvimos a punto de separarnos, es más hasta hace... aún, ya viviendo en esta casa yo le he dicho a él siempre, “mire, si usted no se comprende con V y a mi me toca escoger entre mi hija y usted, la respuesta es obvia...”

En este mismo caso, la madre manifiesta haber pasado por un proceso depresivo que se agravó por las discusiones con el esposo.

Adicionalmente, aparecen en el discurso otras consecuencias a nivel familiar que de cierta manera deterioran las relaciones entre los miembros de la misma, tales como:

disminución de las reuniones familiares debido a que el comportamiento del niño no permite que estas sean agradables, los hermanos se sienten abandonados al creer que su hermano hiperactivo demanda demasiada atención, los castigos que se le aplican al niño se extienden a otros miembros de la familia, aparecen conflictos puesto que algunos miembros de la familia creen que el niño tiene un problema mientras que otros no.

De todas las situaciones mencionadas la que mayor conflicto genera es la última, puesto que divide a la familia en dos bandos donde normalmente la madre es quien está siendo objeto de acusaciones al poner en tela de juicio sus estrategias de crianza. Es por esta razón que muchas de ellas le dan gran importancia al diagnóstico, encontrando en él un soporte “científico” para justificar los problemas de sus hijos:

“Ellos, dicen que yo tengo huevo que de tanto médico que de tanta plata que me he tirado, que porque S no está loco. Entonces ellos no tienen la conciencia de lo que se ha sentido... Que yo, que yo soy paranoica, y que realmente S es un niño normal, que jode es que porque yo no le he puesto mano dura...”

Respecto a la crianza, la consecuencia más importante está relacionada con el diagnóstico, a partir del cual algunas madres sienten que deben reducir el castigo al restarle responsabilidad al niño por su mal comportamiento, idea que se puede extender a otros miembros de la familia que también actúan como cuidadores del niño. En el caso de Alicia, por el contrario, la presencia del trastorno actúa en cierta forma como reafirmación de la necesidad de controlar más el comportamiento de la niña, aunque en algún momento sí refiere la disminución del castigo físico.

“...esperando que V no vuelva a lo anterior porque quiere otra vez volver a hacer lo que quiere, cuando quiere y como quiere, y créame que eso sí mqq... no se va a poder, no lo va a hacer...”

Más allá de malos comportamientos en sí mismos, las acciones de los niños diagnosticados con TDAH trasgreden algunas normas sociales, por lo que los padres también identifican algunas consecuencias a nivel social.

La primera de ellas hace referencia a que toda la familia se ve afectada por el comportamiento del niño al igual que sus pares en el colegio, bajo la idea de que este “se propaga” a los demás:

“... porque igual todos se afectan, V con las mentiras afecta a B, con las mentiras afecta a E, ellos también han cogido con la vaina de decir mentiras y sostenerlo mirándolo a la cara a uno...”

“aunque... eso se prende... como un virus... jejej...”

Por otra parte, a los padres les molesta mucho la intervención de otros en el proceso, ya que constantemente se sienten juzgados y culpados por lo que hacen sus hijos, o por los castigos que deben imponerle para controlarlos. Así muchos se quejan por la

intervención de familiares, amigos y hasta vecinos en el proceso. Algunos porque otros “opinan” sin tener la autoridad para hacerlo y otros porque creen que los demás no tienen ningún derecho a castigar a sus niños:

“porque era que donde nosotros vivíamos, don U que era el dueño de la casa, él vivía en el segundo piso y se metía mucho, osea él todo el tiempo era que si uno la castigaba o algo él estaba todo el tiempo encima, entonces aquí no es que porque... aquí también este barrio no es que estas cuadritas sean muy gruesas, y se escucha todo, entonces...”

“hasta que me tocó a mi también empezar a poner límites, yo soy la mamá, usted no lo regañe...”

El juicio social al que se sienten sometidos algunos padres, genera en ellos sentimientos de vergüenza, debido a la idea de que los demás los pueden culpar de estar transmitiendo sus propias costumbres a sus hijos:

“Que es grosero, que sale con unas palabrotas, terrible, entonces yo hablando con él le decía eso, yo cuando a ti te digo hijuetantas o malnoseque, cuando S, lo primero que van a decir, que la educación viene de casa, y la mamá quien sabe qué vieja sea...”

Frente a estos temas algunos padres se justifican haciendo alusión al trastorno como algo “incapacitante” en el sentido que impide el buen comportamiento: *“Y... y que no están notando que ellos tienen ese problema si no que piensan que es por molestar y por... por joder la vida en la clase...”*

Por otra parte los padres hablan de las consecuencias del tratamiento farmacológico, y en la mayoría de los casos coinciden en que han suspendido la administración de ritalina debido a sus efectos secundarios. Muchos coinciden en afirmar que no les gusta el fármaco debido a que cuando el niño lo toma pierde mucho de su “esencia” comportándose como si fuera otro:

“Y es como quitarle , quitarle el ser de él, o sea , ponerles ahí una, una pastilla de pronto para que se deje de mover menos o para,...no, la verdad no...”

Esto muestra una contradicción que se da en el discurso de muchos padres, puesto que por un lado esperan que el niño disminuya su hiperactividad pero por el otro rechazan la baja de actividad que resulta de la administración del metilfenidato.

Aparte de esta idea general existen otras quejas particulares con respecto al fármaco. Por ejemplo, Constanza rechaza el fármaco puesto que piensa que no ha logrado obtener los resultados esperados a través de él, sin embargo rechaza la posibilidad de administrarle a su hija algo aún más fuerte por miedo a los efectos secundarios.

Darío y Esperanza temen que el medicamento, pueda producir algún tipo de dependencia, lo cual podría relacionarse con el hecho de que este se constituye como

una droga psicoactiva, poniendo como condición un examen médico que confirme la necesidad del mismo.

Un caso que llama particularmente la atención es el de Eliana, quien acepta el fármaco únicamente cuando el niño va a terapia o a presentar alguna prueba para evaluar su desarrollo. Esto nos muestra claramente la relación de los síntomas del TDAH con la aceptación o rechazo de los niños que lo padecen. Un caso similar el de Juliana quien sólo administraba la ritalina a su hijo cuando iba al colegio.

Otra situación que parece estar relacionada con el proceso de los niños con TDAH es la inestabilidad presente en la vida de las familias, lo cual genera emociones negativas en los miembros de la misma, especialmente los padres, como depresión, ira, impotencia, desespero, etc.

La inestabilidad comienza con el proceso educativo, reflejada en los constantes cambios de colegio y la frecuente exposición de los padres al rechazo de las instituciones incluso antes de que el niño entre a estudiar allí.

Por otro lado está la inestabilidad médica, ya que generalmente los niños son tratados por varios profesionales de la salud, cada uno con una manera particular de entender el problema y por ende el tratamiento a seguir. Esto hace que los padres pierdan confianza en psicólogos, psiquiatras, neurólogos y demás, como personas competentes para llevar el caso de sus hijos a feliz término:

“...de todas formas no hay un asesoramiento bueno, como yo lo necesitaba en ese momento” “...y esa es la recomendación que el señor me hace, el psiquiatra infantil, así que realmente yo nunca tengo como... como... digamos como una herramienta de verdad una persona que me está asesorando, que diga vamos a hacer esto y aquello y que sea algo objetivo ¿cierto?...”

“eh...psiquiatra otra vez...” “Terapia ocupacional otra vez...” “después fuimos a psicólogo...”

Debido a esta inestabilidad, los padres sienten que en lugar de avanzar hacia la solución del problema retroceden, debido a que el cambio de psiquiatra (por ejemplo), significa comenzar de nuevo todo el proceso.

“... porque ya el psiquiatra se retiró de la EPS y todo eso, entonces quedamos como en el limbo, para volver a empezar...”

Algunos padres mencionan otros aspectos que generan desconfianza hacia los profesionales de la salud. Por ejemplo Lina y Eduardo narran como una vez la psicóloga los desautorizó frente a su hijo, lo cual les hizo perder credibilidad y autoridad frente a él empeorando los problemas de la vida cotidiana. Constanza cuenta cómo tuvo que reunir en una junta médica a todos los profesionales que habían atendido a su hija para tratar

de encontrar un diagnóstico “adecuado”, pero fracasó en su intento puesto que al final ninguno se puso de acuerdo en nada.

El desespero que generan estas situaciones se debe a que los padres constantemente están buscando una respuesta por parte de quienes se suponen expertos, con el fin de dar una solución definitiva a los problemas de sus hijos. Desafortunadamente para ellos esta respuesta nunca llega, obligándolos a padecer el trastorno como si fuera una enfermedad crónica.

Algunas pocas familias se enfrentan también a cambios en su lugar de vivienda, lo que aumenta su sensación de inestabilidad:

“... porque imagínate el año pasado tres profesores en un año, la inestabilidad también, y es que de por sí todo ha sido inestable, el papá, la señora que los cuida, los cambios de vivienda...”

Finalmente, la hiperactividad de los niños marca la relación entre ellos y sus padres. La mayoría manifiestan tener una buena relación con sus hijos a pesar de los problemas generados por los malos comportamientos. En general los padres se muestran muy dedicados a sus hijos puesto que estos se vuelven el foco de atención dentro de la familia.

Por otra parte, hay unas pocas relaciones que los padres califican como conflictivas. Algunos hacen alusión a la falta de confianza que tienen sus hijos en ellos debido al miedo que les producen los castigos físicos, otros a las constantes peleas entre el niño y su madre porque él le falta al respeto y otros incluso hablan del papel de los padres como policías:

“...parece que era por una película...y como nosotros películas violentas no, cuando estamos...de pronto él si no está uno de pronto sí las mira, pero ya cuando está el policía o sea nosotros ahí, entonces ya como que porque ahorita me regañan...”

5.1.5 Los otros

Por supuesto el rol de los padres es el de la crianza de los hijos, pero es claro hasta ahora que esta tarea está llena de tropiezos en el caso de los niños hiperactivos, estando acompañada por sentimientos de fracaso e impotencia. En la búsqueda de respuestas a sus dudas sobre cómo educar a sus hijos, la información juega un papel muy importante para los padres:

“...ha sido como una experiencia particular y ha sido de aprendizajes, porque pues de eso no sabíamos, por más de que uno estudie esas cosas con todos...”

Se entiende que el principal objetivo de la crianza es la socialización, y en manos de los padres está el enseñar a sus hijos las conductas aceptadas por la sociedad y limitar o

castigar aquellas que atentan contra la convivencia. Esto último es lo que los padres toman como un fracaso en la crianza de sus hijos, por esto en muchos casos se convierten en “investigadores” de las estrategias adecuadas para manejar el problema, transfiriendo de cierta manera este papel a quienes se suponen expertos.

En este sentido, a profesionales de la salud y educadores se les encarga el poner límites a la conducta de los niños, y así halagos y críticas a los mismos se dan en función de si cumplen o no con esta tarea.

En todos los casos, la recomendación principal tanto de instituciones como de los médicos es inscribir al niño en un colegio especializado, aludiendo a razones como los grupos pequeños que permiten prestarles más atención, o que saben manejar mejor el problema ya que sus profesores son especializados en esto. Así, los padres esperan que el colegio asuma un rol de centro terapéutico en el que se logren resultados en la conducta que trasciendan el contexto escolar.

Por su parte, el personal médico debe asumir un doble rol. Por un lado es quien debe responder “qué sucede”, a través del diagnóstico, y por el otro debe dar solución al problema a través de un tratamiento. Al igual que con los colegios, aquí los padres esperan cambios significativos en la conducta de los niños a través de las terapias, incluso aquellos que tradicionalmente deberían darse a través de la crianza. Esto trae como consecuencia que la vida de los niños transcurre dentro del ámbito médico, entendiéndose necesariamente como individuos enfermos, y poniendo a los padres en una situación de “incapacidad” para asumir su rol social por sí mismos:

“Ha sido un proceso... digamos casi yo... a lo que...cada etapa de JD ha tenido que ser orientada por profesionales...”

En algunas ocasiones los padres sienten que colegios y tratamientos médicos cumplen con sus expectativas:

“ya pues afortunadamente saben manejar ese tipo de actividad de los niños, ya por lo menos D llega aquí cansado, llega con una más baja nota, para de pronto molestar, hacer y deshacer...”

Sin embargo, otras veces los padres sienten que no se están cumpliendo sus expectativas, y que los tratamientos no reflejan cambios significativos en la conducta indeseable de los niños. Incluso el tratamiento farmacológico que es el más poderoso genera rechazo, bien por sus efectos secundarios o porque no funcionan.

La primera de las razones mencionadas sólo se presenta en los padres de niños varones, mientras que la segunda aparece únicamente en el discurso de las madres de las niñas. Esto se puede explicar por el hecho de que la excesiva actividad motora es más esperable e incluso deseable en los niños, pero más castigada socialmente en el caso de las niñas.

A pesar de que todas las madres son conscientes de los efectos secundarios de la ritalina, estos se rechazan más por parte de los padres de varones, mientras que en el caso de las niñas, siempre queda la expectativa por resultados más efectivos:

“...ella se hizo echar del colegio aún utilizando la ritalina como en octubre del año pasado...”

“...yo accedo a que se le dé la ritalina, entonces se le empieza la medicación, al comienzo X tiene un cambio, digamos sutil, yo le llamaría un cambio muy sutil, no era una cosa así drástica...”

Para los padres, la ritalina es un medicamento que ayuda a controlar los altos niveles de actividad del niño, y que indirectamente los ayuda a concentrarse más al no moverse tanto, pero esto a un alto costo como se mencionó antes. Por esta razón la mayoría prefieren rechazarlo y buscar otras alternativas como inscribir a sus hijos en clases deportivas, incluso por recomendación médica y de las instituciones educativas.

Estas últimas también son foco de críticas por parte de los padres, quienes sienten que a pesar de ofertarse como centros especializados en el manejo de niños con problemas de comportamiento, no tienen el conocimiento suficiente para comprender y manejar a sus niños:

“...porque... porque... llevamos como... este año... este año y el año pasado. El año pasado: ah! que no le vamos a dar cupo... oigan, les quedó grande... les quedó grande el niño”

Para concluir este apartado quisiera retomar la idea de que los padres de niños hiperactivos se sienten muy inseguros respecto al ejercicio de su rol de socializadores, por lo cual transfieren parte de su responsabilidad a los profesionales de la salud y a los colegios especializados, quienes en la mayoría de los casos no cumplen con sus expectativas. A pesar de esto, el diagnóstico sirve en algunos casos como escudo frente a las críticas que reciben de los otros que critican sus estrategias de crianza.

Esta incapacidad de todos los actores relacionados para “encarrilar” el comportamiento de los niños genera en los padres miedos y dudas sobre el futuro que les espera a sus hijos. Muchos de ellos manifiestan que temen que sus hijos tengan pocas oportunidades laborales, que sean madres adolescentes, que se conviertan en delincuentes o en el peor de los casos que intenten suicidarse. Llama la atención que esta última idea sea promovida incluso por una psicóloga:

“...nosotros nos ha preocupado siempre de que, o no sé o fue como el detonante para preocuparnos más, porque cuando lo vio la psicóloga particular, ella nos decía que podía ser un niño suicida, mi hijo...”

De la misma forma en que lo hacen los padres, los docentes también han construido un conocimiento acerca de la hiperactividad, tema que pasaré a tratar enseguida.

5.2 Grupo Docentes

Los docentes entrevistados están vinculados con una institución distrital ubicada al norte de la ciudad de Bogotá. En total se llevaron a cabo 10 entrevistas. La mayoría de los profesores mostraron poca disposición para hablar del tema propuesto y preferían responder preguntas concretas en lugar de hablar abiertamente sobre el mismo, por lo que las entrevistas tuvieron una duración considerablemente más corta que las de los padres.

A pesar de los inconvenientes se recogió información muy valiosa para comprender los significados construidos por los docentes sobre los niños hiperactivos. Cabe resaltar que son pocas las semejanzas encontradas en los discursos, sin embargo parece haber un acuerdo generalizado en que la hiperactividad es un trastorno muy frecuente que afecta negativamente el desarrollo de las actividades académicas, tema que marcará la concepción que se tiene del niño hiperactivo y las prácticas educativas alrededor de este.

Adicionalmente los profesores coinciden con frecuencia en el hecho de que, debido a su excesiva energía, los niños hiperactivos finalizan rápidamente las tareas que se les asignan, lo que se convierte en un problema para el docente. En consecuencia, la principal estrategia usada por los profesores en el aula es la de poner diversas tareas cortas a los niños para “mantenerlos ocupados”.

Todos estos temas los trataré más detalladamente a continuación, dentro de las categorías asignadas durante el análisis del discurso, comenzando por las características atribuidas a los niños hiperactivos.

5.2.1 Las características del niño hiperactivo

Es fácil suponer que los profesores determinarán como principales características del niño hiperactivo su excesivo movimiento y su baja capacidad para concentrarse, sin embargo sólo la mitad de ellos lo hicieron así. Lo particular de esta descripción, es que la falta de concentración para los docentes no se debe a un “problema” con los procesos atencionales directamente, sino que es causa de la misma hiperactividad:

“...Consiste en que los niños tienen... ¿como mucha energía?. Algunos niños. ¿Sí? y tienen problemas de concentración debido a lo hiperactivos que son, entonces hacen una cosa acá, inmediatamente están haciendo otra, y después otra y después otra...”

La falta de control es otro rasgo que se evidencia en varias entrevistas, caracterizando a la hiperactividad como una condición “involuntaria” del niño:

“que... se les dice algo y... inmediatamente hacen todo lo contrario, porque no prestan atención a las instrucciones que se les dan... eh... todo el tiempo es... es como un

movimiento involuntario que tiene todo su cuerpo, para estar molestando todo el tiempo, todo el tiempo...

“...Y ese niño, uno humanamente ve que a pesar de que haga un esfuerzo no se supera...”

En general los profesores no especifican las características propias de la hiperactividad, más bien se refieren a ellas a partir de lo que implican para el desarrollo de las clases. Así algunos coinciden en que los niños hiperactivos no logran adaptarse a las reglas de la clase, perturbando la dinámica de la misma:

“...uno de los síntomas es el que no está quieto, el que no está quieto, el que de pronto no sigue los... los parámetros de conducta de... para participar en clase...”

“...sino hiperactivos que... que influyen en... que son líderes buenos como son líderes negativo... están ehh, como le dijera, desestabilizando el grupo...”

Aun cuando los docentes no se ponen de acuerdo en cuanto a las características exactas del niño hiperactivo, prácticamente todos coinciden en mostrar la “cara negativa” del trastorno, es decir, cuando se le pregunta a los docentes por las características de la hiperactividad ellos casi siempre hablan en términos de carencias y excesos. De esta manera salen a flote ideas como: excesivo movimiento, falta de concentración, dificultad para adaptarse a las dinámicas escolares, agresividad, rechazo a la autoridad y baja eficiencia en el desarrollo de tareas. Incluso características que podrían ser valoradas positivamente frecuentemente se convierten en un rasgo indeseable:

“...era un niño, muy, muy inteligente... pero él todo lo quería saber. Todo, y preguntaba en clase, interrumpía seguido y todo esa cantidad de cosas un chico que a veces como que lo saca a uno de casillas porque ya no más, pare, frénele, pero muy inteligente ese chico... obviamente que ya habían momentos en que por esa misma cosa, ya pasaba a... a hacer un poco de indisciplina...”

Son muy pocos los comentarios positivos acerca de estos niños, así como aquellos que den a entender el trastorno como una condición diferente más que en sí misma negativa. Entre estos podemos encontrar los siguientes:

“...Que el niño de pronto encuentra... condiciones más llamativas porque va en otras o sea, él ve su mundo de otra manera...”

“...ese tipo de conducta o este tipo de... digamos de... de desorden... o de necesidad educativa especial, porque así se debe llamar...”

“...eh... A veces es que los niños tienen digamos como desarrollado como su... su qué?, su etapa cognitiva como más, rápido. Si? Su desarrollo es más rápido... entonces ellos acaban más rápido el trabajo o la actividad que están haciendo...”

La hiperactividad representa un problema para los docentes en el sentido de que no permite que las clases tomen un curso “normal” y más bien da lugar a una serie de tropiezos y obstáculos para la misma. Adicionalmente, el tener un niño hiperactivo en la clase supone un gasto muy grande de energía para ellos:

“...rompen el esquema de la clase, rompen el esquema del aprendizaje que ellos llevan, el ciclo de aprendizaje...”

“...cada uno de estos niños es como si tuviera 5 niños más por cada uno. Demandan muchas energías y entonces se disparan en la clase los conflictos...”

En ocasiones la situación se percibe de manera tan negativa que da lugar a comentarios por parte de los docentes con una gran carga emocional como los siguientes:

“De todas maneras es una pesadilla muy grande. Tienen días, sobre todo empezando la semana...”

“...al mismo tiempo. La verdad aquí gracias a Dios en este colegio no tenemos la fortuna de tener niños hiperactivos...”

Curiosamente, a pesar de los sentimientos negativos frente a la hiperactividad, son muy pocos los que explícitamente manifiestan su acuerdo con que los niños hiperactivos deben ser “expulsados” para estudiar en un colegio especializado, por el contrario, quienes hablan sobre este tema prefieren “asumir” la responsabilidad de “lidiar” con el problema a menos que este sea demasiado severo:

“...Ahora si no van a ir a un colegio yo no soy partidaria de cambiar los estudiantes, porque ya uno les conoce, le cuenta al compañero como es y en qué manera, en qué medida hay que ser tolerantes. Yo no considero cambio. Salvo que sea para un colegio con unos objetivos y un conocimiento muy claro de la situación...”

“...pues, yo pienso, que primero se tiene que hacer un trabajo, digamos que yo no puedo decir que en dos meses, si este niño...no. entonces es mejor que lo trasladen de colegio. No...”

Hasta aquí es evidente que para los docentes el rasgo más problemático del trastorno es la hiperactividad, y a ella atribuyen las demás características del mismo. En este sentido, la falta de concentración es consecuencia del exceso de movimiento como ya se había mencionado. Es importante resaltar en este punto que los profesores dan protagonismo a aquella característica que irrumpe en sus prácticas docentes y así mismo “rompe” la dinámica de lo que ellos esperan que sea una clase, por lo tanto aquellos rasgos que para el profesional de la salud son igualmente importantes, ya que se refieren a la adaptación del individuo afectado, para los docentes se convierten en secundarios por la misma razón.

Esto quiere decir que para el docente es más importante aquello que afecta la dinámica del grupo, que aquello que afecta al alumno, y en este caso la falta de concentración afecta únicamente el desempeño escolar de un individuo. En general los docentes no se refieren a los “problemas” que la hiperactividad pueda generar en la vida de los alumnos o de sus familias. Así, de los 10 profesores entrevistados, sólo una se refirió brevemente a las posibles consecuencias del trastorno en las vidas de los niños y sus padres:

“...Porque para los papás son un problema también. Cierto? El que el papá y la mamá estén por ejemplo en una fiesta, el niño ya tiene el rótulo acá, “llego el ventarrón” “llego fulano” yo esto... entonces ya está rotulado y son padres que realmente lo piensan 10 veces para llegar a una casa con ese niño...”

Por el contrario, cuando se trata el tema de las causas del trastorno, los docentes se refieren con mayor frecuencia a las dinámicas familiares, tal como se verá a continuación.

5.2.2 Las causas de la hiperactividad

Si bien los profesores reconocen la influencia de factores biológicos para el desarrollo del TDAH, ellos otorgan mayor importancia a aquellas causas que pueden situarse en la crianza o en factores de tipo familiar.

Una de las causas de origen familiar en la que más presentan acuerdo los docentes tiene que ver con la falta de cuidado y atención por parte de los padres hacia el niño:

“...porque no se les presta atención, entonces el niño está ansioso, el niño está hiperactivo, el niño quiere mostrarse y quiere, eh... hacer que alguien le preste la atención y le dé la atención que él merece...”

Otra causa de la que hablan algunos docentes tiene que ver con la “incapacidad” de los padres para encauzar adecuadamente la energía de los niños, es decir, para explotar bien sus potencialidades:

“...la hiperactividad es la falta de que de pequeños se les encauzaran sus potencialidades, porque el chico de pronto tenía muchas, muchas cosas por hacer y todo se le permitió...”

Esta falencia de la familia más adelante se traducirá en una de las estrategias más frecuentes de los docentes en el manejo del problema en el aula.

Adicional a las dos causas mencionadas anteriormente, los docentes hacen alusión a otros factores familiares como: adicciones, maltrato intrafamiliar, aquellos relacionados con la falta de atención que se le presta al niño y el hecho de que la madre sea soltera.

Como se puede ver, la mayoría coinciden en darle gran importancia a la dinámica familiar y a la crianza como causantes de la hiperactividad o por lo menos de que esta se vuelva incontrolable. Esta idea es aceptada incluso por aquellos que también afirman que la hiperactividad es innata. Sólo una de las docentes entrevistadas hizo alusión a causas exclusivamente fisiológicas: *“...un desorden que se podría decir como hormonal químico...”*.

Fuera de las causas biológicas-fisiológicas y las familiares, los profesores no hacen alusión a otras causas “externas”, con excepción de una de las docentes quien afirma que los síntomas de los niños hiperactivos empeoran con factores ambientales:

“...cuando hay luna llena he percibido que son niños más inestables, en los días de luna llena es más complejo su manejo...”

De esta manera, los docentes construyen unas ideas acerca de las causas del TDAH completamente ajenas tanto a la medicina o al ámbito de la salud, como al contexto institucional. Esto quiere decir que claramente su práctica se limita a “paliar” los síntomas de la hiperactividad con miras a intentar mantener el orden en el aula, pero no es la institución educativa ni el origen ni la cura para el trastorno.

Tanto las características como las causas atribuidas a la hiperactividad definen la manera como los docentes consideran que debe ser manejada la hiperactividad.

5.2.3 El transcurso de la hiperactividad

Para los profesores la hiperactividad transcurre únicamente en el espacio y el tiempo del aula. Para ellos el inicio y el fin de lo que consideran un problema se ubica en qué estrategias utilizar y cuál es su efectividad.

En este punto existe bastante acuerdo en cuanto a la necesidad de mantener a los niños hiperactivos ocupados poniéndoles varias tareas con el objetivo de no darles tiempo para “molestar”. Dentro de las tareas resalta la de poner al niño a liderar al grupo y colaborar al docente con distintas actividades:

“...lo aprovecho como liderazgo o sea lo pongo de monitor, hago esto, haga lo otro, siempre lo aprovecho por ese lado...”

“...son unos chicos que toca mantenerlos ocupados... y entonces, es decir lo dejaba a cargo de muchas cosas, tenía que ponerle muchos trabajos, si no... cuando no lo hacía era el niño problema de la disciplina...”

Algunos docentes piensan que además de ponerlos a trabajar bastante, a los niños hiperactivos se les deben poner actividades que les guste:

“...buscarles algo, para que ellos se puedan estar concentrados por minutos, por segundos casi, porque no... su concentración es muy poca, eh, los temas que les interesa uno trata de buscar estrategias, que les...que a ellos les ayuden, y que... y que les beneficie y que también les guste”

Otro aspecto con el que algunos profesores están de acuerdo es en la necesidad de trabajar con los niños a nivel individual, resaltando que su condición es especial y diferente a la de los demás niños. Esto a pesar de afirmar que no se les debe hacer sentir “anormales”:

“...motivarlos, no insistirles o recordarles que tienen una característica especial, como la hiperactividad o algo así. No. Sino que son niños normales y que pueden dar normales como los otros. Lo que pasa es que tienen una metodología distinta...”

“...a ver, ummm, primero pues que inicien como un programa de estrategias, eh... básicamente yo sigo diciendo que es bajo el trabajo, no tanto grupal, como individual...”

Finalmente, de forma aislada, en el discurso de los profesores aparecen otras estrategias tales como: la necesidad de integrar a los compañeros y familia del niño en el proceso, fortalecer los lazos del niño con la institución, enseñarles que tienen derechos y deberes y finalmente el cambio de colegio a uno de atención especializada. La diferencia de estas últimas con las mencionadas anteriormente, radica en que las primeras corresponden a actividades que los docentes efectivamente llevan a cabo en el aula y las segundas corresponden a objetivos que no tienen un sustento claro en las actividades cotidianas.

Ligado a las estrategias y a las características atribuidas a los niños hiperactivos, los docentes definen su rol en el proceso como los encargados de integrar al niño a las dinámicas del aula, lo que implica primero ser tolerantes y así mismo promover la tolerancia entre los compañeros del salón, es decir evitar que los niños sean “tildados” o estigmatizados. Adicionalmente el docente debe formarse para atender las necesidades de los niños hiperactivos. De esta manera se ratifica que para los docentes hay ideas centrales respecto al niño hiperactivo partiendo de la idea de que ellos son diferentes a los demás:

“...Ha sido un reto, porque, porque a término, a lo que yo juego es evitar que lleguen los niños tildados. Porque eso le pasan un listado de chicos. “tenga cuidado con este, porque este es insoportable, este no se está quieto para nada”...”

“...Que el maestro de alguna manera por su compromiso entienda que ese estudiante debe estar en la clase y que él lo debe trabajar...”

Con un menor nivel de acuerdo los docentes también tienen algunas ideas acerca del rol que cumplen o deberían cumplir los demás actores relacionados con el proceso, tema que se desarrolla a continuación.

5.2.4 Los otros

Frecuentemente los profesores se muestran inconformes debido al poco apoyo que reciben por parte de los padres, acusándolos de ser muy permisivos e incluso negligentes:

“...Entonces hay papás que son demasiados permisivos... y entonces a pesar de que los niños son hiperactivos, entonces no le establecen normas o pautas de comportamiento por ejemplo...”

Por esta misma razón algunos profesores les atribuyen la tarea de poner límites o normas a los niños:

“...otro es porque en su casa no le ponen límites, normas y no hay amor. Entonces esas son las 3 esencias, eso es esencial; los límites, las normas y mucho amor...”

Recordemos que la causa de la hiperactividad que los docentes consideran como la más importante es la incapacidad de los padres para canalizar la energía de los niños, por lo que no es extraño que consideren que la mejor manera de controlar las conductas indeseables también radique en el manejo que se le dé en el hogar. Unido a este hecho está implícita la idea de que los padres no tienen el conocimiento o se niegan a implementar los correctivos necesarios para controlar la situación, incluida la administración de medicamentos para la hiperactividad:

“...yo he tenido niños con necesidad de medicación pero que los padres no lo han tomado en serio”

En resumen, existe entre la mayoría de docentes poca credibilidad respecto a la capacidad y voluntad de los padres por manejar la situación, razón por la cual sienten que deben asumir solos la responsabilidad:

“...El problema es que uno llega hasta cierto límite y se cansó, porque no hay apoyo de la casa, del hogar... no hay apoyo, se deja al maestro solo...”

“...y entonces a nivel... vuelvo al cuento... a nivel Secretaria de Salud, se debe manejar esto... trabajo más con papás, capacitación a papás, escuelas de padres a nivel institucional que con los niños directamente...”

Sólo uno de los docentes entrevistados resaltó el papel de los papás y manifestó que estos conocen mejor que nadie el trastorno y su manejo. Es importante tener en cuenta que este profesor trabajó en un colegio especializado en el manejo de niños hiperactivos.

Pocos docentes hablan del rol de otros actores relacionados con el niño hiperactivo. Entre ellos están la institución educativa y los profesionales de la salud.

Respecto a la institución educativa, sólo dos profesores se refieren a ella, haciendo alusión más que a su rol a aquellos aspectos en los que está fallando. En este sentido los docentes piensan que el manejo del TDAH en las instituciones distritales es muy complicado puesto que los orientadores y psicólogos deben atender otro tipo de problemas más complicados como la drogadicción, el alcoholismo, etc.

Otra queja sobre la institución se refiere a los talleres para padres, ya que solamente están dirigidos hacia los niños con un comportamiento estándar, y como se mencionó anteriormente, algunos docentes sienten la necesidad de capacitar más a los padres de niños hiperactivos. Por último, un docente se refiere a la falta de comprensión que tienen las instituciones educativas respecto al concepto de inclusión, indicando que lo que hacen es aislar al niño en las prácticas cotidianas. Nuevamente este docente es quien ha trabajado en un colegio especializado.

Finalmente, otros pocos docentes resaltan el papel del profesional de la salud, al que le dan gran importancia. Los profesores piensan que el manejo del niño hiperactivo debe ser principalmente médico, y son los profesionales de la salud quienes deben guiar incluso las prácticas educativas:

“...nosotros seríamos el brazo de ustedes, porque realmente quienes están detrás de esos procesos tan importantes y delicados en el ser humano son ustedes...”

“...Eh... a mi me gustaría que por ejemplo hubiera manuales, para uno sacar inclusive trabajos y cosas para los niños, que el psicólogo se sentara y dijera bueno vamos a hacer un manual o vamos a hacer un libro exclusivo para mantener no sé...”

Es interesante ver cómo para algunos docentes el niño hiperactivo de cierta manera deja de ser un sujeto de interés pedagógico en la medida en que su “adaptación” a la vida social queda principalmente en manos del psicólogo, psiquiatra, etc, quien sería para el caso el profesional capacitado para manejar la situación.

Vale la pena resaltar aquí cómo esa importancia que se le da al profesional de la salud respecto al “tratamiento” no es la misma que se le da dentro del proceso de diagnóstico o detección del trastorno. Este aspecto se ve reflejado en la “magnificación” que profesoras y profesores le dan a la frecuencia del trastorno, manifestando de manera explícita o implícita que ellos saben cómo detectar si un niño es o no hiperactivo, y que el TDAH es bastante común hoy en día:

“Yo llevo 20 años trabajando con niños. Y todos los años uno ve en diferentes cursos niños hiperactivos...”

“...no, por eso te digo al analizarlos, al estarlo mirando, al estar en contacto con él, se saca la conclusión de que ese chico era así...”

Por el contrario, respecto al tema de la detección del niño hiperactivo, unos pocos docentes manifiestan que esta se hace cada vez más complicada debido a los cambios en las dinámicas escolares:

“...muchos de los niños que son hiperactivos, hoy en día se confunden, se confunde con el resto de la población por qué? Puede ser porque los niños no están en las mismas condiciones, porque las situaciones que ellos manejan los hace ser así, entonces el comportamiento y su parte clínica, a veces no es fácil de detectar... y más en las condición en que viven los niños, la facilidad del juego, del recreo, el descanso, se ha acabado un poco el formalismo...”

Llama la atención el caso de una profesora, quien manifiesta que es fácil darse cuenta de quién es más activo dentro de su clase (Educación Física), pero al mismo tiempo afirma que sólo notó la hiperactividad de un niño cuando tuvo que cuidarlos en el salón de clase:

“... pues siempre en los cursos se detectan niños así y más como te digo en mi clase porque es clase de movimiento entonces uno detecta fácilmente quien es como más activo...” “Un día que los tuve en el salón porque llovió, si yo lo note a él que no se podía quedar quieto... entonces ahí si me di cuenta, porque ahí todos estaban como quietos...”

Adicionalmente afirma que ella comenzó a “fijarse” más en el comportamiento del niño luego de que otra profesora le contara sobre su diagnóstico: *“Entonces cuando LM me comentó pues ya le pongo un poquito más de atención no?... que a los otros pero él en mi clase no ha presentado así inconvenientes graves no ...”*

El caso de esta profesora muestra claramente cómo el ser hiperactivo representa un problema sólo bajo cierto contexto. En la medida en que la clase de Educación Física demanda de los niños mucha energía para el trabajo motor, la hiperactividad puede resultar incluso favorable:

“...yo lo aprovecho como liderazgo o sea lo pongo de monitor, hago esto, haga lo otro, siempre lo aprovecho por ese lado...”

Finalizaré el análisis de las entrevistas hechas a los docentes con las ideas que ellos tienen acerca de las necesidades e implicaciones de la hiperactividad para los niños.

5.2.5 Las consecuencias de la hiperactividad

Como se mencionó en algún momento del análisis, son pocos los docentes que hacen referencia a las consecuencias que pueden sufrir directamente los niños (o sus padres) por causa de la hiperactividad, sin embargo la mayoría resaltaron que estos niños son constantemente aislados o rechazados por sus compañeros:

“...los niños lo rechazan, él ya está como marcado, pero me contaba LM que es un problema que viene de preescolar, porque ya como los niños saben, o que ya ellos así

sean pequeños ellos saben entonces como que dan muchas quejas de él, como que lo rechazan...”

“...ehh... no había empatía., ehh... Cansaba, daban muchas quejas de él, de que... de que no. él molesta, de que en la fila no se está quieto, de que él no respeta el turno, de que todo lo quiere hacer él...”

Con menor grado de acuerdo, algunos pocos docentes se refieren a los niños hiperactivos como chicos con una gran necesidad de afecto:

“...como una de las causas es falta de cariño, eso; hay una de esas causas de pronto ellos manifiestan: que los estén consintiendo cada momentico, que les estén dando, que les estén trayendo...”

“...si les... ellos no son cariñosos con uno, pero si les gusta que... que uno le demuestre que uno le dé mucho afecto, mucho amor, entonces ellos buscan principalmente como eso de uno...”

Otro tema que resulta muy importante en la vida de los niños hiperactivos es el relacionado con la administración de medicamentos (ritalina). A diferencia de los padres, quienes recurrentemente se rehúsan a dar a sus hijos medicamentos para el control de la hiperactividad, los profesores parecen aceptar con más agrado el tratamiento farmacológico para el control de los síntomas del trastorno, aun cuando reconocen sus efectos adversos:

“...por hiperactividad, o sea, que yo soy de las personas que convengo que de alguna manera las bajen un poquito, con... con una dosis de pronto de ritalin o algo similar... yo pienso que sí, que el niño logra más concentración y adaptarse al trabajo de una aula de clase...”

“...muchos niños han bajado el rendimiento en matemáticas, cuando están medicados. Pero socialmente se regulan más y son más aceptados por el grupo de compañeros...”

“...no sé qué y cuando los medican entonces parecen que estuvieran hipnotizados, como, es decir... eh..., pues la diferencia se nota. Y a nivel cognitivo me parece que sí responden un poquito más, pero también me parece que la cuota de sacrificio que entrega el niño, es también alta, muy alta. Entonces uno no sabe que preferir...”

Hasta aquí hemos podido dar cuenta de cómo padres y profesores construyen su conocimiento sobre la hiperactividad y sobre los niños considerados como hiperactivos. Para el desarrollo de este trabajo se consideró muy importante obtener también información por parte de los niños, ya que es sobre ellos que recaen muchas de las consecuencias de dichas construcciones.

5.3 Grupo niños y niñas

Para comenzar haré una breve descripción de los participantes, la cual se puede observar en la [Tabla 5-2](#). Allí se muestra principalmente la edad de los niños, el sexo, su situación escolar y otros aspectos generales. Como en el caso de los padres, a los niños y niñas se les cambió el nombre para preservar su identidad.

Tabla 5-2: Descripción de las condiciones socio-económicas y contexto clínico de los niños y niñas participantes

NOMBRE	EDAD	SEXO	SITUACIÓN ESCOLAR	ASPECTOS GENERALES
Erick	15	Hombre	Escolarizado Grado – 7º	Ha sido expulsado de dos colegios y actualmente estudia en un colegio especializado. Fue diagnosticado también con trastorno de oposición-desafiante a los 12 años. No le gusta hablar mucho de sí mismo. Vive con ambos padres.
Fernando	13	Hombre	Escolarizado Grado – 7º	Se encuentra estudiando en un colegio especializado puesto que fue expulsado del anterior. Manifiesta inconformidad con su aspecto físico. Vive con su mamá y con una tía que es quien se encarga de recibirlo en la casa después del colegio.
José Daniel	12	Hombre	Escolarizado Grado – 8º	Se define como un niño feliz con dificultades en con su comportamiento. Muestra gran disposición para llevar a cabo las tareas que se le piden. Vive con ambos padres y una hermana.
Jhon Pedro	13	Hombre	Escolarizado Grado – 8º	Ha sido expulsado de varios colegios y actualmente estudia en uno especializado dentro del cual se encuentra a punto de perder el cupo. No se siente cómodo hablando sobre el tema y se niega a realizar algunas actividades. Vive con ambos padres.
Samuel	8	Hombre	Escolarizado Grado – 2º	Está medicado desde hace más de un año. Manifiesta que tiene problemas para concentrarse. Dice que pelea mucho con los amigos y con su hermano mayor lo cual le entristece, al igual que los castigos que le proporcionan sus padres. Vive con sus dos padres, su madre enferma de cáncer al parecer terminal, por lo que le ha sido encargado a su tía.

NOMBRE	EDAD	SEXO	SITUACIÓN ESCOLAR	ASPECTOS GENERALES
Sergio	10	Hombre	Escolarizado – 4º Grado	Estudia en un colegio especializado. Manifiesta sentir temor por los golpes que el papá le va a dar cuando le den quejas, no parece respetar mucho la autoridad de la mamá. Vive sólo con la mamá quien a veces también utiliza el castigo físico para controlar su comportamiento
Valeria	9	Mujer	Desescolarizada	La niña se encuentra desescolarizada porque fue expulsada de varios colegios y pasó casi un año para que la mamá encontrara uno especializado que se ajustara a sus condiciones económicas. El siguiente año entrará a ese colegio. La niña se muestra temerosa y arrepentida por haber hecho daños en la casa. Recibe castigo físico y manifiesta que su madre es muy brava. Vive con la mamá, el padrastro y un hermano menor. Ha sido medicada antes.
Xiomara	13	Mujer	Escolarizada	Es la única de las participantes que estudia en un colegio regular y no ha sido expulsada de ninguno. Sin embargo manifiesta que ha tenido múltiples problemas en el colegio y ha estado a punto de perder el cupo en varias ocasiones. Es hija de padres separados y vive sólo con su madre. Lleva medicada más de dos años.
Darío	7	Hombre	Escolarizado – 1er Grado	Estudia en un colegio especializado. Fue expulsado de un colegio antes. Manifiesta temor por los castigos físicos de sus padres. Vive con sus dos padres.

Como se puede ver en la tabla anterior, un rasgo común en los niños con hiperactividad es su historia de “fracaso” escolar, situación que la mayoría de niños refieren durante las entrevistas. Por esta razón muchos estudian en colegios especializados que supuestamente están en la capacidad de atenderlos sin discriminarlos.

Se resalta este hecho porque para la mayoría de familias es en este punto donde comienza la historia. Ahora, la pregunta es ¿cuál es la historia para los niños hiperactivos?. Como en su momento Chombart de Lauwe nos dio a entender, la historia de los niños siempre ha sido contada por adultos (Farr, 1983). Que el niño hiperactivo es rechazado y aislado por los compañeros, que el niño hiperactivo no sabe lo que hace,

que el niño hiperactivo tiene un futuro incierto, entre otras, son ideas construidas por adultos que marcan las prácticas de los mismos alrededor del niño.

Como se mencionó al comienzo de este trabajo, uno de los objetivos es mostrar la versión de niño y a través de su discurso intentar descubrir posibles consecuencias de los sistemas representacionales de padres y profesores sobre la construcción del *self* del niño hiperactivo.

Este apartado se aborda en dos partes. En la primera se hace un análisis del discurso construido por los niños a través de historias suscitadas por un dibujo acerca de sí mismos, mientras que la segunda muestra los resultados obtenidos a través de la aplicación de la metodología de las imágenes (Ver [Figura 4-1](#)).

En general, son muy pocas las categorías en las que encontramos acuerdos entre los niños, sin embargo aquellas en las que este existe, al igual que ideas que en principio parecen estar aisladas, nos confirman que los niños viven la hiperactividad de otra manera.

La primera categoría que exploraremos es aquella relacionada con el conocimiento del niño acerca del trastorno.

5.3.1 Las características del niño hiperactivo

La respuesta a la pregunta sobre qué caracteriza a un niño hiperactivo bien podría ser “prácticamente nada”, o sólo aquello que dicen los papás. Muchos de los niños coinciden en afirmar que no tienen idea de lo que es la hiperactividad o el trastorno por oposición desafiante que muchas veces la acompaña, excepto aquello que han podido escuchar a sus padres o a los mismos profesionales de la salud:

“...no me explicaron lo de la hiperactividad, pero sí lo del trastorno negativista desafiante... que era como llevarle la contraria a todo, contestar, todo eso...”

Un niño incluso duda de su condición de niño hiperactivo:

“...sólo cuando voy al psicólogo, que mi mamá dice que yo soy hiperactivo. Pero yo no sé si es cierto”

A pesar de esto, la mayoría coincide en que la hiperactividad hace referencia a la incapacidad para estar quieto y al exceso de energía, pero siempre resaltando que eso es lo que les han dicho. Sólo unos pocos hacen referencia a conductas más concretas que describen la hiperactividad tales como llevar la contraria, no dejar dictar clase, molestar, jugar y correr mucho, etc.

Este desconocimiento de los niños acerca de la hiperactividad se ve frecuentemente acompañado de un “rechazo” a verse como niño hiperactivo. En este sentido algunos de

los chicos aseguran que son iguales a los demás e incluso que otros son más activos que ellos, y algunos asumen que los inconvenientes surgen a partir de factores externos:

“...ah, es que pues, siempre normal, si no que igual los profesores, allá no, no saben enseñar cosas así, también son muy extraños” “pues igual, todos los niños han sido inquietos... pero sí, normal como un niño chiquito... todos les gusta molestar”

Otros pocos aseguran que actualmente son menos hiperactivos de lo que eran antes:

“...entonces... qué pos ya... calmada, pues ya ahorita no estoy tan tan hiperactiva, pero sí destrozo...”

Un niño en particular asegura que ya no se siente diferente a los demás puesto que está en un colegio donde todos son iguales:

“...pero ahorita, ya soy como igual a los demás, por lo que estoy en ese colegio y todos, o sea, en esa misma situación todos son iguales a mí...”

Un de las preocupaciones de los padres es que sus hijos sufran por ser hiperactivos debido al aislamiento que ellos sufren por parte de sus compañeros, sin embargo algunos de ellos aseguran que son niños muy felices, e incluso piensan que tienen muchos amigos, no se sienten aislados ni rechazados:

“...tenía 29 amigos... ahh porque tengo amigos y jugamos futbol...patea, pateo, mete un golazo...”

Contrario a esto, las niñas parecen sufrir más por su hiperactividad que los niños. En este sentido, ellas se sienten culpables por sus acciones y en muchas ocasiones aisladas por sus amigos:

“...me siento mal, me siento como si pudiera retroceder el tiempo y no puedo, y desearía no hacer eso que hice... yo a mí misma me digo que fui muy brusca con ellas en decirle que no quería ser la amiga de ellas... que estoy sola, que no tengo amigas”

“...me molestaba porque era muy inquieta, no me podía quedar quieta un momento ni nada...”

Además de la culpa que sienten por su comportamiento inadecuado, sufren mucho por los efectos que este tiene sobre los demás y se sienten frustradas por no poderlo controlar. Por el contrario los niños tienden a justificar sus comportamientos, incluso asumiéndolos como involuntarios, y a preocuparse menos por los efectos que este puede tener sobre los demás y mucho más por las consecuencias que recaen sobre sí mismos:

Niña: *“...casi siempre mi hermano hace el oficio y yo desorganizo mucho y a él lo regañan por mi culpa... desearía no hacer eso que hice...”*

Niño: *“...y bueno, yo le pego al gemelo, porque quiere destruirme mis cuadernos y yo le digo que no...”*

“Es que no sé, por qué lo hago. Porque... o sea, a mí me gusta trabajar... porque a veces se confunde... se confunde porque hay cosas que él no puede hacer, pero las hace, pero cuando las hace no sabe porque las hace...”

A pesar de que los niños se sienten menos implicados emocionalmente con los efectos de su comportamiento sobre los demás, muchos de ellos sí hacen referencia a situaciones de rechazo con otros como veremos más adelante.

Esta diferencia también se ve reflejada en el papel que niños y niñas le dan al medicamento en sus vidas. Prácticamente ningún niño se refiere al tema y a muchos de ellos sus padres no les proporcionaron tratamiento farmacológico. Sólo dos de los niños participantes hablaron sobre el tema admitiendo que el medicamento los ayudaba a quedarse más quietos pero sin mostrar mayor implicación emocional con el tema:

“...un medicamento para controlarme todos los días... a veces pero casi no siente nada, me hace concentrarme, no molestar... (antes de tomarse el medicamento) era igual, pero más molestón, osea no copiaba, molestaba a todos, mejor dicho no hacía nada...”

Por el contrario, las niñas le dan mayor importancia al medicamento asignándole la función de “integrarlas” a la vida social en tanto las hace comportarse de manera adecuada para así no ser rechazadas por su familia o sus pares:

“...cuando yo me tomaba la pastilla era muy juiciosa en el colegio, entonces me compraban, entonces me iba muy bien en el colegio, aquí cuando estaba... cuando me tomaba la pastilla ritalina entonces acá, cuando me tomaba la pastilla estaba con mis amigas y ya ellas no me rechazaban como antes y ya... cuando llegaba del colegio, entonces yo llegaba y hacía todas las tareas porque ya me había tomado la pastilla y ya... entonces cuando me tomaba la ritalina hacía las tareas bien calmadita y me premiaban...”

Los efectos que las niñas atribuyen al medicamento son muy importantes para ellas, razón por la cual puede llegar a ser muy difícil prescindir del mismo:

“...pues no sé, pues yo creo que... no sé... pues yo antes lo pensaba que sí, que yo lo iba a controlar, pero yo ya me acostumbré a la medicina y me gustaría seguir con ella hasta que ya los doctores me digan que no, osea ya como que se volvió parte de mi vida... es como molestar a los demás y no... y ya como que la forma de ser mía, ya como que... ya se acostumbraron los demás y entonces sería volver al pasado y no quiero retomar eso y perder las amistades que tengo en este momento...”

Mientras que para los niños el efecto del medicamento no es significativo, para las niñas este tiene una importante función social, haciendo que su comportamiento deje de ser indeseable y por lo tanto ellas sean aceptadas por sus familias y pares. Por esta razón les puede generar mucha ansiedad el hecho de tener que abandonar el tratamiento farmacológico ya que esto podría implicar el “volver a lo de antes” y perder a sus amigos.

Para terminar este apartado haré mención de una característica que creen tener algunos niños independientemente de su género y tiene que ver con la superioridad de sus habilidades cognitivas respecto a los niños “normales”. Según ellos una característica que los acompaña es la inteligencia y la capacidad para terminar más rápido las tareas.

5.3.2 Los otros

Como se mencionó en el apartado anterior, la relación que tienen los niños con sus pares es lo que menos preocupación les causa, excepto para el caso de las niñas. La mayoría de los niños manifiestan ser aceptados por sus compañeros aun cuando dicen tener algunos inconvenientes con ellos:

“...me dicen: deje de ser tan fastidioso pero, yo les digo: fastidioso y todo pero me quieren... Pero ellos no.... dicen que no. Pero yo sé que sí porque si no ya le hubieran, o sea, ya le hubieran dicho a la profesora que me sacara o algo...”

Pocos afirman que sí se han sentido rechazados por sus compañeros tanto del círculo de sus amigos como externos a él:

“...sí, pero no... los amigos de uno no. Eran los otros “ay, cálese”...”

“...porque a él siempre, o sea, él siempre lo aceptan pero cuando ya no se lo aguantan. No...”

Para las niñas la pertenencia a un grupo de pares está supeditada a las mejoras que puedan hacer en su comportamiento y muchas veces estas dependen del tratamiento de la hiperactividad. Para ellas es claro que su “problema” las pone en riesgo de ser aisladas:

“...porque ellas se sienten mal porque yo no seguí siendo la amiga de ellas..., entonces yo a mí misma me digo que fui muy brusca con ellas en decirle que no quería ser la amiga de ellas...”

El comportamiento de una persona hiperactiva resulta ser demasiado indeseable para ellas que incluso una “rechaza” a otra chica con las mismas características:

“...si tengo una amiga que es supremamente loca pero yo no creo que se deba a eso... no sé es muy rara... en algunas ocasiones es supremamente agresiva entonces yo me trato de alejar de ella...”

A pesar de esto ella piensa que el estar diagnosticada con hiperactividad no hace que sus amigos la traten diferente, lo cual quiere decir que para ella el problema no es la “etiqueta” como tal sino los comportamientos asociados a la misma.

Finalmente, se encontró una característica especial en dos de los niños que participaron. Para ellos es muy difícil relacionarse con otros chicos de su misma edad razón por la cual prefieren tener amigos mayores, quienes al parecer les brindan la oportunidad de hacer actividades más estimulantes.

Respecto a las relaciones familiares fue muy difícil determinar cómo estas se configuraban desde la perspectiva de los niños ya que poco hablan sobre estas excepto en los relacionado con la crianza.

Llama la atención que los niños que tocan el tema hacen más comentarios acerca de su relación con la madre y menos o casi nada dicen de su relación con el padre. Al respecto no fue posible identificar ninguna tendencia o semejanza en los discursos de los niños.

Lo mismo sucede en lo que respecta a las relaciones con otros miembros de la familia. En general los pocos niños que hablan sobre el tema dicen que el trato con los demás miembros de la familia es positivo o neutral.

Como venía diciendo, más que hablar directamente de la relación con sus padres, los niños hacen alusión a la crianza. Al respecto, para muchos este aspecto está mediado por el castigo bien sea físico o de otro tipo:

“...no... la otra vez me dio duro por el rabo porque perdí 50 mil pesos... Me dio como 15 correazos...”

“...porque me pegan... todos los días, casi...no tanto... me jala el cabellito...”

Los niños también se refieren a otro tipo de castigos como el retiro de privilegios:

“...pues a veces... a veces me pegan, a veces me... me dicen, que por qué a mí me gusta ir al estadio, me dicen: “no va al estadio” y ahí sí...”

En muy pocas ocasiones los niños se refieren a actividades diferentes o positivas en relación con sus padres. Sólo un niño habla de su madre como la persona que lo apoya en las situaciones buenas y malas:

“...y su mamá siempre está cerca...para ayudarlo en las malas y en las buenas...”

También una de las niñas, a pesar de afirmar que la relación con su madre es complicada, hace referencia al apoyo que ella le da para sentirse mejor con su condición:

“...pues lo que mi mamá me ha ayudado es que ella me dice que todas las personas deberíamos ir al psicólogo y todas deberíamos estar tratadas, porque todos los seres humanos tenemos distintos problemas y tenemos que desahogarlos con algunas personas...”

En general se puede afirmar que para los niños los padres son agentes castigadores puesto que están encargados de “erradicar” los comportamientos indeseables. Esto se extiende a los miembros de la familia que hacen las veces de cuidadores:

“...mi tía... muy regañona... es que yo no hago caso. Pues casi siempre no hago caso porque por ejemplo estoy viendo televisión y pues me dice,... ahh, no me dice: vamos a hacer tareas...”

Los aspectos mencionados hasta el momento son los más importantes en términos de los objetivos de este trabajo, sin embargo durante las sesiones fue posible explorar otros aspectos tales como las ideas acerca de las causas y consecuencias del TDAH, entre otros.

5.3.3 Las causas de la hiperactividad

Ninguno de los niños hace referencia a las causas del trastorno como tal y más bien se refieren a las razones por las cuales se comportan “mal” en determinado momento. Algunos manifiestan no entender por qué comienzan a “molestar” resaltando el carácter involuntario de estas conductas:

“...pero uno a veces le dan unos ataques... uno como que, no sé, le dan unos ataques ahí como a veces de pereza, de no hacer nada a veces de trabajar...”

Otros niños están de acuerdo en que es el aburrimiento lo que detona su mal comportamiento:

“...no era como... si me aburría, pero cuando terminaba de hacer lo que me ponían, me aburría y me ponía a hacer otras cosas...”

“pues... no es portarme mal, es molestar... umj... porque las clases son aburridas”

Finalmente, un par de chicos aseguran que se portan de determinada manera para llamar la atención de las demás personas:

“..no sé pues porque la gente a veces no me presta atención, entonces yo me pongo como muy rabiosa porque la gente sí le pone atención a la otra y porque... y porque... a veces yo trataba como muy mal a los profesores... me daba mucha rabia porque yo los llamaba pero no me ponían atención...”

5.3.4 Las consecuencias de la hiperactividad

En este punto hay un gran acuerdo, no sólo entre los niños sino entre estos y sus padres, quienes atribuyen a la hiperactividad la causa de sus fracasos escolares y por consiguiente los constantes cambios de colegio:

“...ah, porque me echaron de otro colegio... por comportamiento y las notas...”

“Era un niño que se llamaba S, entonces los papás lo matricularon en el colegio y él casi pierde todo el año...”

Otra consecuencia de la hiperactividad con la que muchos niños están de acuerdo es el hecho de que las demás personas, especialmente los profesores, los culpen por cosas así no las hayan hecho, un tema que también fue puesto de manifiesto por los otros grupos: *“...me echaban la culpa de todo así no lo hiciera...”*

Otro aspecto que muy importante para muchos niños es que los constantes llamados de atención por parte del colegio deterioran su relación con sus padres y provocan una cadena de castigos en sus hogares:

“...casi en el colegio, las profesoras le dan quejas a veces al papá y a la mamá, y ellos le hablan y le hacen un castigo, le quitan las cosas...”

Con menos acuerdo, en el discurso de los niños aparecen otras consecuencias de la hiperactividad. Entre ellas: que los papás les prohíban hacer amistad con ciertos compañeros por considerarlos mala influencia, que los papás se volvieron más estrictos con ellos después de conocer el diagnóstico y el tener que ingresar a un colegio especializado.

Este último punto nos lleva a tocar el tema del rol que cumple la institución educativa para los niños.

5.3.5 El transcurso de la hiperactividad

Quisiera introducir esta parte del trabajo haciendo alusión a la reacción que tuvo una de las niñas en el momento en el que le dijeron que iba a ingresar en un colegio de enseñanza especial:

“...pues me sentí muy mal, pensé que me habían dicho loca o algo... un día mi mamá me llevó... a ella le llegó una carta que le dijo que... allá al colegio... ahí habían como unos profesores, estaban en un garaje abriéndolo porque se les cerró la puerta, entonces mi mamá les dijo... “aquí hay colegio como para niños hiperactivos?” y la señora le dijo que sí, y que sólo habían niños hiperactivos y que habían como 10 niños en cada salón, y mi mamá dijo que era como mejor poquitos niños en el salón porque ya yo necesito como concentrarme más... y entonces pues... habían diez niños en cada salón y yo le dije a mi

mamá... estábamos ahí toda la familia, entonces le dije yo a mi mamá “mami pero yo no soy una niña de esas... una niña loca”...

Contrario a esta reacción inicial de Valeria, los demás chicos que estudian ya en un colegio especializado se sienten muy conformes con este hecho, debido a que allí se sienten “iguales” a los demás ya que los métodos de enseñanza se adecúan más a sus expectativas al respecto:

“...que pues allá lo ayudan a uno, no es tirar a echarlo por cualquier cosa, allá si lo ayudan...”

“...pues chévere. No. pues enseñan bien y todo eso...”

Las historias de los niños dan cuenta del inicio de la hiperactividad en el momento en que son expulsados de un colegio, o en el momento en el que se ven obligados a ingresar a una institución especializada. Para ellos pasa a un segundo plano el hecho de estar sometidos a procedimientos psiquiátricos o psicológicos, lo que se refleja en las pocas referencias que hacen acerca del profesional de la salud.

Solo Xiomara, quien ha asistido durante la mayor parte de su vida a citas y tratamientos para la hiperactividad se refiere de forma un poco despectiva a psicólogos y psiquiatras. Al igual que su madre se ha sentido decepcionada por estos.

Pasaremos entonces a la siguiente parte de la metodología utilizada con el grupo de niños.

5.3.6 El tratamiento farmacológico

El objetivo de esta tarea fue profundizar en las ideas de los niños asociadas al tratamiento farmacológico así como el posible impacto de este en la vida cotidiana de los niños. Para la aplicación de esta metodología se contó con la participación de los niños que habían recibido en algún momento de sus vidas tratamiento farmacológico.

Como se explicó en el apartado de Metodología, durante esta actividad se les solicitó a los niños que eligieran las tarjetas que representaran las situaciones con las que se sentían más identificados (previa descripción general de cada una) dos veces, la primera imaginándose bajo el efecto del medicamento y la segunda sin medicación. Los resultados se muestran en la [Tabla 5-3](#):

Tabla 5-3: Resultado metodología de imágenes

Participante	Situaciones elegidas Sin medicamento	Situaciones elegidas Con medicamento
Sergio	-Feliz -Molesto -Premio	-Integrado -Feliz -Castigo
Darío	-Molesto -Hiperactivo -Castigo	-Molesto -Relajado -Triste
José Daniel	-Relajado -Premio -Integrado	-Feliz -Relajado -Neutro
Valeria	-Castigo -Hiperactiva -Aislada	-Feliz -Integrada -Premio
Xiomara	-Aislada -Molesta -Triste	-Relajada -Integrada

Los resultados expresados en la tabla 5-3 nos muestran que existe una clara diferencia entre niños y niñas respecto a la importancia que se le da al tratamiento farmacológico. Para el caso de los niños, no parece haber una diferenciación entre los dos estados (medicado/no medicado) y su relación con que las situaciones que viven diariamente sean positivas o negativas.

Para el caso de Sergio, las situaciones negativas o positivas se pueden dar independientemente de si está bajo el efecto del medicamento, incluso el castigo se presenta mientras está bajo su efecto y el premio mientras no lo está.

Para Darío, predominan las situaciones negativas estando o no bajo los efectos del fármaco, mientras que para Daniel predominan las situaciones positivas.

Estos resultados sugieren que para los niños que han estado sometidos a tratamiento farmacológico no existe una relación causal entre los efectos del mismo y la manera como se relacionan con sus pares y familiares. Las situaciones a las que se ven enfrentados diariamente no tienen nada que ver con el medicamento.

Por el contrario, para Valeria y Xiomara el tratamiento farmacológico juega un papel muy importante en la regulación de sus vidas. Los resultados de la tabla 3 apoyan lo que ya habíamos encontrado en el análisis de sus discursos.

Vemos en el caso de Valeria que estando bajo el efecto del medicamento se siente capaz de integrarse más a su grupo de amigas y así mismo puede obtener mayor aceptación por parte de su madre, lo que la hace sentirse feliz consigo misma.

Respecto a Xiomara, el medicamento la ayuda a sentirse “menos diferente” a los demás integrantes de su grupo escolar y por lo tanto la mantiene integrada al mismo. En este caso ella poco se preocupa por la relación con su madre ya que para ella lo más importante son sus amigos.

6. Conclusiones y discusión

A continuación se presentan los aspectos más importantes encontrados en los discursos de todos los participantes con miras a compararlos para visualizar las diferencias y semejanzas que existen en la construcción de cada grupo sobre la hiperactividad, haciendo simultáneamente algunas interpretaciones de la autora al respecto.

Lo primero que encontramos tanto en padres como en profesores es que el niño hiperactivo representa una carga adicional, puesto que requiere mucha atención y cuidado, lo que en el caso de las madres, puede llegar a ser incompatible con la carga laboral generando mucho estrés, entre otras cosas porque las jornadas laborales no permiten que los procesos terapéuticos se lleven a cabo normalmente.

Los docentes que en algún momento de sus vidas han tenido a su cargo niños hiperactivos claramente los consideran como un problema con el que preferirían no tener que lidiar. Aquí se hace evidente la diferencia entre los conceptos de integración e inclusión en el ámbito educativo. Así, la integración se entiende como el simple hecho de acoger a los sujetos “diferentes” dentro de una misma estructura institucional, mientras que la inclusión implica además crear lazos y estrategias de comunicación entre los actores de la misma (Rosano, 2007).

En los colegios se tiende a asumir la inclusión de la diversidad de dos formas incorrectas. La primera con la implementación de estrategias para la creación de grupos separados bajo el criterio de las necesidades particulares de cada uno, lo cual limita las posibilidades de conocer y comprender al otro en su diferencia, promoviendo la segregación de los grupos conformados por los sujetos que originalmente habían sido excluidos (Devalle y Vega, 2006).

La segunda tiene que ver con el intento por “uniformar” a la población estudiantil, con lo cual se estarían borrando, o por lo menos ignorando, las diferencias entre los sujetos. La unificación se puede ver reflejada en aquellas instituciones que, si bien no hacen una separación explícita de los sujetos, aplican criterios universales tanto para la enseñanza como para la evaluación, generando situaciones de inequidad (Devalle y Vega, 2006).

En esta investigación se encontró que para los docentes la hiperactividad es muy común y afecta cada vez a más niños. El niño hiperactivo representa una ruptura en su esquema de enseñanza, razón por la cual, a pesar de que aceptan que antes de “excluirlo” deben aceptarlo y trabajar en sus estrategias, prefieren no tener que pasar por esta situación.

A los docentes parece afectarles más el hecho de que el niño sea hiperactivo que las dificultades generadas por la falta de atención o concentración, e incluso en muchas ocasiones estas últimas son vistas como una consecuencia del mal comportamiento. Por supuesto esto se debe a que el niño con problemas de atención sufre las consecuencias de manera privada mientras que el niño hiperactivo extiende el tema a su entorno.

Así, las características de los niños hiperactivos son entendidas exclusivamente en relación con lo que el comportamiento implica para el desarrollo normal de las clases, principal preocupación de los docentes.

Al igual que los padres, los profesores asocian los comportamientos negativos con una incapacidad de los niños para autocontrolarse, es decir que para ellos la hiperactividad genera conductas involuntarias.

La hiperactividad es definida por los padres a partir de sus quejas sobre el comportamiento de los niños o de las consecuencias del mismo, mientras que en los profesores se da a partir de las consecuencias que esta trae para el desarrollo normal de su actividad.

Para los padres las quejas se refieren a los aspectos negativos de sus hijos y generalmente vienen acompañadas por características positivas que parecen tener la función de reivindicar a los niños. De esta manera los padres reivindican también su rol, en la medida en que los comportamientos de los niños son entendidos como el resultado de la crianza. Estas características positivas, que normalmente son atributos de superioridad cognitiva, también son asumidas por los niños.

Además de los aspectos positivos atribuidos a los niños, también actúa como elemento reivindicador el hecho de catalogar como involuntarias las expresiones negativas del trastorno. Foucault (1990) puso de manifiesto este tema cuando nos habló en *Vigilar y Castigar* de la manera como el delito mismo desaparece ante la condición de locura atribuida al delincuente: “(...) *si el autor estaba loco, no era la gravedad de su acción la que se modificaba, ni su pena la que debía atenuarse, era el delito mismo el que desaparecía. Era imposible, pues, declarar a alguien a la vez culpable y loco*”.

El que un niño sea hiperactivo pone en tela de juicio las prácticas de crianza de los padres, por este motivo ellos, o bien acuden a la enfermedad para justificarse o bien asumen como “normales para la edad” estos comportamientos, sin que dejen de sentirse culpables, especialmente las madres.

En el estudio de Uribe y Vásquez (2007), se encuentra que el atribuir la causa del mal comportamiento de los hijos a un trastorno significa de cierta manera salvaguardar a la madre de las críticas sociales por una posible mala crianza. A través de los discursos de esta investigación este hecho aparece de forma implícita a través de la evidente preocupación por buscar en la medicina una causa del trastorno.

Además de esto, los padres parecen transferir esta responsabilidad a otros actores, especialmente a los profesionales de la salud. De esta manera estos junto con los docentes adquieren la función de “poner límites”.

Resulta interesante ver cómo los docentes, por ejemplo, no están dispuestos a asumir esta tarea, reafirmando que son los padres quienes deben cumplirla. Así se genera una ruptura entre estos dos actores puesto que para los docentes el que los padres no “cumplan” con su parte hace que sientan que están solos en el proceso. Para el docente, si el niño no se comporta bien en el aula de clase, esto tiene que ver con la falta de voluntad o de capacidad de los padres para manejar el problema, incluso en lo referente a la administración de fármacos.

Para los profesores su rol termina siendo más paliativo en términos de que ellos deben de cierta forma lidiar con el problema intentando disminuir su impacto en el aula de clase, sin involucrarse más allá de esto.

De acuerdo con esto las estrategias que los docentes utilizan para manejar a los niños hiperactivos se refieren a maneras de incluir al niño en la clase, principalmente poniéndole un rol particular más acorde con su nivel de “energía”.

Por su parte los niños generalmente no saben mucho acerca del trastorno, y sienten que es un rótulo que les ha sido impuesto por otras personas, principalmente sus padres y sus médicos. Algunos piensan que son niños iguales a los demás y que los problemas provienen del entorno más que de su interior. Para las niñas esto no es así. Como ya se ha mencionado, para ellas el trastorno tiene consecuencias muy importantes y constantemente se sienten más culpables por su mal comportamiento, lo que demuestra que ubican con mayor frecuencia el problema en su interior que en su exterior.

A pesar de esta diferencia tan marcada, es necesario tener en cuenta las condiciones de los niños que participaron en este trabajo. De las niñas una estudia en un colegio tradicional y la otra está desescolarizada. Los niños en general estudian en un colegio especializado en el que algunos de ellos afirman sentirse más “normales” en el sentido de que son iguales a los otros. Algunos de ellos manifiestan que en los colegios anteriores, de los cuales fueron expulsados, sí sentían que eran los “cansones”.

Otro tema importante es que los padres, al igual que sucede con los profesores, asumen el tema como algo principalmente médico, de esta manera toda la vida de los niños transcurre dentro de un contexto en el que se les entiende como “enfermos”, incluso llegándose a pensar, en el caso de los docentes que el proceso educativo debe ser guiado por un profesional de la salud. Peor aún, asumen que los niños están siendo afectados por una enfermedad, que a pesar de ser muy común, es muy poco comprendida y de la cual no se conoce tratamiento efectivo.

De esta manera, entendida como enfermedad crónica, la hiperactividad pone en tela de juicio el futuro de los niños, lo que se convierte en la principal preocupación de muchos padres.

Teniendo en cuenta el momento en el que se determina que existe un problema, el TDAH se puede entender como un trastorno institucional en la medida en que los inconvenientes comienzan con el inicio de la vida escolar del niño. Según Gergen y Warhus (2001) los problemas psicológicos, que tradicionalmente habían sido entendidos como entidades psíquicas delimitables, no son sino signos lingüísticos que adquieren sentido únicamente dentro de un contexto socio-histórico. En este caso, la trasgresión de las reglas institucionales determinadas por el sistema escolar define un trastorno particular, a través del cual el comportamiento del niño se vuelve incompatible con las mismas.

Así, posteriormente a los primeros llamados de atención en el colegio, comienza el proceso médico. En la atención médica se busca una cura, asignándole al problema de comportamiento un carácter de enfermedad. El tratamiento propuesto muchas veces es farmacológico, lo que genera sentimientos encontrados en los padres. Es en este momento cuando los padres hacen una diferenciación entre enfermedad física y enfermedad mental. Para la segunda el tratamiento debe ser médico pero no necesariamente farmacológico.

Con el tratamiento médico se busca lograr los objetivos que no se alcanzan con la crianza, sin embargo a pesar de esforzarse por seguir las recomendaciones del profesional de la salud los padres utilizan el castigo físico puesto que se sienten frustrados al no lograr los objetivos propuestos.

Respecto al origen del trastorno, los padres se preocupan constantemente por responder a la pregunta por las causas del mismo, lo que los lleva a informarse principalmente a través de internet. Ellos interpretan lo que encuentran allí a la luz de su propia situación. No se trata aquí de una mala interpretación de la información científica que encuentran en la red, sino más bien una transformación de esta en el sentido creador del que Moscovici (1979) habla en *El psicoanálisis: su imagen y su público*. Aquí, la propagación de una ciencia entre el público general no obedece a procesos de “distorsión” de la información, sino a la socialización de la disciplina, en tanto construcción de un nuevo conocimiento que sirve a unas necesidades específicas. Por lo tanto para este caso, la pregunta sobre las causas del TDAH y su respuesta a partir de la información tomada de la ciencia sirve a un propósito particular.

Las causas se atribuyen frecuentemente a la herencia al identificar síntomas similares en otros miembros de la familia, principalmente en el padre u otros hombres que incluso llegan a ser calificados como “irresponsables”, una característica estrechamente relacionada con la hiperactividad.

Además de la genética, algunas madres encuentran la causa de la hiperactividad en la falta de tiempo que ellas pueden dedicar a la crianza de sus hijos debido a su trabajo. Esto quiere decir que el rol de proveedoras del hogar puede resultar incompatible con el rol de cuidadora.

En general las madres se sienten más culpables por la hiperactividad de sus hijos incluso cuando atribuyen las causas a factores que están fuera de su control.

A pesar de que hay acuerdo entre padres y profesores sobre la incapacidad de los niños para controlar su comportamiento, ambos difieren en los aspectos que la originan. Como hemos visto, para los primeros las causas son hereditarias mientras que para los segundos el trastorno se debe a la mala crianza, de la que al parecer se espera que dé lugar al autocontrol.

A diferencia de los padres y los profesores, los niños no buscan las causas para explicar la enfermedad, sino para justificar directamente su comportamiento, poniéndose de acuerdo con padres y profesores respecto al carácter involuntario del mismo.

Además de esto, también hacen referencia a factores como el aburrimiento o la necesidad de llamar la atención, explicando su comportamiento en función de aquello que no reciben de los demás, como una educación más estimulante y atención por parte de los otros.

Al igual que el problema en sí mismo, las consecuencias tanto de la hiperactividad como de su diagnóstico se remiten a los problemas en la institución educativa. Así por ejemplo, respecto a las quejas del colegio, en el caso de los padres, antes del diagnóstico es frecuente encontrar la culpa en el niño y después del diagnóstico en la enfermedad.

Las principales consecuencias negativas para los niños se atribuyen al rechazo por parte de las instituciones educativas, quienes lo hacen explícito a través de sus canales de comunicación “estigmatizando” al niño y afectando la relación con sus padres quienes se sienten culpables de prestarle demasiada atención a estos aspectos negativos y poco o nada a los positivos. Para los niños, esta práctica se relaciona con las situaciones de castigo.

A nivel familiar, algunos padres manifiestan que se deteriora el vínculo con otros miembros de la familia disminuyendo de forma crítica el contacto, lo cual podría explicar por qué los niños casi no hablan de su relación con otros familiares diferentes a los de su núcleo principal. Es aquí donde la madre siente que sus estrategias de crianza son cuestionadas, aunque también los padres llegan a sentir vergüenza por el comportamiento de sus hijos. Esto se debe también a que frecuentemente terceros se involucran en la situación.

Tanto para los padres como para los docentes, el comportamiento de los niños puede dar lugar al rechazo por parte de sus compañeros, sin embargo mientras para los primeros esto es motivo de preocupación, para los segundos significa una corroboración de sus ideas sobre la “desadaptación” del niño al ámbito escolar.

A diferencia de estos dos actores, los niños en general no se sienten rechazados por sus compañeros, excepto para el caso de las niñas. Para los niños el aislamiento de sus compañeros muchas veces se da porque sus padres les prohíben entablar relaciones con otros niños que consideran mala influencia. Para las niñas el aislamiento si está directamente relacionado con su comportamiento, es por esto que prefieren estar bajo el efecto del fármaco.

Respecto a los efectos del diagnóstico, las madres sienten que deben reducir el castigo físico puesto que piensan que sus hijos no son responsables de su comportamiento. Para el caso de las niñas esto funciona al contrario, es decir que el diagnóstico se convierte en una razón para intensificar el control sobre el comportamiento de estas, mostrando claramente que la hiperactividad es más indeseable en ellas.

Todo esto hace que los padres busquen la manera para ejercer control sobre el comportamiento negativo de sus hijos. A pesar de esto la mayoría rechazan el tratamiento farmacológico debido a que vuelve a los niños muy pasivos haciéndolos parecer “otra persona”, lo cual resulta de cierta manera contradictorio. Por el contrario, los profesores aceptan mejor el tratamiento farmacológico ya que este de cierta forma restablece el orden en el aula.

Otra consecuencia muy importante de la hiperactividad hace referencia a la inestabilidad en las vidas de las familias. Por un lado por el constante cambio de colegio del niño, lo cual es reconocido tanto por padres como por niños, y por el otro por los cambios de médico y de tratamientos.

La hiperactividad también afecta la relación entre los padres y su hijo, debido a que estos se vuelven el foco de atención en la casa. Para algunos esto no es problema mientras que para otros termina en conflicto, pero lo cierto es que la vida de la familia gira en torno al niño hiperactivo. Así, actividades tanto recreativas como laborales y hasta el sitio de vivienda se elige en función de las necesidades que se supone tiene el niño hiperactivo.

Independientemente de que los niños se entiendan explícitamente como enfermos o no, el hecho de haber sido etiquetados de esta manera marca las relaciones con sus padres, estando estas mediadas por el castigo o por el apoyo necesario para lidiar con los efectos de la enfermedad. En muchos esta relación se caracteriza por el control, haciendo sentir a los padres que tiene el rol de “policías”. Para el caso de los niños castigados físicamente la relación está mediada por el miedo.

Adicionalmente los niños ya son vistos como los “malos”, por lo tanto es muy fácil para los demás culparlos incluso de cosas que no han hecho. En este caso, tomando como referencia a Goffman (1970), la hiperactividad podría ser entendida como un “estigma” que define (deteriora) la identidad del niño, asignándole no sólo unas características particulares, sino declarando que todo aquello que se puede esperar de su comportamiento es negativo o perjudicial para la sociedad.

Podemos ver a lo largo del discurso de los niños, cómo ellos asumen como una realidad lo que los adultos dicen sobre ellos. Aun cuando no se sienten capaces de determinar qué es exactamente la hiperactividad, se entienden como niños hiperactivos. Siguiendo la misma referencia anterior, es posible ver cómo, al saber que poseen un estigma, intentan minimizarlo haciendo alusión a características positivas tales como un mayor desarrollo o capacidad cognitiva. También es posible identificar la tendencia a sentirse más cómodos en lugares donde se encuentran con otros de su misma condición.

De acuerdo con Goffman (1970) los estigmatizados intentan a toda costa ocultar o hacer menos visible su condición para no ser rechazados por otros, o también pretenden de cierta forma tomar el lugar de una persona vista como normal, identificando a aquellos que poseen su mismo estigma pero más marcado, con el objetivo de rechazarlos igual que lo harían con él. Durante este trabajo los niños se mostraron renuentes a aceptar que son diferentes a los otros, constantemente manifestaban que los demás también se comportaban de la misma manera que ellos, mientras que las niñas se refugiaban en el tratamiento farmacológico para minimizar los signos de la enfermedad y así no ser excluidas por los otros. Recordemos también cómo una de ellas manifestó su rechazo a una de sus compañeras por tener el mismo problema pero “más grave”.

Todo esto nos demuestra que la calificación de “hiperactivo(a)” sí repercute en la construcción que los niños hacen sobre sí mismos, y a su vez define los roles y los lugares que este debe ocupar en la sociedad así como las prácticas de los demás actores a su alrededor.

El lugar que con mayor frecuencia se le asigna al niño hiperactivo es el colegio especializado. En este lugar se desarrollan una serie de estrategias encaminadas a “normalizar” el comportamiento inadecuado del niño con miras a que este se adapte a diferentes contextos. Respetando las diferencias, dicha institución cumple un papel similar al del hospital psiquiátrico.

De acuerdo con Goffman (2001), el ingreso a una institución para el tratamiento de la enfermedad mental no sólo cambia las ideas que el individuo tiene sobre sí mismo, sino que se inserta en el yo de tal manera que la identidad de éste se define en función de su institucionalización, cambiando también su estatus social. Recordemos cómo una de las niñas entrevistadas se negó inicialmente a ingresar a un colegio de este tipo considerando que allá estudiaban “locos”, y por otra parte, cómo uno de los chicos afirmaba que sólo en un sitio como este se sentía aceptado (no rechazado).

A pesar de que muchos niños se niegan a aceptar explícitamente que son “diferentes”, ellos manifiestan acoplarse mejor a sitios especializados, al mismo tiempo que cuentan sus experiencias negativas en otras instituciones regulares. Así ellos se entienden como niños con necesidades especiales.

Durante las observaciones de campo pudimos identificar algunos aspectos que la institución educativa especializada comparte con el hospital psiquiátrico descrito por Goffman (2001). La más notoria es el extremo control que se ejerce sobre varios aspectos de la vida de los estudiantes (al igual que sobre los pacientes). En este sentido, cada uno de los movimientos de los niños es monitoreado por los profesores ayudándose de cámaras instaladas tanto en el colegio como en las casas.

De esta manera, el control no solo se ejerce sobre el comportamiento del niño, sino también sobre sus actitudes, sentimientos y emociones. Así se insertan en el discurso del niño las nociones de normalidad, entendiéndose a sí mismo como diferente e incapaz de adaptarse a contextos regulares.

Para finalizar, en la [Tabla 6-1](#) se muestra un resumen de aspectos generales, con el objetivo de facilitar la comparación de los grupos a partir de las categorías definidas.

Tabla 6-1: Comparación de los grupos a partir de las categorías definidas

GRUPO NIÑOS	GRUPO PADRES	GRUPO DOCENTES
EL TRASCURSO DE LA HIPERACTIVIDAD		
<p>Para los niños el comienzo de la hiperactividad se hace visible en el momento en el que son expulsados de un colegio o deben ingresar a una institución educativa especializada. Aunque son conscientes de que deben someterse a tratamientos médicos no le prestan mucha atención a esto con excepción de algunos casos.</p>	<p>El proceso comienza cuando el niño ingresa a una institución educativa en la que se llama la atención por una mala adaptación del niño debida a la falta de concentración e hiperactividad. Posteriormente el niño es remitido a orientación escolar y de allí pasa a ser atendido generalmente por la EPS, iniciando una carrera médica para el diagnóstico y tratamiento de aquello que se considera una enfermedad mental.</p>	<p>Los docentes no tienen ideas definidas acerca del transcurso de la hiperactividad, para ellos este transcurrir de la enfermedad se ubica dentro del aula de clases y comienza con las estrategias para mantener el control del comportamiento del niño.</p>
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO HIPERACTIVO		
<p>Las características de la hiperactividad se definen a partir del discurso de los adultos. Para los niños las características se refieren a los comportamientos negativos por los que les llaman la atención. En el caso de los niños (varones) estos comportamientos son normales para su edad, rechazando en cierta medida la enfermedad, mientras que para las niñas estos son motivo de culpa por lo que se adhieren más al tratamiento farmacológico.</p>	<p>La hiperactividad tiene rasgos negativos y positivos. Los primeros corresponden a las quejas principales sobre el comportamiento de los niños en la medida en que dificultan el logro de los objetivos de la crianza. Los segundos hacen referencia a comportamientos o disposiciones que justifican o reivindican al niño.</p>	<p>Las características se definen en función de las interrupciones en el proceso de la clase, razón por la cual se destaca más la hiperactividad que las dificultades de concentración, entendiendo estas últimas como consecuencias de la primera.</p>
CAUSAS DE LA HIPERACTIVIDAD		
<p>No hay identificación de causas de la hiperactividad como un trastorno, más bien los niños intentan buscar explicación a las conductas "indeseables" específicas,</p>	<p>Se determinan a partir de la información obtenida a través de múltiples fuentes, una de ellas es internet. Aunque no es posible determinar una sola línea de causas en los</p>	<p>Las causas de la hiperactividad se atribuyen principalmente a contextos familiares disfuncionales. Principalmente se alude a una mala crianza, a través de la</p>

GRUPO NIÑOS	GRUPO PADRES	GRUPO DOCENTES
resaltando el carácter involuntario de estas.	discursos de cada padre o madre, en general es posible diferenciar algunos aspectos diferentes en hombres y mujeres. En ocasiones las madres atribuyen la causa a la genética, identificando rasgos de hiperactividad en el padre. Por el contrario los padres atribuyen la causa a la crianza haciendo énfasis en el rol de la madre al respecto, razón por la cual ellas sienten en general más culpa.	cual no se logra encausar adecuadamente la energía de los niños. Además se habla de problemas de adicción y maltrato.
CONSECUENCIAS DE LA HIPERACTIVIDAD		
Hay acuerdo entre padres e hijos en que la principal consecuencia de la hiperactividad es el rechazo institucional que la mayoría de las veces termina en expulsión de los colegios regulares y con el posterior ingreso a uno especializado, del que tampoco se está exento de ser despedido. Por otra parte, los niños y niñas identifican como consecuencia de ser hiperactivos que los demás los reconocen como "los malos" y por lo tanto son culpados por diferentes "maldades" sin referencia a hechos objetivos que los señalen como tal. Contrario a lo que los padres y profesores manifiestan, los niños varones no se sienten aislados por sus compañeros, lo que sí sucede en las niñas, razón por la cual ellas se "adhieren" más al tratamiento farmacológico.	La primera consecuencia de la hiperactividad es la expulsión del niño de la institución educativa y el traslado constante de una a otra, lo que marca el inicio de la inestabilidad en la vida de las familias, la cual pasa adicionalmente por cambios constantes en el tratamiento médico (desde los tipos de terapia hasta el profesional que los atiende). Aquí también se evidencian cambios en la vivienda. Por otra parte los padres hacen referencia al rechazo que sufren sus hijos en todos los contextos (escolar, familiar y barrial) tanto por adultos como por otros niños. Por último, los padres comentan que debido al comportamiento de sus hijos, así como al tratamiento que ellos deciden darle, los lazos familiares se ven deteriorados, lo que incluye conflictos de pareja.	Los docentes hacen más énfasis en las consecuencias de la hiperactividad en su trabajo que en las consecuencias para los mismos niños o sus familias. Sobre lo primero se resalta claramente la interrupción del desarrollo normal de la clase lo que afecta negativamente aspectos tanto laborales como emocionales. Para el segundo tema se menciona el rechazo de los compañeros hacia el niño hiperactivo como consecuencia de interrumpir el proceso normal de las clases.
EL PAPEL DE LOS OTROS		
El papel que juegan los otros en la vida de los niños difiere según el género particularmente en el caso de los pares. Para los niños, la relación con	El principal rol de los padres es la socialización de los hijos, traducida en el proceso de crianza. Este rol se ve amenazado con la hiperactividad haciendo sentir	Los profesores se niegan a asumir las tareas que originalmente le corresponde a los padres de los niños en lo referente a poner normas y límites al comportamiento.

GRUPO NIÑOS	GRUPO PADRES	GRUPO DOCENTES
<p>amigos y compañeros de estudio no se ve afectada de manera importante por su condición de hiperactividad, incluso el comportamiento de los demás niños (no diagnosticados) les hace pensar que son "normales" ya que no se diferencia en gran medida del propio.</p> <p>Por el contrario, para las niñas, los comportamientos asociados a su condición afectan negativamente su relación con sus pares, haciéndolas sentir aisladas o en peligro de serlo si no logran controlarse.</p> <p>En el caso de los padres y/o cuidadores, los niños los definen a través de la crianza. Para la mayoría estos actores son definidos como los "castigadores" que buscan como policías regular su comportamiento. Solo en unos pocos casos las madres se definen como la persona que los apoya y ayuda a sobrellevar la situación.</p>	<p>a los padres incompetentes en este campo, lugar en el que toma sentido el rol de los demás actores que participan en el proceso.</p> <p>De esta manera se espera que instituciones médicas y educativas cumplan con los objetivos de la crianza "normalizando" el comportamiento de los niños en los diferentes contextos de sus vidas.</p>	<p>Constantemente se quejan de la incompetencia de estos para lograr dicho objetivo.</p> <p>Por otra parte definen al niño como un sujeto más de interés médico que pedagógico, en este sentido la parte de la socialización que le corresponde a la escuela es trasladada a la institución médica, lo que se refleja en la idea de que es el profesional de la salud quien debe trazar las pautas educativas.</p> <p>Finalmente los docentes hacen referencia a la institución educativa en términos de su incapacidad para darles a ellos y a los padres las herramientas necesarias para el manejo de los casos de hiperactividad.</p>

A. Anexo: Evolución del TDAH a través de las diferentes versiones del DSM

DSM	NOMBRE	UBICACIÓN	SUBTIPOS	CARACTERÍSTICAS	CRITERIOS
I (1952)	No definido				
II (1968)	Reacción hiperquinética de la infancia (o la adolescencia)	Se encuentra ubicado dentro del apartado de los trastornos conductuales de la infancia y la adolescencia, definidos como aquellos menos resistentes al tratamiento que las reacciones transitorias (tratadas en el DSM-I), y más resistentes que la neurosis, la psicosis y los desórdenes de la personalidad	No tiene	<u>Síntomas</u> : Sobreactividad, intranquilidad, fácil distracción y lapsos cortos de atención, los cuales disminuyen durante la adolescencia	No se especifican
III (1980)	Trastorno por Déficit de Atención	Se encuentra dentro del apartado de los trastornos que se manifiestan en la infancia y/o la adolescencia. En esta versión se incluyen 5 subgrupos y el déficit de atención se ubica en el “conductual”	-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	<u>Síntomas</u> : inatención, impulsividad e hiperactividad que se manifiestan según el contexto. <u>Otros síntomas asociados son</u> : terquedad, negativismo, labilidad emocional, intimidación, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima. Se habla de la presencia de signos neurológicos “suaves” y disfunciones motoras-perceptuales. <u>Edad de inicio</u> : tres años aprox. <u>Curso</u> : Todos los síntomas pueden permanecer durante la adolescencia y la adultez, o todos los síntomas pueden desaparecer en la adolescencia <u>Prevalencia</u> : 3% en E.U. <u>Factores predisponentes</u> : retardo mental leve o moderado, epilepsia, algunas formas de parálisis cerebral y otros trastornos neurológicos. <u>Sexo</u> : más frecuente en niños que en niñas	Se diagnostica cuando se presentan al menos tres síntomas de cada categoría: <u>Desatención</u> : *a menudo no finaliza las tareas que comienza, *a menudo no parece estar escuchando, *se distrae fácilmente, *tiene dificultades para concentrarse en las tareas escolares o en actividades que requieren atención sostenida, *tiene dificultad para seguir las actividades en los juegos <u>Impulsividad</u> : *A menudo actúa antes de pensar, *Cambia de una tarea a otra de forma excesiva, *tiene dificultad para organizar el trabajo, *necesita mucha supervisión, *frecuentemente habla en voz alta durante las clases, *tiene dificultades

DSM	NOMBRE	UBICACIÓN	SUBTIPOS	CARACTERÍSTICAS	CRITERIOS
					<p>para respetar los turnos en los juegos o situaciones de grupo</p> <p><u>Hiperactividad</u> (al menos dos de los siguientes síntomas): *corre o salta excesivamente sobre las cosas, *tiene dificultades para sentarse o se agita excesivamente, *tiene dificultades para estar sentado, *se mueve excesivamente mientras duerme, *está siempre “en marcha” o parece “manejado por un motor”</p> <p><u>Criterios Generales:</u> *Comienza antes de los 7 años *Duración de por lo menos seis meses *No se debe a esquizofrenia, trastornos del afecto o a retardo mental severo o profundo</p>
			<p>-Transtorno por déficit de atención sin hiperactividad</p>	<p>Igual al anterior excepto por la ausencia de hiperactividad. No se estima la prevalencia de este subtipo.</p>	<p>Los mismos criterios que el anterior, pero no se tienen en cuenta los referidos a la hiperactividad</p>
			<p>-Tipo residual</p>	<p><u>Curso:</u> Permanecen los síntomas de inatención durante la adolescencia y la adultez, pero los síntomas de impulsividad e hiperactividad desaparecen en la adolescencia</p>	<p>Cumple con los mismos criterios del subtipo con hiperactividad, con las siguientes particularidades:</p> <p>-Los signos de hiperactividad pueden no estar presentes a lo largo de la vida mientras que los otros persisten.</p> <p>-Los síntomas de desatención e impulsividad provocan dificultades en los ámbitos social y ocupacional</p> <p>-No se debe a esquizofrenia, trastornos del</p>

DSM	NOMBRE	UBICACIÓN	SUBTIPOS	CARACTERÍSTICAS	CRITERIOS
					afecto, retardo mental severo o profundo o algunos trastornos de la personalidad.
IV (1994) TR (2000)	Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad	Ubicado dentro del apartado de los trastornos que usualmente se diagnostican por primera vez en la infancia o la adolescencia, específicamente en la sección de Déficit de Atención y Trastornos de la Conducta Disruptiva	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad:	<p>Se destaca como característica esencial la presencia de un patrón de inatención y/o hiperactividad/impulsividad más frecuente y severo que en personas del mismo nivel de desarrollo.</p> <p>Se inicia antes de los 7 años</p> <p>Los síntomas empeoran cuando se requiere atención sostenida</p> <p><u>Síntomas asociados:</u> en esta versión, además de las ya mencionados en el DSM-III, se incluyen otras características asociadas al trastorno, entre ellas: autoritarismo, terquedad, relaciones familiares conflictivas, poco compromiso con las tareas, etc.</p> <p><u>Otros trastornos que pueden acompañarlo:</u> T. Oposicionista Desafiante, T. de la conducta, T. del afecto, ansiedad, T. del aprendizaje y de la comunicación.</p> <p><u>Sexo:</u> el trastorno es más común en hombres que en mujeres</p> <p><u>Prevalencia:</u> 3-5% en niños de edad escolar, en el DSM-IV-TR la prevalencia se estima de 3 a 7%</p> <p><u>Curso:</u> en la infancia se presenta mayor actividad motora, posteriormente el trastorno se hace evidente con las dificultades de ajuste al colegio. Los síntomas permanecen estables hasta la adolescencia y van desapareciendo al final de la misma.</p> <p><u>Patrón familiar:</u> el trastorno es más común en los familiares de primer grado de los niños con déficit de atención. También se pueden presentar trastornos del estado del ánimo, ansiedad, del</p>	<p><u>-Inatención:</u> *A menudo no presta atención a los detalles o comete por descuido errores en las tareas escolares, en el trabajo u otras actividades *Usualmente tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas</p> <p>*Constantemente parece no escuchar cuando se le habla *A menudo no sigue instrucciones o no finaliza las actividades que comienza *A menudo tiene dificultades para organizar tareas o actividades *Constantemente evita dedicarse a tareas que requieren esfuerzo sostenido *Constantemente pierde objetos que requiere para el desarrollo de sus tareas o actividades *Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes *Es descuidado en las actividades diarias</p> <p><u>-Hiperactividad:</u> *Constantemente mueve en exceso manos y pies y/o se retuerce en el asiento *Constantemente abandona su puesto en clase o en otras situaciones en las que se requiere estar sentado *A menudo corre o salta en situaciones en las que es inadecuado hacerlo *Tiene dificultades para jugar o dedicarse a actividades de ocio tranquilamente *Puede comportarse como si estuviera siendo “manejado por un motor” *A menudo habla en exceso</p> <p><u>-Impulsividad:</u> *Constantemente precipita sus respuestas antes de que una pregunta sea completada *A menudo tiene</p>

DSM	NOMBRE	UBICACIÓN	SUBTIPOS	CARACTERÍSTICAS	CRITERIOS
				aprendizaje, relacionados con sustancias psicoactivas y de la personalidad antisocial en familiares de niños con déficit de atención y/o hiperactividad.	dificultades para respetar su turno *A menudo interrumpe o se inmiscuye en juegos o conversaciones ajenas - <u>Criterios generales</u> : *los síntomas de hiperactividad/impulsividad que causan deterioro en algún área de la vida se presentan antes de los 7 años *El deterioro causado por los síntomas se presenta para dos o más escenarios de la vida *Debe haber clara evidencia de deterioro significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional *Los síntomas no se deben presentar exclusivamente durante el curso de otros trastornos.
			-Tipo combinado		Sólo se usa si se presentan mínimo 6 síntomas de inatención y 6 de hiperactividad/impulsividad durante al menos 6 meses
			-Tipo predominantemente inatento		Se usa si 6 o más síntomas de inatención y menos de 6 síntomas de hiperactividad/impulsividad se presentan durante al menos 6 meses
			-Tipo predominantemente hiperactivo/impulsivo		Se usa si 6 o más síntomas de hiperactividad/impulsividad y menos de 6 síntomas de inatención se presentan durante al menos 6 meses

B. Anexo: Consentimiento informado

Consentimiento Informado
Participantes de Investigación “La Construcción Social de la Hiperactividad en la Escuela”

A través de este documento manifiesto mi intención de participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ángela María Vargas Rodríguez. He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es hacer un análisis de la vida social y familiar de los niños diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad. Reconozco que el alcance de este trabajo es investigativo y NO terapéutico.

Me han indicado que se me pedirá conversar acerca del diagnóstico de mi hijo(a) durante una entrevista, lo que me tomará aproximadamente de 60 a 90 minutos. Conozco que ocasionalmente se acordarán visitas en mi casa y en el centro educativo en el que estudia mi hijo(a). Conozco también que se le hará una entrevista individual a mi hijo(a), y que el objetivo de la misma NO es corroborar el diagnóstico ni hacer un tratamiento terapéutico.

Manifiesto que se me ha informado que:

- La información que yo provea en el curso de esta investigación será grabada para su transcripción posterior, que la misma es completamente confidencial y anónima, y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento, que al transcribir el contenido de la entrevista el material de grabación será destruido.
- Puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Puedo negarme a responder las preguntas que considere incómodas o hacérselo saber al investigador para llegar a un acuerdo al respecto.
- De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Ángela Vargas al teléfono 317 3013731, o a través del correo electrónico amvargasro@unal.edu.co.
- Puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora al teléfono o correo electrónico anteriormente mencionados.

La presente investigación es conducida por la Psicóloga Ángela María Vargas Rodríguez, estudiante de la Maestría en Psicología - Universidad Nacional de Colombia.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____

Referencias

- Almeida, L., Ricardo-Garcell, J., Prado, H. & Martínez, R. (2009). Alteraciones estructurales encefálicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una actualización. *Salud Mental*. Vol. 32: 503 – 512.
- Alvarado, J.C. (1982). Pediatría Práctica. Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima (Síndrome del niño problema). *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. Vol. 22 (1): 48-52
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-I*. American Psychiatric Association: Washington D.C
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition. DSM-II*. American Psychiatric Association: Washington D.C.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision. DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association: Washington D.C.
- Arco, J.L., Fernández, F. & Hinojo, F. (2004). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*. Vol. 16 (3): 408-414.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Cuarta Edición. MASSON S.A.: Barcelona.
- Bará, S., Vicuña, P., Pineda, D. & Henao, G. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología*. Vol. 37 (7): 608-615.
- Barbosa, L., Prado, L. & Bañón, A. (2009). Critical discourse analysis – New possibilities for scientific research in the mental health area. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. Vol. 17 (1): 126 – 132.

Barragán, E., De la Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L. & Suárez, A. (2007). Primer consenso latinoamericano de déficit de atención e hiperactividad. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*. No. 64: 326-343.

Benito, R. (2008). *Evolución en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Draft Editores: Madrid-España.

Capdevila, C., Artigas, J., Ramírez, A., López, M., real, J. & Obiols, J.E. (2005). Fenotipo neuropsicológico del Trastorno de Déficit Atencional/Hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos?. *Revista de Neurología*. Vol. 40 (Supl. 1): S17-S23.

Cardó, E. & Servera, M. (2005). Prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista de Neurología*. Vol 40: S11-S15.

Cardozo, F.L., Sabbag, S. & Beltrame, T.S. (2007). Prevalência de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em relação ao gênero de escolares. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*. Vol 9 (1): 51-54.

Chan, P & Rabinowitz, T. (2006). A cross sectional analysis of videogames and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of General Psychiatry*. Vol. 5 (16): 1 - 11

Clarke, A.R., Barry, R., McCarthy, R. & Selikowitz, M. (2001). Electroencephalogram differences in two subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychophysiology*. Vol. 31: 212-221.

Colombo, J. (2001). The development of visual Attention in infancy. *Annual Review of Psychology*. Vol. 52: 337-367.

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of sociology*. Vol. 18: 209-232.

Corbetta, M., Miezin, F., Dobmeyer, S., Shulman, G. & Petersen, S. (1991). Selective and divided attention during visual discriminations of shape, color, and speed: functional anatomy by Positron Emission Tomography. *The Journal of Neuroscience*. Vol. 11 (8): 2383-2402.

Cornejo, J.W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizoza, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo, H. & Holguín, J. (2005). Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*. Vol. 40 (12): 716-722.

Correia, H., (2002). *Crazy, sad or just different: Envolving representations of mental illness and the mentally ill during psychology education*. Tesis Doctoral: School of Psychology, Murdoch University. Recuperado de <https://wwwlib.murdoch.edu.au/adt/pubfiles/adt-MU20040302.161013/02Whole.pdf> el 07 de septiembre de 2009.

Corrigan, P.W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff, F., White, K. & Kubiak, M.A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 28 (2): 293-309.

Desimone, R. & Duncan, J. (1995). Neural mechanisms of selective visual attention. *Annual Review of Neuroscience*. Vol. 18: 193-222.

Devalle, A & Vega, V. (2006). *Una escuela en y para la diversidad: El entramado de la diversidad*. Aique Grupo Editores. Buenos Aires.

El Mundo (2011). Uno de cada 10 niños en EEUU sufre de TDAH. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/noticias/hiperactividad/53243/> el 26 de agosto de 2011.

Englandkennedy, E. (2008). Media Representations of Attention Deficit Disorder: Portrayals of Cultural Skepticism in Popular Media. *The Journal of Popular Culture*. 41 (1): 91-117.

Estévez A., García, C. & Junqué, C. (1997). La atención: una compleja función cerebral. *Revista de Neurología*. Vol. 25 (148): 1989-1997).

Farr, R. (1983). Escuelas europeas de psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología*. Vol. 45(2): 641-658

Farr, R. (2003). De las representaciones colectivas a las representaciones sociales: Ida y vuelta. En: Castorina, J.A. (2003). *Representaciones Sociales: Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Traducción Adelaida Ruiz. Ed. Gedisa: España.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ed. Morata. Madrid.

Foucault, M (1990). *Vigilar y Castigar*. Siglo XXI Editores. México.

García, M. & Ibáñez, M. (2007). Apego e hiperactividad: Un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Terapia Psicológica*. Vol. 25 (2): 123-133.

Gergen, K. & Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social: Dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Revista Sistemas Familiares*. Vol. 17 (1).

Gill, R. (2000). Discourse analysis. En M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.). *Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook*. (pp. 172-190). London: Sage.

Goerg, D., Zbinden, W. & Guimón, J. (2004). Representations of psychiatric treatments. *Advances in Relational Mental Health*. Vol. 3 (3): 1-22.

Goffman, E. (1970). *Estigma*. Amorrortu Editores: Buenos Aires

Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores: Buenos aires.

González, C., Carranza, J., Fuentes, L. Galián, M. & Estévez, A. (2001). Mecanismos tencionales y desarrollo de la autorregulación en la infancia. *Anales de Psicología*. Vol. 17 (2): 275-286.

González, J. (2008). Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad en el adulto. *Revista Electrónica Memoriza.com*. Vol. 1: 8-22.

Guardiola, A., Fuchs, F.D. & Rotta, N.T. (2000). Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorders in students: Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arq Neuropsiquiatr*. Vol. 58(2-B): 401-407.

Jodelet, D. (1986). *La Representación Social: Fenómenos, concepto y teorías*. En: Moscovici, S. (1986). *Psicología Social II*. Cap. 13. Paidós: 469 - 494

Johnston, W.A. & Dark, V.J., (1986). Selective attention. *Annual Reviews of Psychology*. Vol. 37: 43-75.

Jones, R.A. (2003). The construction of emotional and behavioural difficulties. *Educational Psychology in Practice*. Vol. 19 (2): 147-157.

Klenberg, L., Korkman, M. & Lahti, P. (2001). Differential development of attention and executive functions in 3- to 12-year-old finnish children. *Developmental Neuropsychology*. Vol. 20 (1): 407-428.

- Lasa, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Psicopatología y Salud Mental*. Vol. 2: 9-16.
- Lonigan, C., Vasey, M., Phillips, B. & Hazen, R. (2004). Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Vol. 33 (1): 8-20.
- Markova, I. (2003). *La presentación de las Representaciones Sociales, diálogo con Serge Moscovici*. En: Castorina, J.A. (2003). *Representaciones Sociales: Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Traducción Adelaida Ruiz. Ed. Gedisa: España.
- Martínez, M.F. (1989). Hiperactividad en niños y su relación con la sucrosa y los aditivos de los alimentos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 21 (3): 387-406.
- Martínez, N.C. (2006). Psicopatología del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 6 (2): 379-399.
- Martínez, S.J., Remolina, L.M., Picón, A.A., Gómez, L.P. & Campo, A. (2003). Prevalencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y niñas con retraso mental de Bucaramanga, Colombia. *Revista Med-UNAB*. Vol. 7 (21): 157-160.
- Menéndez, I. (2001). Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*. Vol. 4 (1): 92-102.
- Miranda, A., Jarque, S. & Soriano, M. (1999). Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*. Vol. 28 (Supl. 2): S177-S182.
- Morant, N. (1995). What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. *Papers on Social Representations*. Vol. 4 (1): 41-52.
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Segunda Edición. Ed. Huemul: Argentina.

Mulas, F., Mattos, L., Muela, S. & Gandía, R. (2005). Actualización terapéutica en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: metilfenidato de liberación prolongada. *Revista de Neurología*. Vol. 40 (Supl. 1): S49-S55.

Norris, C. & Lloyd, G. (2000). Parents, professionals and ADHD: what the papers say. *European Journal of Special Needs Education*. Vol. 15 (2): 123-137.

Ocampo, A. (2011). El context educativo y los procesos atencionales: una aproximación desde la cultura, las emociones y el cuerpo. *Revista de Educación y Pensamiento*. Pp. 9 -22.

Pineda, D.A., Lopera, F., Henao, G.C., Palacio, J.D. & Castellanos, F.X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*. Vol. 32 (3): 217-222.

Posner, M. & Petersen, S.E. (1990). The attention system of The human brain. *Annual Review of Neuroscience*. Vol. 13: 25-42.

Reyes, E., Ricardo, J., Palacios, L., Serra, E., Galindo, G. & De la Peña, F. (2008). Potenciales relacionados con eventos y comorbilidad en un grupo de adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Salud Mental*. No. 31: 213-220.

Roca, M. & Alemán, L. (2000). Caracterización general de las alteraciones psicológicas popularmente conocidas como hiperactividad: Déficit de la Atención – Trastorno de Hiperactividad (ADHD). *Revista Cubana de Psicología*. Vol. 17 (3): 218-226.

Rodríguez, M. (2004). *Alteraciones atencionales y de la función ejecutiva en esclerosis múltiple. Cap. 3 Teoría atencional*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Recuperado de www.ugr.es/~setchift/docs/mariangeles/tesina3.doc el 30 de agosto de 2009.

Rosano, S. (2007). La cultura de la diversidad y la educación inclusiva. Recuperado de: <http://faceducacion.org/inclusion/sites/default/files/LA%20CULTURA%20DE%20LA%20DIVERSIDAD%20Y%20EDU.%20INCLUSIVA.pdf> el 20 de octubre de 2012.

Rowland, A., Lesesne, C. & Abramowitz, A. (2002). The epidemiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. Vol. 8: 162-170.

Ruiz, J.M. (1993). Atención y control: modelos y problemas para una integración teórica. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 46 (2): 125-137.

Safren, S.A. (2006). Cognitive-Behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *Journal of Clinic Psychiatry*. Vol. 67 (Supl. 8): 46-50.

Salinas, P.V. (2005). Los procesos cognitivos atencionales. Una aproximación conceptual desde lo social. *Revista de Antropología Exérimental*. Vol. 5: 1-4.

Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer análisis del discurso. *Cinta Moebio*. Vol. 41: 207 – 224. Recuperado de www.moebio.uchile.cl/41/santander.html el 20 de febrero de 2012.

Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad: una revisión. *Revista de Neuropsicología*. Vol. 40 (6): 358-368.

Sharkhel, S., Sinha, V.K., Arora, M. & DeSarkar, P. (2006). Prevalence of Conduct Disorder in schoolchildren of Kanke. *Indian Journal of Psychiatry*. Vol. 48: 159-164.

Singh, I. (2004). Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science & Medicine*. Vol. 59: 1193-1205.

Soliva, J.C., Carmona, S., Fauquet, J., Hoekzema, E., Bulbena, A., Hilferty, J. & Vilarroya, O. (2009). Neurobiological substrates of social cognition impairment in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Annals of the New York Academy of Science*. Vol. 1167: 212-220.

Stefanatos, G.A. & Wasserstein, J. (2001). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder as a right hemisphere syndrome. *Annals of the New York Academy of Science*. Vol 931: 172-195.

Sum, S., Mathews, R.M., Hughes, I. & Campbell, A. (2008). Internet use and loneliness in older adults. *CyberPsychology & Behavior*. Vol. 11 (2): 208-211.

Timimi, S. & Coendorsers. (2004). A critique of the international consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*. Vol. 7 (1): 59-63.

Toledo, L. (2006). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: perspectiva neuropsiquiátrica. *BSCP Can Ped.* Vol. 30 (2): 7-10.

Uribe, C. & Vásquez, R., (2007). Factores culturales en el Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad: Habla la mamá. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* Vol. 35 (2): 255-291.

Vaz, M. (2009). *Understanding Parental Theories about Children's Health.* Tesis Doctoral. University of Michigan. Recuperado de http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/62210/1/vazm_1.pdf el 07 de septiembre de 2009.

Westfall T.C. & Westfall D.P. (2011). Capítulo 12: Adrenergic Agonists and Antagonists. En: Brunton, L.L., Chabner, B.A. & Knollmann, B.C. (Eds), *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics.* 12a Edición. New York: McGraw-Hill

Williams, S. & Calnan, M. (1996). The 'limits' of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. *Social Science and Medicine.* Vol. 42 (12): 1609-1620.

Ygual, A. (2003). *Problemas de lenguaje con estudiantes con Déficit Atencional.* Tesis Doctoral. Universitat de Valencia. Recuperado de http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0527104-143102/Ygual.pdf el 01 de septiembre de 2009.

Yoo, H.J., Cho, S.C., Ha, J., Yune, S.K., Kim, S.J., Hwang, J., Chung, A., Sung, Y.H. & Lyoo, I.K. (2004). Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* Vol. 58: 487-494