



UNIVERSIDAD
ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO

FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

“Trastorno de Déficit Atencional: Resiliencia y resistencia”

Estudiante: Adriana Robles Ulloa.
Profesor Guía: Rodrigo Ahumada Cabello.

Tesis para optar a grado académico de Licenciada en Trabajo Social
Tesis para optar al título de Asistente Social

Santiago - Chile
2017

Agradezco a mis amigas y compañeras Camila y Vanessa quienes desprejuiciadamente me acompañaron en los altibajos, pero por sobretodo a Héctor y Gloria por la incondicionalidad de creer.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	pag 4
1. Planteamiento del Problema	pag 8
2. Preguntas de Investigación	pag 17
3. Objetivos de Investigación	pag 17
4. Hipótesis	pag 18
5. Estrategia Metodológica	pag 18
6. Variables	pag 22
PRIMERA PARTE MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I: Trastorno de Déficit Atencional: Atención y desatención involuntaria.	pag 24
1. Trastorno de Déficit Atencional	pag 24
2. El rompecabezas de la niñez	pag 31
CAPÍTULO II: Estigma y Resiliencia: visiones contrapuestas	pag 36
1. Estigma: ideología del rechazo	pag 36
2. Resiliencia: volver a empezar	pag 41
3. Resistencia: relación de poder	pag 46
4. Representaciones sociales	pag 51
SEGUNDA PARTE MARCO REFERENCIAL	
CAPÍTULO III: Comprensión y abordaje del fenómeno	pag 55
1. Antecedentes históricos	pag 55
2. Contextualización	pag 58
3. ¿Qué hace el Ministerio de Salud?	pag 58
4. ¿Qué despliegue tiene el Ministerio de Educación?	pag 62
5. Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano	pag 68
TERCERA PARTE ANÁLISIS DE DATOS	
CAPÍTULO IV: Determinados pero no condicionados	pag 72
1. Capacidades resilientes	pag 72
2. Trastorno de Déficit Atencional	pag 88
CAPÍTULO V: El proceso del diagnóstico	pag 100
1. Niños en problemas	pag 100
2. Madres con diagnósticos	pag 112

CONCLUSIONES	pag 122
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN	pag 135
APORTES AL TRABAJO SOCIAL	pag 139
BIBLIOGRAFÍA	pag 143
Fuentes Electrónicas	pag 147
ANEXOS	pag 150

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como fin - en primer instancia- reconocer las capacidades resilientes propias de los niños y niñas que poseen Trastorno de Déficit Atencional, no entorno al estigma del *'niño problema'* sino como una característica particular más que forma parte de su desarrollo como ser humano.

Durante esta investigación es importante poner énfasis a las conductas propias de este desorden neurobiológico y las alteraciones que produce en términos relacionales, entendiendo este factor como uno de los principales motivos de estigmatización y prejuicio hacia los niños y niñas con esta condición.

El Síndrome de Déficit Atencional de acuerdo al Ministerio de Educación se define como *"un trastorno de inicio temprano, que surge en los primeros 7 años de la niñez y se caracteriza por un comportamiento generalizado que presenta dificultades de atención (inatención o desatención), impulsividad y, en algunos casos, hiperactividad"* (Déficit Atencional, Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo en el nivel de educación básica; 2009,11) de manera permanente en múltiples escenarios de la vida de un niño o niña, lo que advierte una dificultad dentro del desarrollo cognitivo y emocional enfrentándose a la educación formal, informal, la familia, grupo de pares y a sí mismo como sujeto.

De acuerdo a esto el Ministerio de Salud señala procesos de desorganización, tendencia al cambio que no permiten concluir actividades, comportamientos antisociales y baja autoestima (Programa Nacional de la Salud de la Infancia: 2014,288) como complicaciones secundarias, demandando una atención más personalizada para desenvolverse en los diferentes contextos, lo que los enmarca en categorías como niños y niñas, dependientes, disruptivos, inmaduros, resistentes e inquietos a situaciones que requieren mayor atención.

Actualmente el Primer Consenso latinoamericano de TDAH (Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad) (2007) declara que es uno de los trastornos más comunes en pediatría y que solo entre un 3 y 7% de la población escolar en el mundo lo posee, manifestándose entre los 3 y 5 años exteriorizando el 70% de sus síntomas.

A lo mencionado anteriormente se agrega que no hay una diferencia circunstancial en la prevalencia del TDAH entre los países desarrollados y los latinoamericanos, por lo que cada país toma responsabilidades que conciernen a las áreas de salud mental infantil y estrategias educativas integrales. En Chile existen manuales protocolares y políticas nacionales de educación especial que guían la identificación y tratamiento de este fenómeno poniendo acento en el cambio social y cultural que acepte la diversidad como eje principal en el reconocimiento de los derechos, instalando la temática como una necesidad más que se presenta dentro de las aulas.

A esto se agrega la existencia una alta comorbilidad asociada al TDA que tiene como intervinientes factores internos del tipo psiquiátricos, psicológicos (otros trastornos), depresión, estrés y otros de factores externos mucho más culturales como son niveles de violencia, nivel socioeconómico, alimentos que consumen, espacio físico de vivienda, familia multiproblemática, que pueden agravar su estado de desorganización. Entonces será fundamental conocer el proceso que atraviesan quienes tienen esta condición y quienes les acompañan, permitiendo abrir el fenómeno a una mirada más social que porta más que la inhabilitación o un diagnóstico determinante.

Para respaldar lo referido es que durante este proceso de indagación se utiliza un marco teórico que orienta los lineamientos de la materia a investigar, reconociendo con claridad las variables y sus componentes en los diferentes capítulos. Como primer punto se profundiza en dar a conocer qué es el Trastorno de Déficit Atencional con descripciones psicológicas presentadas por diferentes organismo, se especifican los subtipos de este desorden atencional y la población

que se ve principalmente afectada, el abordaje del tema se sitúa desde la desatención y la involuntariedad del fenómeno y como esta puede incidir en el desarrollo personal y emocional de los niños y niñas. Para esto se toman diferentes autores que exponen el período de entre los 7 y 13 años como la etapa de la interacción con otros, cada uno dando énfasis a diversas áreas como la cognitiva, lo social y lo psicológico para posteriormente ahondar en la influencia y repercusión que tiene el TDA en la autoestima.

En un segundo momento se tomará la variable de resiliencia donde su revisión va desde el origen de la palabra hasta lo que hoy se comprende como tal, esto permite entregar una definición completa y reconocer las capacidades, autonomía y factores que esta porta y así también como se manifiesta en las personas. En complemento de esto se considera la noción de estigma, resistencia y representaciones sociales como ideología colectiva y espacios de interacción que elaboran conocimiento con carga social y simbólica con la finalidad de comprender las repercusiones de esta realidad.

Posteriormente, se presenta un marco referencial que da cuenta de los antecedentes históricos del TDA, su descripción y la especificación de sus síntomas, cuando se comienza a visualizar y su contexto actual como uno de los cuadros más frecuentes en la niñez. En cuanto a contexto nacional se analiza la temática como una de las principales contingencias en el ámbito de salud mental y el despliegue que desarrollan los aparatos estatales, las recomendaciones y estrategias de intervención para el apto desarrollo de los niños y niñas que se ven involucrados en este diagnóstico.

La tercera parte de esta investigación consiste en el análisis cualitativo de información recogida, por medio de entrevistas semi-estructurada donde los relatos de los padres de los sujetos de estudio señalan las implicancias y condiciones de desarrollo y socialización a que se ven expuestos sus hijos e hijas, el alcance de estas y las repercusiones generalmente permanentes en sus vidas.

Y para finalizar se exponen las conclusiones sobre el análisis, se vislumbran los principales factores intervinientes en el crecimiento de los niños y niñas bajo esta desorganización, la influencia que ejerce la familia y otros contextos, también se presentará el descarte o comprobación de los supuestos planteados al inicio del estudio, hallazgos importantes y aportes hacia la disciplina del Trabajo Social.

1. Planteamiento del Problema

De acuerdo a Fernández-Jaén (2012) el *Trastorno de Déficit Atencional y/o Hiperactividad* es un estado 'crónico evolutivo' heterogéneo común en la niñez y adolescencia que se caracteriza por su dispersión, impulsividad, inquietud motriz exagerada y labilidad atencional. Se hace presente con intensidad durante la primera etapa escolar (seis años) donde se desarrollan sus principales habilidades sociales y de comunicación con el entorno. Es un período importante en el que deben abandonar sus ideas más abstractas para comenzar a crear hipótesis propias de la niñez en torno a situaciones particulares que les despierten curiosidad, estableciendo actividades de intereses propios.

En esta fase es importante la interacción que logran crear y sostener con sus grupos de pares, lo que significa que en la niñez el despertar social funciona como un factor protector, de conocimiento propio y del otro y que entrega herramientas de validación al sujeto como tal. Dentro de esta lógica está la formación de criterios como las buenas y malas conductas que delimitaran al niño o niña en su comportamiento y en las decisiones que tome.

Los estudios presentados por El Primer Consenso Latinoamericano de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad (2007) advierten que este desorden neuropsiquiátrico es considerado como problemática de salud pública teniendo un alto componente neurobiológico. En primera instancia hay una elevada posibilidad de que el TDA sea adquirido por componentes genéticos, complicaciones de embarazo, sobreestimulación gestacional, nacimiento prematuro y exposición a drogas lícitas, ilícitas y estupefacientes.

Como segunda consideración en el estudio de Rangel (2013, en Kubia K. 2011) se responsabiliza al lóbulo frontal, encargado de funciones ejecutivas como la memoria, control de impulsos, cognición y concentración perjudicando sus procesos de integración visuoespacial, habilidades sensoriales, y comunicativas, justificando la obstaculización en el curso de su aprendizaje. Y en tercer lugar se señala una

causa ligada al sistema nervioso central y su disfunción en neurotransmisores que genera una alteración y mutación en el receptor postsináptico del cromosoma 11 (dopamina) tendiente a desarrollar una mayor agresividad en el sujeto, en casos de estrés, adaptación, etc.

El Ministerio de Salud detalla puntos específicos de cómo identificar síntomas a reconocer en un niño o niña con TDA, por ejemplo:

“frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades, frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego, a menudo aparenta no escuchar lo que se le dice, frecuente muestra incapacidad para completar las tareas escolares asignadas u otras actividades que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones). Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades, a menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido, a menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas. Se distrae fácilmente por estímulos externos, con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias” (Programa Nacional de la Salud de la Infancia: 2014,289).

Estas características de alguna forma los enmarca como niños y niñas con capacidades y condiciones diferentes, generando incluso un margen de estigma dada la mayor atención que demandan tanto de otros como de ellos mismo y sus tiempos para poder organizarse sobre los quehaceres.

Erikson plantea que la etapa de entre los 7 y 11 años se establece el “dominio de las habilidades académicas en la escuela, cumplir las responsabilidades crecientes que se les imponen en el hogar y aprender a hacer varias tareas que necesitarán cuando lleguen a la vida adulta independiente.” (Morris, 2005:347) y ahí es donde radica el problema. Desde el Ministerio de Educación se emite una guía de comprensión el año 2009 donde se pretende trabajar e instalar la temática dentro de las aulas, para una mayor integración de escolar, pero en contraparte existen “129.994 alumnos y alumnas que presentan necesidades educativas especiales que reciben apoyos especializados (...). De estos, 29.473 son alumnos y alumnas de escuelas y liceos con proyectos de integración alcanzando el 3,7% del total de la matrícula país” (Política Nacional de Educación Especial, 2005;18) constituyéndose los establecimientos educacionales como principales actores intervinientes y derivadores a programas complementarios por diagnósticos de Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad, con el resultado de una sobrediagnósticación y estigmatización de niños y niñas con conductas *disruptivas*.

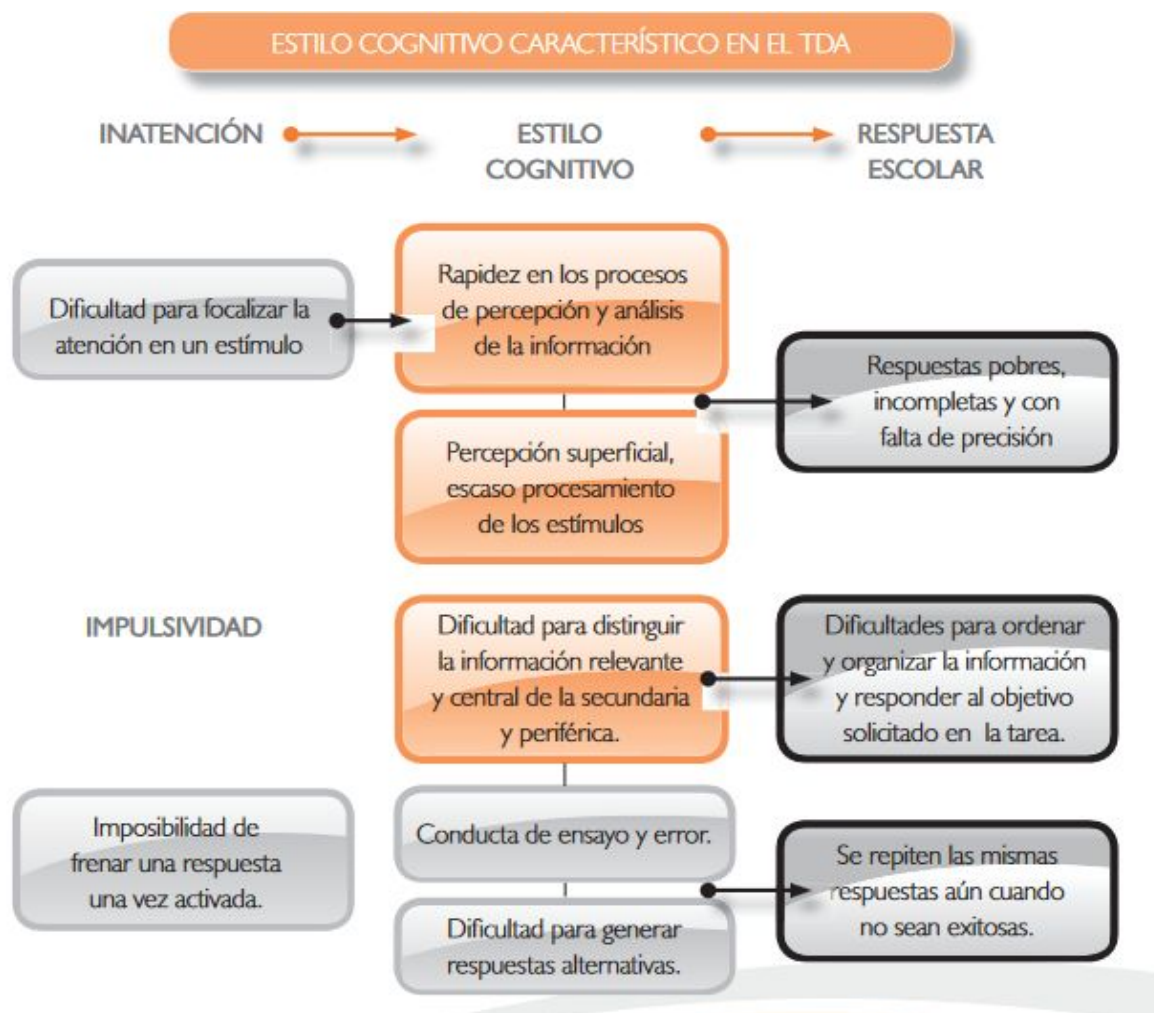
Esto es importante de destacar, de acuerdo al propio Ministerio de Educación (2009) este señala que la cifra concreta de casos diagnosticados es de un 3% y 7% pero según los reportes que entregan los establecimientos educacionales pareciera que esta cifra fuera mayor y en aumento pudiendo producirse una cristalización del fenómeno, no como una condición específica de salud sino de carácter social. Puntualizar el TDA de esta forma alude a que la tensión no se encuentra solo en la vida del niño y su desarrollo de forma interna, sino que hay un contexto o situación externa que lo acompañan entendiéndose que el sujeto se expone a dinámicas tanto individuales como grupales a las que debe atender y en algunos casos resolver.

Si ahondamos en el ámbito escolar, lo primero es considerar que el TDA se presenta de forma distinta para cada caso dependiendo de las cualidades personales del niño o niña, pero hay generalidades con las que la mayoría cumple como la notoria facilidad de distracción que también responde a la necesidad de buscar nuevos estímulos muchos más atractivos que lo que se está realizando generando una impresión de evasión frente a las tareas o responsabilidades, así

también los períodos de concentración que tienden a ser menores que los de sus pares y el exceso de movimiento para efectuar una labor. Esto constituye una problemática de momento en que la dinámica de otro se ve interferida por el comportamiento que manifiestan quienes presentan esta desorganización, en términos relacionales los niños y niñas con esta condición tienen mayores dificultades para enfrentarse al trabajo con otros, indicando que estos interrumpen al resto de sus compañeros y compañeras, no cumplen las normas de convivencia o no acatan las reglas del juego adelantándose a lo que se debe llevar a cabo, pues producto de esta intensidad y ansiedad suelen verse muchos más expuesto a accidentes cotidianos.

Un dato interesante es que *“la información indica que se da con mayor frecuencia en niños que en niñas, en una proporción de 4:1 respectivamente”* (Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educación Básica, 2009;15) haciéndose efectivamente más reconocible en ellos, ya que, según lo expuesto en la fuente mencionada si existen diferencias de género al momento de externalizar los síntomas. Para el caso de las niñas se señala que a menudo se muestran más callas e introvertidas, manteniendo una actitud de aislamiento durante la jornada escolar a diferencia de los niños en quienes se advierten comportamientos más *disruptivos*. Aun así, para ambos el punto de encuentro está en la ansiedad que les produce enfrentarse a situaciones estresoras y en este caso de evaluación, y el modo en que expresan su emocionalidad.

Pero, ¿en qué momento esto deja de ser aula y se convierte en sociedad?. Lo primero a entender es que en términos cognitivos el niño o niña está propenso a disminuir su desempeño escolar debido a su forma de percibir y procesar la información que reciben poniendo énfasis solo en cuestiones generales sin detenerse en los detalles, esto implica que se ve intervenida la capacidad de análisis y de la mano con esto inconvenientes para dar diferentes alternativas de respuesta o solución a un problema, es decir, son mucho más concretos al momento de la toma de decisiones.



FUENTE: GUÍA DE COMPRENSIÓN Y DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE APOYO, DESDE UN ENFOQUE INCLUSIVO, EN NIVEL DE EDUCACIÓN BÁSICA, 2009.

De acuerdo al esquema, se clarifica que la información principal no necesariamente es priorizada ni considerada significativa en torno al aprendizaje lo que además de desorganizar el conocimiento que recibe el niño o niña genera una baja en el rendimiento académico, otorgando la mayoría del tiempo respuestas mecánicas e insuficientes aun cuando no son fructíferas para el proceso. Esto es sustancial, pues la escuela debe ser un espacio lleno de oportunidades que en la práctica de ensayo y error se construya el conocimiento pero la realidad es que este se ve permeado por lo que este mismo espacio esperan de un estudiante modelo, vale decir, no basta sólo con esfuerzo y adecuación a la sala de clases sino que el docente como sujeto a cargo tiene una noción instalada de cómo debe funcionar la dinámica y las respuestas que un niño o niña debe otorgar según la materia, nivel o

medida en la que corresponda. Por supuesto esto viene a generar una tensión, si reparamos en lo que se ha planteado en primera instancia el trabajo individual del niño o niña con TDA se califica como deficiente y junto a esto el trabajo grupal se ve polarizado por la separación de quien puede o no colaborar grupalmente con otros, dando la primera connotación negativa al portador de TDA y en segundo lugar estos niños y niñas demoran un poco más que el común en adaptarse impulsando la marginación de sus pares por las conductas que desarrollan de naturaleza más impulsiva rigidizando el funcionamiento de la comunidad educativa que pone el foco en ellos y ellas convirtiéndolos en la excusa y justificación a los problemas.

Si se piensa desde donde debemos situarnos frente a esta coyuntura con ligereza es más fácil comprender desde el rol docente, donde un lugar se ve sobrepasado por niños y niñas que interrumpen la clase, que no obedecen y escapan al modelo a seguir y que no cuentan con las herramientas necesarias para realizar algún tipo de intervención que no exponga a los sujetos a un enfrentamiento de poder, pero esta es la posición ventajosa. Para ser más claro entenderemos que el enfrentamiento entre un escolar y su familiar frente a un establecimiento educacional es -en cuestión de dimensiones- diferente, la respuesta siempre será perjudicial para uno más que el otro y sin dar mayor vuelta sabemos que el perjudicado es el estudiante, pero no se logra una mayor objetividad ni análisis porque no nos posicionamos del otro lado. El Ministerio de Educación (2009) en su enfoque de apoyo manifiesta que una manera de trabajar en estos casos es reconocer las capacidades creativas y por tanto alternativas de los niños y niñas con TDA, potenciarlas y ponerlas al servicio de su desarrollo y aprendizaje para que pueda incorporar aquello que se imparte desde las mallas curriculares permitiéndoles a los docentes y encargados de la comunidad educativa lidiar con todos los estudiantes en ocasiones de conflicto, por supuesto esto implica una nueva apuesta y una reformulación del trabajo escolar cambiando de óptica y responsabilizando a todas las esferas en las que se desarrolla un sujeto, para este caso la escolar, la afectiva y la social.

Introduciremos a esta propuesta el factor familiar, respecto de lo que se ha anunciado las causas del TDA son principalmente genéticas y neurológicas pero debemos abrir el campo a los aspectos psicosociales que se presentan, los componentes ambientales son tan importantes como la comorbilidad, vale decir, el nivel socioeconómico, la violencia, estrés, dinámica familiar, etc repercutirán directamente en el desarrollo del sujeto siendo determinantes en la prevalencia de la desorganización. Para esto es crucial el apoyo familiar, es difícil pensar que una situación se pueda superar sin algún tipo de soporte emocional cualquiera sea su envergadura, por tanto la capacidad de avanzar y centrarse en las fortalezas aun cuando se conocen debilidades queda a cargo del contexto familiar quien actúa como guía en la confrontación de escenarios de inconveniencia y apoyo en la construcción del autoestima.

Desde la neurobiología se comprende que parte de este conflicto organizativo es el autoestima del niño o niña y la afirmación del yo, poniendo en crisis su construcción como sujeto enfrentado a situaciones de vulneración como un constructo social cristizador de su comportamiento que lo encaja como *problemático* conllevando dilemas adaptativos, fatiga a los múltiples estímulos y dando respuestas a huella del estigma que se le adjudica. Garrido (Trastorno de déficit de Atención y/o Hiperactividad. Abordaje multidisciplinar, 2012) expone que no existe voluntariedad de inatención ni desobediencia, sino que estas son provocadas por la dificultad de atender detalles o particularidades de diversas situaciones, por lo que las conductas no son parte de una *maña o pataleta*.

Con esto el autor expresa que la motivación tiene gran incidencia, esta será una causa deliberante para que el niño o niña permanezca en lo que está haciendo y pueda dar término a algo. ¿Por qué es importante la motivación? de llevarse a cabo la tarea el sujeto comprenderá que finalizó con éxito lo que se le propone y sin importar cuánto tiempo haya tomado percibe que consiguió un objetivo dejando atrás la sensación de fracaso provocada por los criterios de suficiencia dando una base un poco más estable para su autoconcepto, a menudo los niños y niñas con

TDA deben esforzarse para no caer en el círculo vicioso de la motivación y mantener las expectativas que tienen frente a sus propios propósitos, pero esto no se ve apoyado por la institucionalidad.



FUENTE: GUÍA DE COMPRENSIÓN Y DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE APOYO, DESDE UN ENFOQUE INCLUSIVO, EN NIVEL DE EDUCACIÓN BÁSICA, 2009.

Una de las principales fuentes de desacreditación de una persona es el rendimiento escolar despertando así el sentimiento de rechazo a temprana edad, poniendo en comparación a los que tienen algún tipo de dificultad con quienes no las tienen, esta estructuración y funcionamiento es desalentadora tanto para la comunidad educativa como para el sujeto ya que pone en jaque la marcha del proyecto educativo al que se apega cada institución y golpea de manera directa al niño o niña y su inseguridad crece, obligándolo a no creer en sus capacidades.

La integración de un niño o niña con TDA resulta dificultosa en sus grupos de pares, desplegando mecanismo de defensa como actitudes desafiantes, autocráticas e incluso aislamiento. Por eso la importancia de la familia, pues este es el espacio de prueba donde ellos se relacionan directamente con adultos, percibiendo que es en este plano donde existe una disputa constante entre las imposiciones y la *desobediencia*, teniendo que controlar su impulsividad. Este es el

medio donde surjan las buenas ideas, la versatilidad y resiliencia para que con impulso estas puedan ser desplegadas en áreas de menos confort, pero para eso hay que visualizar pasos previos como entregar reconocimiento frente a lo que hace para erradicar la acumulación de frustración.

A esto apunta la importancia de investigar los factores protectores que desarrollan los niños y niñas con TDA en sus diferentes contextos con una visión mucho más amplia e integral, percibiendo otras capacidades en ellos que los ayudan a establecer vínculos relacionales de otras formas, desde el momento en el que los inician hasta el cómo mantenerlas en el tiempo.

Esta investigación está ligada al Centro de Atención Psicológica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, la que hoy dispone de convenios con colegios de niveles básico y media. A esta institución ingresan muchos casos por derivaciones de estos establecimientos con diagnósticos psicológicos previos de TDAH, descontrol de impulsos y resistencias escolares.

2. Preguntas de Investigación

- 2.1. ¿Qué capacidades resilientes desarrollan los niños y niñas entre 7 y 13 años, con trastorno de déficit atencional que asisten al Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano?
- 2.2. ¿Cuál es la opinión que tienen los psicólogos del Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano profesionales del proceso terapéutico que desarrollan los pacientes entre 7 y 13 años, para el abordaje del trastorno de déficit atencional?
- 2.3. ¿Cómo enfrentan las madres el proceso terapéutico que desarrollan sus hijos o hijas de entre 7 y 13 años en el Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano?

3. Objetivos de Investigación

3.1. Objetivo General :

Describir las capacidades resilientes que desarrollan los niños y niñas entre 7 y 13 años, en el proceso de abordaje del trastorno de déficit atencional en el Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

3.3. Objetivos Específicos:

- 3.3.1. Reconocer factores familiares y psicosociales que favorecen las capacidades resilientes en niños y niñas entre los 7 y 13 años con TDA.
- 3.3.2. Identificar la opinión que tienen psicólogos profesionales respecto a si los niños y niñas entre los 7 y 13 años desarrollan o no capacidades resilientes en el proceso terapéutico de abordaje del TDA.

3.3.3. Identificar si existen o no redes de apoyo complementarias para niños y niñas diagnosticados con TDA entre los 7 y 13 años.

4. Hipótesis

Hipótesis N° 1

- Las madres son el principal factor protector de los niños y niñas diagnosticados con TDA, en tanto apoyan sus procesos de aprendizajes aun cuando no logran una comprensión integral del proceso al cual se enfrentadas.

Hipótesis N°2

- Los establecimientos escolares no contribuyen de manera íntegra al desarrollo las capacidades resilientes de los niños y niñas diagnosticados con TDA, pues priorizan el rendimiento académico por sobre el aprendizaje mediante las experiencias de socialización.

5. Estrategia metodológica

La investigación que se realiza es de enfoque cualitativo, permitiendo observar al objeto de estudio en su contexto natural. Esto será primordial para entender, es este caso, conductas relacionadas al TDA, capacidades que manifiestan los niños y niñas, y las diversas acciones y reacciones que presentan sus familias y el entorno donde se desenvuelven.

La orientación general de este trabajo será cualitativa destacando el estudio de los fenómenos de formas flexibles dando acceso a las interpretaciones entre respuestas y teorías presentadas durante la investigación, con una clasificación holística que busca reconstruir la realidad tal como la observan los actores en cuestión, facilitando la inserción y reconocimiento de los contextos en los que los sujetos se desarrollan abriendo la posibilidad a la premisa que *existen muchas realidades*.

Frente a esta realidad este estudio en primera instancia será de carácter exploratorio, la que de acuerdo a Sampieri (2014) consiste en términos concretos en examinar un fenómeno novedoso, que ha sido poco estudiado o no se ha abordado con anticipación. En cuestión de la disciplina el Trabajo Social no se pronuncia respecto al abordaje del Trastorno de Déficit Atencional y tampoco se posiciona en la posibilidad de generar algún tipo de intervención, apartando la problemática a materias como la Psicología o la Neurobiología.

El hecho de que sea de orden exploratorio proporcionará antes que todo información sobre el fenómeno, las tendencias a las que este obedece y se identifican los contextos en que se manifiesta pero esto irá acompañado posteriormente de un orden descriptivo. De acuerdo al mismo autor, los estudios con este carácter consisten en describir sucesos, fenómenos o contextos aportando un entendimiento tal que permita conocer cómo son.

La naturaleza descriptiva permitirá indagar de forma más detallada el fenómeno facilitando la definición e identificación de sus propiedades, esto con el fin de comprender cómo interfiere la temática y qué impacto genera en las diversas realidades, por lo que además de conocer un área nueva para el Trabajo Social, se busca definirla de modo que se haga visible.

El marco teórico de acuerdo a este tipo de enfoque no tendrá una teoría de base, sino más bien presenta diversos autores que ayudan a comprender la realidad con distintas perspectivas. Si bien no hay proceso u orden estrictamente establecido la particularidad de este planteamiento es que va conociendo variables específicas que se abren al campo de las ideologías. Sin duda esta es una de las características más relevantes para el Trabajo Social, considerando que la mirada interdisciplinar es fundamental para interpretar contextos que incluyen múltiples factores que son constantes o participantes en la formación de cada situación específica, además de dar la relevancia necesaria a las sujetos, sus perspectivas y vivencias. En esta lógica se enmarcan las necesidades que sólo ellos reconocen de mejor forma y el

orden de prioridades que establecen en su cotidianidad, las formas de vinculación con otros y el entorno, validando su discurso desde las teorías.

Este proceso es parte de la recolección de datos, donde lo dicho y observado será fundamental, es importante destacar que esta metodología no utiliza una medición estadística o numérica.

Finalmente según Sandoval Casilimas (2002) la investigación cualitativa nos permite poner el interés en la intersubjetividad, la construcción de la realidad humana y social, desde el pensamiento, la interacción y el lenguaje. Esto fomenta el proceso de contextualizar y generar un marco referencial en conjunto con un otro investigado sobre un fenómeno en el que se ve implicado o que le atañe directamente.

5.1. Tipo de Estudio

Como se aludió en los párrafos anteriores este estudio será exploratorio y descriptivos entendiendo que *“los estudios exploratorios sirven fundamentalmente para descubrir y prefigurar, los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación”* (Sampieri, 2014;92) y en este caso funcionarían de forma complementaria mostrando las múltiples dimensiones de la realidad que se ven expuestas y las variables que abarca.

5.2. Unidad de Análisis

La unidad de a analizar son aquellos niños y niñas diagnosticados con Trastorno de Déficit Atencional que asisten a psicoterapia o atención psiquiátrica en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Para efectos de la investigación las entrevistadas serán las madres, quienes acompañan el proceso terapéutico de sus hijos pudiendo recibir así de primera fuente la información de acuerdo a los tópicos presentados en la

operacionalización de las variables, esto permitirá tener información directa y subjetiva respecto al desarrollo capacidades de estos niños y niñas y los diferentes escenarios en los que se desenvuelven.

Y en una segunda instancia se entrevistará a los terapeutas con el objetivo de recoger la percepción que tienen desde su rol, también del desarrollo de los niños y niñas, abriendo espacio al análisis de las variables que ellos consideran intervinientes para su desorganización.

5.3 .Universo

El universo de estudio corresponde a la cantidad total niños y niñas diagnosticados con TDA que asisten de forma permanente y regular al CAPS. Esta cifra consta de 7 niños y niñas con edades representativas y correspondientes a las fijadas en la pregunta de investigación, lo que se traduce a 7 adultos o adultas responsables y 2 terapeutas, que son quienes dan atención a los casos.

5.4. Muestra

La muestra de la investigación será estimada a 5 casos específicos, de los cuales 3 son madres de niños diagnosticados con TDA y los 2 restantes son terapeutas de ellos. El sesgo de ese estudio estará marcado por la cantidad de personas entrevistadas.

De los 9 casos que constituía la totalidad del universo a investigar, sólo se hará efectiva la entrevista a la mitad de este dadas las condiciones enfrentadas por el Centro de Atención Psicológica. Durante el período que se realiza la investigación el establecimiento de educación superior atraviesa una fase de movilización que afecta directamente al CAPS y sus dependencias, lo que conlleva a que de los 7 casos que se realizaban terapia 4 deserten.

A pesar de la insistencia del espacio que presta servicio a la comunidad por mantenerse en contacto las propias madres declaran que no están interesadas en volver a asistir.

5.5. Técnica de Recopilación de Datos

La técnica de recopilación de datos permite recabar información medible de las variables que se presentan en el problema de investigación. En este caso se utilizan entrevistas semi-estructuradas que junto con una pauta guía dan acceso a recoger apreciaciones y opiniones de la temática en concreto, sin evitar que se presenten otras consideraciones de los entrevistados. Esta pauta de preguntas garantiza el abordaje del tema, sin alejarse del marco planteado por la pregunta de investigación, pero a su vez se pueden presentar reflexiones en profundidad de quienes interactúen en la instancia del diálogo.

5.6. Técnica de Análisis de información

La información será procesada en un análisis categórico donde el contenido recogido se examina por medio de los mensajes emitidos, separado en diferentes contenido para visualizar y comprender de mejor forma el fenómeno con el fin de objetivar la comunicación, poner en contraste las teorías presentadas y elaborar junto con las entrevistadas elaborar nuevos entendimientos sobre la realidad y posteriormente concluir sobre el proceso.

6. Variables (Ver Anexo n°1)

- Capacidades resilientes
- Trastorno de Déficit Atencional

PRIMERA PARTE MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

Trastorno de Déficit Atencional: atención y desatención involuntaria

En este primer capítulo se presentan los dos principales ejes de esta investigación -Trastorno de déficit atencional y Niñez-, con la intención de entrar de lleno en la comprensión de lo que implica hoy este fenómeno tan recurrente.

En esta primera parte se exponen la definición y en qué consiste el TDA, algunos de sus aspectos más relevantes para este estudio y la vinculación con la infancia intermedia, donde se establece la relación directa entre ambos factores.

Para esto, es importante revisar algunas descripciones sobre el período -entre 7 y 13 años- de la niñez y la repercusión que conlleva ser portador de estas características estigmatizante en los diferentes contextos relacionales.

1. Trastorno de Déficit Atencional

Tal como señala la Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (2010) desde la psicología existen los llamados Trastornos externalizados, o por mucho tiempo trastornos de la conducta, que rodean el entorno del niño o niña y perjudican su desarrollo de forma negativa haciendo más compleja su adaptación al medio.

Este tipo de trastornos son de origen mixto, vale decir su componente es tanto biológico como psicosocial, por lo que resulta importante el estudio de ambos factores para comprender mejor la realidad a la que se ven enfrentados estos niños y niñas.

El síndrome de desatención tiene alta prevalencia en el mundo, se habla de sobre-diagnóstico como método homogeneizante de control social,

determinando el cómo debe comportarse un niño o niña de acuerdo a su etapa de ciclo vital y la laboriosidad que debe mantener para ser un potencial eficiente. Así, en la actualidad se encuentra ligado a dificultades de tipo sociales (como pobreza, delincuencia y consumo problemático) y psicológicas (otros tipos de trastorno, baja autoestima, conflictos de afectividad, etc), entregando una carta de presentación que enfatiza las características negativas del individuo.

Considerando la definición presentada al inicio de esta investigación *“el trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo desde el punto de vista clínico y pronóstico. Se caracteriza básicamente por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño y sin carácter propositivo”* (Fernandez-Jáen, 2012:4). Esta nos ayudará a comprender aristas de este fenómeno como la involuntariedad de ciertos comportamientos que en la actualidad resultan lapidarios para describir a la persona.

Como señala el autor, existe una real dispersión en términos atencionales que dificultan la posibilidad de que el niño o la niña se centren en un objeto o función particular, así como el renombrado descontrol de impulso que genera un gasto de energía mayor y demanda interés sobre el movimiento que se está haciendo. De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (2002), en adelante DSMIV, esta alteración se clasifica en tres subtipos diferentes; el primero de tipo combinado que presenta inatención, impulsividad e hiperactividad (TDAH-C), el segundo con énfasis en la hiperactividad (TDAH-H) y el tercero con mayor preponderancia en el déficit de atención (TDAH-I), la diferenciación en psiquiatría y el área clínica es primordial, ya que, mientras más específica sea la patología mayor control se puede tener sobre ella y dar un posterior tratamiento, pero el escenario real es que con o sin tratamiento es posible trabajar en diferentes áreas y formas partiendo siempre desde el recurso.

El síntoma principal de esta condición es la obstaculización de poder atender a detalles específicos, lo que restaría -en lo cotidiano- herramientas para dar

solución a un conflicto. Garrido y Nieves Herranz (2012) apuntan a que en un entorno lleno de estímulos al niño o niña le cuesta mayor trabajo responder a ellos, viéndose enfrentados a un escenario aún más amplio de posibilidades donde lo hacen de manera insuficiente sin la voluntariedad de realizarlo a medias, sino más bien de contestar lo mejor posible generando reacciones en las diferentes esferas de su vida.

La exposición de los niños y niñas diagnosticados con TDA es aún mayor cuando se enfrentan al rechazo o prejuicio de *él que no trabaja* por desarrollar un comportamiento cambiante y no el *normal*. Es aquí donde se debe hacer la diferencia, ¿qué es lo que permite reconocer a un niño realmente distraído de un hiperactivo (entiéndase por establecido anteriormente como TDA/TDAH)?

Sin duda que no es fácil identificar a un sujeto con estas características particulares, que no son solo estos tres campos de los que tanto se habla, también se encuentran percepciones distintas en los sentidos del gusto, visión y tacto, los procesos cognitivos, los modos de aprendizajes y comunicación, y más cuando las instituciones formales empujan la patologización de toda conducta que escape de la norma permitida dentro de los muchos tipos de contextos. Por regla casi general (mayoritariamente en establecimientos educacionales) las pautas de comportamiento deben ser lo más insípidas posibles, sin embargo en estas circunstancias la desigualdad la marcaran los patrones reiterativos.

Es decir, la población común de los niños y niñas entre 7 y 12 años muestran plasticidad en sus movimientos, ganas de jugar, desinterés general por actividades académicas e interés por ocupaciones más dinámicas, pero la intensidad de estas es lo que determinará alguna posible variación. La frecuencia con la que se intensifiquen estas singularidades condicionarán las repercusiones en el desarrollo del individuo y su forma de relacionarse, entonces *“cualquier niño puede presentar de forma aislada y transitoria dichos comportamientos, pero estos síntomas no tienen porqué constituir un trastorno por sí mismo”* (Félix Mateo, 2005:220-221).

Parte fundamental de este desorden atencional se orienta a las funciones ejecutivas del ser humano, lo que implica que la desorganización existente que provocan los múltiples estímulos no les permite llevarlas a cabo en su totalidad.

Para desarrollar mejor esta idea, se entienden las funciones ejecutivas como tareas específicas que se realizan orientadas a una meta (Ibíd.) llevándose a cabo de manera concreta. Estos quehaceres requieren un tipo de orden implícito que contribuyen al cumplimiento de normas y adaptación al medio ambiente, cuando esto no ocurre la convivencia con otros suele ser más engorrosa. Un niño o niña con perfil TDA tiene inconvenientes para conseguir o alcanzar ciertas normas, seguir instrucciones, iniciar y finalizar tareas de forma rápida, mantener la atención sin distracción, pasar de un punto de vista a otro y organizarse sin que esto le produzca algún tipo de angustia, estrés o sensación desagradable porque se ve forzado a trabajar con sistemas que no son los adecuados para él o ella.

Lo interesante de estas pautas de comportamiento es que no pasan por la voluntariedad del niño o la niña, sino que más bien es su forma de contestar a los impulsos estresores o que parecen perjudiciales con los recursos que ellos cuenta. El no finalizar una idea, seguir una orden o tener una rápida movilidad idearia es una contrariedad involuntaria que se presenta en momentos donde la ansiedad, la presión y los múltiples agentes externos confluyen provocando una mayor distracción y desorden en su bosquejo mental.

1.1. Atención y Desatención

Al hablar de atención debemos retomar la idea de voluntariedad. Es vital vislumbrar que la atención y desatención en este caso no es opcional, no se trata de los objetos u objetivos que el niño quiera tomar en cuenta y las tareas que desee realizar, es más bien un camino donde el sujeto transa una cosa por otra. Cualquier situación puede ser un distractor, esto quiere decir que en un momento dado la labor que se está realizando se va a ver interceptada por otras y aquí es donde ocurre el conflicto.

Mientras se hace el cruce entre dos acciones, el niño o niña se ve atraída por la que contenga mayor dinamismo olvidando por completo lo que hacía anteriormente, esto se sumará a la lista de cosas inconclusas, pero a diferencia de las demás personas la motivación cambia junto con la acción induciendo a que lo que se ejecutaba con anterioridad no se vuelva a continuar.

De acuerdo a lo presentado por Janín (2007) la motivación se pone en juego, al hablar de atención ésta la describe como proceso del sistema nervioso que posibilita la focalización hacia un elemento particular, anteponiendo un factor por sobre otros para no crear un colapso de las experiencias sensoriales en la cotidianidad. La autora hace la diferencia entre dos tipos de atención; la primera es la *sostenida* haciendo referencia a una constante, existiendo una conexión persistente con todo y la segunda es la *selectiva*, la cual como se ha mencionado antes supone priorizar un factor por sobre otro(s).

Es en este segundo tipo es donde se encuentra el obstáculo, la atención selectiva incluye posponer los intereses más latentes por fijarse sólo en uno por un tiempo extenso, rigiéndose más por un patrón de obediencia que de motivación lo que tendrá un efecto tedioso, aburrido y poco estimulante que pondrá en jaque al niño o niña entre lo que debe y quiere. El producto de esto en definitiva, no es la prevalencia de una labor a medias para ser retomada, sino más bien para ser olvidada y dejarla incompleta.

1.2. Hiperactividad e Impulsividad

Si bien la hiperactividad e impulsividad se encuentran en tipos combinados dentro del síndrome, son factores que se manifiestan de formas diferentes en el desarrollo del ser humano. La hiperactividad constituye un comportamiento con movimiento excesivo, permaneciendo en inquietud e intranquilidad constante como el saltar, correr, trepar, etc en reiteradas ocasiones.

Por otro lado la impulsividad esta marcada por la impaciencia que desarrolla el niño o la niña frente a situaciones cotidianas que para él/ella parecen transcurrir de manera más calmada, esto se traduce en respuesta precipitadas, seguir instrucciones o normas y esperar.

Ambos factores influyen de modo que los estímulos externos o ambientales son siempre novedosos y excitatorios, promoviendo recurrentemente la motivación por hacer cosas nuevas o por explorar el objeto que emerge. Esto provoca la oscilación de una acción a otra y la incesante comunicación oral que presentan. Estas cualidades tan típicas de los niños y niñas con TDA son cruciales en su inclusión, la realidad es que a menudo son rechazados y enjuiciados por *la incapacidad* de mantener conductas sociales aceptadas, marginandolos de ante mano en muchas instancias de interacción con sus pares.

1.3. Comorbilidad

Con anterioridad se ha indicado que entre las causas del TDA están presente componentes neurobiológicos que determinan hasta algún punto el comportamiento de los niños y niñas, esto sin haber un manual de características específicas que se manifiestan durante el desarrollo de este desorden. Si bien, hay indicaciones generales del cómo y qué hacen los sujetos, se debe comprender que el modo en que se exteriorizan va a depender únicamente del caso a caso y las condiciones en las que se encuentre el ser humano.

Con esto, es importante hacer hincapié en que el sujeto está conformado por múltiples dimensiones como son la psíquica, neurológica, biológica, afectiva, cultural y social. Estas dos últimas aunque no se reconozca como influencia oficial por los psiquiatras, son dos áreas importantes que podrían ayudar a entender mejor las diferentes situaciones.

En general la comorbilidad es un concepto acuñado con el fin de referirse a otras patologías asociadas a un diagnóstico inicial. Como se menciona en el

principio de esta investigación el TDA va asociado a estrés, depresión, trastornos de ansiedad, problemáticas de afectividad, autoestima, etc. Pero también se encuentran variables contextuales como la pobreza, vulnerabilidad social, consumo problemático de sustancias, espacio físico donde viven, cómo viven y vif.

Si bien, estos factores no provocan el síndrome de atención actúan directamente, es sabido que un niño o niña que vive en una vivienda social, con un núcleo familiar de 6 personas en la comuna de La Pintana, no crece ni se desarrolla como aquel que habita un casa con un perímetro mayor, que con un patio pequeño donde jugar, mientras vive con 4 personas en la comuna de Maipú. Esto responde a cómo se desenvuelve la persona en diferentes circunstancias.

La necesidad de detenerse en este punto es principalmente poder transparentar realidades diferentes. Existen prototipos familiares que por mucho tiempo se impusieron como el status a adquirir -como la familia tradicional- pero lo cierto es que no hay un figura homogénea con respecto a estilos de vida. En el marco del buen vivir, son los del grupo familiar quienes determinen cómo hacerlo, de acuerdo a sus posibilidades, en que lugar, con quienes y a qué costo. Y estos estímulos son los que impulsarán a adquirir un estilo de vida (más allá de la que se tome) que los haga sentir seguros y cómodos.

La repercusión del ambiente puede aumentar o disminuir las particularidades de estos niños y niñas, considerando que un estado más hostil provocará mayores crisis en el/ella manifestándose a menudo con enojo, frustrado, distraído, preocupado, alerta y cambios de humor repentinos. En contraposición una atmósfera más amigable reducirá los niveles de ansiedad, permite mantener la concentración por momentos, que se relacionen con mayor amabilidad y que se sientan más seguros.

2. El rompecabezas de la niñez

2.1. Niñez y Emocionalidad

En primera instancia “*se entiende por niño a todo ser humano desde su nacimiento hasta los 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable la haya alcanzado*” (Unicef, 2006;10). Durante este período los 12 primeros años son la fase evolutiva donde el sujeto se convierte en ser social, desarrollando capacidades y habilidades que le permitan ser útiles propiciando su desempeño en acciones concretas.

De acuerdo al enfoque teórico de Piaget (Morris, 2005) se percibe que el aprendizaje cognoscitivo es un método de adaptación al medio que les permite conocer y explorar a través de la motivación del hacer. De modo más detallado el tiempo entre los 7 y 11 años lo determinó como *la etapa de operaciones concretas* donde disminuyen su egocentrismo y comienzan a considerar otros puntos de vista con respecto a cada situación particular y posicionarse desde la visión de otro(s).

Siguiendo la lógica de la exploración, Freud clasifica esta etapa como latencia, la prioridad es el reconocimiento e interacción social, así las relaciones se fijan de acuerdo a los intereses propios y actividades en común que tienen con sus pares.

Según Vigotsky (1979) el desarrollo en sí mismo es un fenómeno social, dando prioridad a la interacción que los niños y niñas pueden establecer creando una dependencia entre la sociedad y el ser humano para crecer. Este autor refiere que existen tres momentos en los que el sujeto aprende; el primero es *el desarrollo real* donde la persona converge en los conocimientos que ya tiene, el segundo como *desarrollo próximo* que lo sitúa a hacer un actividad con ayuda de alguien para después realizarla solo y el último, *el desarrollo potencial* que es donde observa lo que puede llegar a ser.

Estas tres perspectivas repasadas sobre el crecer, tienen en común el contacto con el medio e interacción con un otro. En la niñez intermedia es importante el cimentar los pilares para poder relacionarse, es en esas redes cercanas donde el niño o niña se siente acompañado, incluido y validado. Ahora en el caso de la niñez vinculada al TDA es un poco más complejo.

En conocimiento de las singularidades conductuales mencionada antes de estos pequeños, se debe subrayar que sus relaciones son menos estrechas, por su carácter impulsivo, sus amistades son menos duraderas, tienden a ser negativos y mucho más desafiantes ante la autoridad. Experiencias como el compartir y jugar dan un vuelco repentino en tanto se manifieste una reacción eufórica que cause el rechazo de otros, impactandolo de tal manera que la frustración será su primera respuesta.

La emocionalidad juega un rol primordial, ya que, se sabe que un niño o niña no tiene ni debe manejarla y que son mucho más humanitarios e impresionables que un adulto. Esto refleja una mayor sensibilidad y captación de estímulos afectivos, viéndose afectados con mayor facilidad, cambiando de humor repentinamente, culpando a los demás, etc.

Un elemento fundamental en el área afectiva de los niños y niñas con TDA es el autoestima, interpretandola como los juicios y cariño por sí mismo. Esta supone ser un eje crucial en la vida de toda personas, pues implica sentirse capaz y estará profundamente en relación con la necesidad de ser valorados y queridos. En esta etapa el niño o niña requiere del reconocimiento de sus acciones, son estas opiniones o comentarios lo que impulsa a crearse un autoconcepto, vale decir, mientras mejor y más importante sea la percepción de otros hacia él, mayor es el aprecio y respeto por el mismo. (Rogers, 1951 en Castex, Montecinos y Quiroz, 2002)

Ahora, el polo opuesto a este amor por sí mismo, es el autorechazo emitido por un juicio cruel, duro e incluso lapidario llevando a descalificaciones que limitan la

realización personal. La mirada de los demás, la mayoría de las veces permite hacer una introspección de lo que se hace y de qué forma, cada persona establece su forma de comportarse y en qué medida permite que el criterio de un otro influyan en él. En el caso de los niños y niñas con desantención, son de círculos cercanos pequeños, tienen pocos amigos debido a los vínculos laxos que afianzan lo que les dificulta el relacionarse. A causa de esto están dispuestos a experimentar situaciones límites como por ejemplo culparse para salvar a alguien, asumir castigos que no les corresponden, etc solo con el fin de mantener esa correspondencia con terceros.

Orjales (1998 en Sances 2009) destaca que los niños y niñas con este perfil suelen recibir retroalimentaciones más negativas de acuerdo a sus prácticas y capacidades, creciendo mucho más expuesto al fracaso y malas experiencias. Esto genera una sensación de estar indefenso, de incapacidad (que a veces ellos la manifiestan verbalmente), miedo, ansiedad, arrogancia y/o frustración exteriorizando sus malestares o dolencia emocionales construyendo una autoestima negativa.

2.2. Otros contextos

Si reflexionamos en correspondencia a puntos anteriores, es claro que el sujeto como ser está compuesto por más de un campo. El ser en sí es la congruencia y confluencia de energías múltiples que circulan desde dentro hacia afuera y viceversa, accediendo a conectar(se) con otros. Pero es real que algunos aspectos de la vida ya se encuentran conformados para que la persona se mueva dentro de ellos, así *“los hombres hacen su propia historia, pero no la hacen a su libre arbitrio, bajo circunstancias elegidas por ellos mismos, sino bajo aquellas circunstancias con que se encuentran directamente, que existen y les han sido legadas por el pasado”* (Marx y Engels, 1981:95). Por supuesto, esto no conlleva una determinación de vida, más bien se refiere a pormenores ya explícitos en la sociedad que puedan facilitar o dificultar el conseguir objetivos, metas y hacer lo que se quiere.

Entre estos espacios está la familia, el primer núcleo de interrelaciones e intercambio, el apoyo y la contención que brinda este escenario es crucial para la confianza que adquiere cualquiera de sus integrantes. Sin importar el tipo de familia (entiéndase monoparental, nuclear, extendida, etc) es siempre necesario el respaldo que ésta otorga. Sin duda que cualquier eventualidad que se enfrenta la primera fuente a la que se recurre es la esta.

Para este caso, la familia es el primer contexto en el que el niño o niña se enfrentará a situaciones que luego son reproducidas de forma estructural funcionando como la conocida metáfora de la *esfera pública y privada*. Aquí los individuos enfrentan figuras de autoridad, reciprocidad entre pares (si es que tienen hermanos), deben aprender a compartir, a pedir ayuda y forman su criterio de acción de acuerdo a las opiniones de sus adultos significativos. Este lugar es el que los acoge y en el que pueden resignificar experiencias que les puedan parezcan adversas, en resumen esta es su zona de confort.

Un segundo contexto a revisar es la escuela, otro ambiente de convivencia donde se intercambian aprendizajes (no sólo cognitivos), parte de esta vivencia es poder congeniar con otros, trabajar en grupo y recibir críticas. Al parecer en la niñez este último factor es más complejo en tanto la apreciación no se realice de la forma correspondiente.

Es cierto que el establecimiento educacional es el lugar donde los niños, niñas y jóvenes pasan mayor tiempo, utópicamente este debe constituirse como el principal garante de derechos. Los individuos situados en este contexto tienen disposición a participar y a trabajar en conjunto. Por supuesto, esto depende del cómo socialicen y con quienes.

La educación formal como herramienta debe contribuir al desarrollo del pensamiento, análisis y reflexión, pero en la actualidad las normativas educacionales se han rigidizado transformándose en un campo de exigencia constante que produce agotamiento y estrés. Para los niños diagnosticados con

TDA el cursar esta etapa fomenta progresivamente la ansiedad en sus comportamientos, la competitividad que el colegio demanda les genera altos fracasos en su ímpetu por forzarse a realizar las cosas de la manera debida.

Actualmente el colegio no se constituye como una herramienta de apoyo, sino más bien un centro donde los niños y niñas con o sin TDA se ven expuestos a proyecciones y criterios de suficiencias, que en un futuro les permitan ser productivos, aquí radica parte de la formación que imparten estas instituciones. Hoy el principal objetivo es la homogeneización de los sujetos y prepararlos para un trabajo donde se desempeñen los más eficientes posibles

2.3. Otras capacidades

Generalmente a los niños y niñas con TDA se les clasifica de la misma forma, señalándolo de distraído, difícil, incontrolable, desobediente, desafiante, etc. Si se caricaturizan las descripciones hacia ellos corresponde a un monstruo. Pero ¿qué pasa con las habilidades que posee? la costumbre de visualizar a un otro desde lo que le falta y no desde lo que tiene no nos permite reconocer aptitudes y cualidades positivas, la mirada del recurso no es una perspectiva recurrente y mucho menos instalada en un sistema social competitivo.

Lo real es que, por mucho que se les apunte hay consideraciones en torno a ellos que no se deben dejar pasar. Dentro de su amplia y frágil atención existe la capacidad de poder prestar esa misma atención a muchos estímulos a la vez, esto explicaría porqué un niño o niña no atiende de inmediato cuando se le habla o llama, son portadores de una energía inagotable y una memoria visual/auditiva extraordinaria, tanto que esta aptitud le permite aprehender sin tomar nota o escribir la información o contenido. González de Mira (1997 en Korzeniowsk e Ison, 2008) indica haber observado durante una investigación lo creativos y sensibles que se muestran, comprometiéndose intensamente con personas que quieren o proyectos en los que voluntariamente deseen participar.

CAPÍTULO II

Estigma y Resiliencia: visiones contrapuestas

A continuación, en este segundo capítulo se exponen tres categorías sociales diferentes para comprender mejor el enfoque de esta investigación.

El estigma y la resiliencia pueden parecer contradictorios, pero existe una correlación entre ambas esferas. Dentro de los fenómenos sociales siempre está en juego la aceptación que generan las pautas o hábitos que tiene cada quien, esto determina la inclusión o exclusión que se brinde a un sujeto en un lugar y espacio determinado. A esta complejidad se ven enfrentados quienes a menudo se expresan con mayor libertad, sin prejuicios y menos control en su actuar, enjuiciados por aquellos clásicos humanos que no permiten margen de error. Para eso el concepto de resistencia se revisará, con el fin de entender cómo actúan los sujetos y en qué postura se encuentran situados.

La disyuntiva de esta sección será el identificar en estas el porqué inhabilitar a alguien por no ser *normal*, la capacidad de anteponerse a estas aprensiones y como se contraponen al deber ser.

En este apartado se revisa de forma teórica a qué responden *estigma*, *resiliencia* y *resistencia* considerando descripciones ideológicas que presentan algunos autores con el fin de poder comprender mejor el Síndrome de Trastorno de Déficit Atencional desde una perspectiva más social.

1. Estigma: ideología del rechazo

La primera consideración que se debe tener presente es que el ser humano es un sujeto heterogéneo, que se emplaza de acuerdo al contexto, lugar o esfera que deba enfrentar y situándose siempre desde lo que transmite directamente sobre sí mismo a otros.

Desde esta entrada, se hará una detención a reflexionar que de modo consciente o inconsciente el individuo se encuentra definido por pautas de actuación socialmente aceptadas. Las relaciones entre personas y su estilo de interacción construirán un mundo de significaciones compartidas que conformen un criterio de ejecución aplicable a todo índole de cosas. Para esto es necesario entender que la identificación de un sujeto está dada por las características personales frente a las de otros, que ponen en contraste las congruencias o incongruencias de estereotipos con el propio permitiendo la relación entre personas distintas sin la necesidad de comprenderse mutuamente de manera más profunda de lo habitual.

Esto da paso a la categorización social explicando así la sociedad como una instancia de parámetros de comportamientos -correspondientes al deber ser-, Goffman (2006) comenta, a propósito de esto, categorías complementarias que conciernen atributos aplicables a cada escala según los rangos fijados, siendo el medio social donde se instauran con mayor fuerza funcionando como guía modelo instalando prejuicios o expectativas de alguien que no se conoce realmente pero del que sí se espera algo.

Es aquí donde la referencias de los diferentes atributos con los que se cuenta toma importancia, se puede estar frente al reconocimiento o rechazo de algo simplemente por entender que aquellas características de identificación pueda ser desacreditadora o no para quien la posee es ahí entonces donde nace el brote del estigma, en consonancia con lo que se debe diferenciando y limitando lo que se quiere. Es de manifiesto que no siempre se alcanza la voluntad propia, en términos del comportamiento también es así, la lógica del estigma es la inhabilitación del otro a partir de una características chocante, entendiéndolo como alusión a un mal general que no necesariamente tiene especificación pero que estremece la conformidad del general. Aquí los vínculos cotidianos se ven interpelados por estas preconcepciones arraigadas al sujeto, permitiendo o no el tratar con otro(s) igual(es) o desigual(es).

Lo cierto es que la diversidad se encuentra en las muchas propiedades de cada uno, los atributos, carácter o idiosincrasia dan acceso a distinguirse unos de otros. Con respecto a este punto existen dos claras clasificaciones del proceder, el cómo ser *hombre y mujer*, cada una de estas categorías tiene cualidades precisas que se establecen en afinidad a crear apariencias opuestas. La mujer como prototipo de contención, sensibilidad y afecto asignándole la responsabilidad de ser sostén emocional en muchas de las instancias de la vida de un ser humano, determinando cómo comportarse frente a situaciones que requieren de especial cuidado a las que culturalmente entendemos que sólo ella está preparada para comprender, pero esto no es casual sino más bien responde al arquetipo de que lo femenino debe cumplir con roles como la maternidad, y en contraparte el hombre como figura de autoridad, poder y sustento. Este es un reparo importante porque así como en términos femeninos hablamos de sostén como algo vinculado solo a lo afectivo cuando hablamos de masculinidad el término es sustento haciendo alusión a lo económico.

Conforme a esto, el cómo presentar cada rol parental al niño o niña es de cuidado entendiendo que cualquiera sea el modelo a seguir lo asumirá como la forma correcta de actuar determinándolo a adoptar comportamientos que se inclinan a lo que él o ella conocen de acuerdo a su dinámica familiar, esto podrá facilitarle o no la relación con otros externos a su núcleo primario, dependiendo de qué tan rígidos o flexibles sean los papeles de cada uno de los miembros será la medida en la puedan adaptarse al medio.

Para esta investigación, es el comportamiento del niño/niña que está determinado, si bien este no se constituye de forma rígida se conoce que *un niño/niña normal* a quien sabe obedecer, quedarse quieto, no entrometerse, jugar sin realizar mayor alboroto y ser educado, en resumidas cuentas debe comportarse como un pequeño adulto casi con una subjetividad formada que le permita discernir entre lo moralmente correcto. ¿Pero a base de qué juzgamos el actuar de estos individuos?, la respuesta inmediata es la moralidad.

El autor (Idem) señala el levantamiento de una nueva teoría, *la teoría del estigma* fundada en una ideología colectiva que explica y justifica la discriminación hacia otro, sólo por sus singularidades que darían cuenta de una diferencia indeseable respecto al propio estereotipo que se pretende cumplir e incluso al que debiese cumplir otro de acuerdo al juicio personal y lo peligrosa que puede resultar la persona por tener principios diferentes que puedan representar una amenaza.

Los rasgos individuales en simples palabras, son los factores que dan el reconocimiento de otro, es decir, cada persona se destaca por como es y estas facciones personales son las que ayudarán a ver aspectos propios que sobresalen. La acción de sobresalir es lo que juzga y mide si la forma de comportarse es apropiada y conveniente de acuerdo al género, edad y espacio en el que se encuentre, mientras estas conductas diferenciadas sean notorias lo que rodeará al individuo será un campo de discriminación

Esta circunstancia posiciona a un sujeto en una relación de poder hacia un otro, a quien se apuntará invalidándolo en todo ámbito, el que no pueda controlar sus capacidades eminentes generará un entorno de evaluación constante que sólo fijará la atención en aquello que es más notorio, vale decir, el defecto. Socialmente nos encontramos en reiteradas oportunidades con esta apreciación, las estructuras generales nos indican que cuando un producto está defectuoso hay dos caminos; 1- el de la reparación, que requiere de mayor inversión y no asegura viabilidad y 2- el de la exclusión. Actualmente la figura aparente de las vinculaciones es en base a relaciones desechables, muy a menudo pueden encontrarse lazos por interés, conveniencia, comodidad, beneficios, etc transformándose en nexos utilitarista que no cumplen con la reciprocidad propia de un vínculo. Lo cierto es que este tipo de interacción siempre resultará desventajosa para alguna de las partes, por supuesto se asume que quien carga con el peso del perjuicio es quien se encuentre en cuestión.

Esta posición los detiene en una condición de inconveniencia viéndose disminuida su totalidad humana, ya que, de acuerdo a reglas generales hay cosas

negativas en él, que las enfatizan cada vez que se puede y que lo llevan a limitarse tanto en sus capacidades como en su forma de desenvolverse poniéndolo alerta a lo que los demás puedan decir de sus faltas. Así, el estigmatizado siente la inclinación de seguir el medio o la corriente y sostendrá las mismas creencias que los otros, culpando y cuestionándose lo que hace mal brindando legitimidad a las opiniones, cargando con la categoría que se le imputa y llevándola a cabo asumiendo que es su responsabilidad en vez de preguntarse por qué los demás no lo incluyen.

Si consideramos esto entenderemos que el estigma en primera instancia es social, dado que es una connotación que otros le atribuyen a alguien en específico pero que también es compartido. Una arista que no se tiene en cuenta es que la etiqueta interpuesta a alguien por aquella cualidad indeseable funciona como marca para el sujeto y quienes lo rodean. Miquel y Sáez (2010) en su tesis señalan que la familia es un factor cultural de trascendencia que no sólo actúa como agente afectivo sino social, esto apunta a que el espacio familiar conforma la personalidad de cada uno de los sujetos que pertenece a esta de acuerdo a la función que cada uno desempeña formando un carácter que se va a desplegar en las múltiples áreas en las que el ser humano se desarrolla por lo que la socialización dependerá de los hábitos y convivencia que los niños y niñas aprendan.

Así se comprende entonces que cuando el niño o niña es juzgado, también lo es su círculo más íntimo, se juzgan por ende sus formas de relacionarse, sus criterios, modales, costumbres, etc. Por eso el valor del estigma es altísimo, en términos morales radica en el autoconcepto y la mirada hacia otro, respaldando la convicción de *que si no encajas eres potencialmente extraño*. Un niño o niña con TDA se ve enfrentado a esta cruenta realidad, donde más que ser caracterizado es indicado por sus prácticas disruptivas, se les devalúa de formas ofensivas desacreditándolos por completo y plasmando en ellos patrones negativos.

Como se ha mencionado en instancias anteriores la prevalencia de hábitos son específicas en los casos diagnosticados con TDA, pues de acuerdo a las

opiniones que se vierten desde espacios e instituciones formales hacia estos seres humanos, ellos se ven en la obligación de responder a la cruz que se les carga. A esto se incluye el hecho de dar respuesta a aquello que les cuesta o se les dificulta buscando seguridad en un plano donde se sienten inferiores en comparación a otros que no presentan los mismo inconvenientes, dando espacio a una exposición mayor donde el espacio común dirige críticas duras hacia su comportamiento. El estigma juega un rol en la conformación de su subjetividad encontrándose de frente con comportamientos esperados a los que si o si deciden cumplir, no por opción sino porque de alguna forma (negativa por supuesto) esto les da un estatus y los ayuda a posicionarse en algún lugar de la escala social.

2. Resiliencia: volver a empezar

La adversidad en la vida del ser humano es una condición que se encuentra presente a lo largo de su existencia, la desventura de encontrarse en un momento determinado con contratiempos que puedan entorpecer el rumbo elegido a la hora de conseguir un objetivo, lograr una meta o simplemente crecer sin duda dificultan la placentera satisfacción de conseguir lo propuesto. Ahora bien, la capacidad de resistir y anteponerse a esas situaciones para continuar es lo que se conoce como resiliencia.

Este término acuñado se origina del latín

“resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (...) éste explica cómo las personas se sobreponen a traumas, estrés y riesgos en un momento determinado de su vida. Claramente el término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar a los sujetos que a pesar de haber nacido y vivir en situaciones de adversidad, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos” (Cyrulnik, en Saavedra, 2014;40)

Esta descripción, refiere que lo importante de un acontecimiento no es el hecho dificultad en sí sino la intento de volver atrás para iniciar de nuevo, poder reflexionar en base a la experiencia sucedida y retomar el sentido que se da a la acción con mayor fuerza para superar la dificultad y adquirir nuevas herramientas para la superación personal.

Pero según el propio autor (en Cyrulnic y Anaut, 2016) la resiliencia no es tan sólo una capacidad a desarrollar sino que se debe comprender cómo se desarrolla. Se habla de una experiencia sensorial por medio de la madre donde aquello que ella internalice será parte de un conocimiento previo del niño o niña que si bien no lo ha experimentado ya tiene noción, es decir, que si la madre se ve expuesta a un trauma, situación violenta, miedo o sentimiento de infelicidad el hijo o hija también tendrá un acercamiento a este tipo de sensaciones. Con esto se apunta a que como señala la definición presentada, la resiliencia tiene una adaptación para las ciencias sociales y su uso pero que ésta no sólo es una aptitud social sino que intersubjetiva, de alguna forma el reconocimiento de una capacidad resiliente en uno mismo o en otro debe contar con la habilitación de su existencia, así sabemos que ésta existe previamente porque fue transmitida por nuestra primera fuente afectiva, en este caso y de acuerdo a lo que se plantea es la madre.

Generalmente la mayoría de las definiciones exponen lo mismo, el IBBC (1991, en Ried, Riquelme y Rodríguez, 2004) habla de restaurarse después de un obstáculo, adaptarse y recibir lo ocurrido como una vivencia significativa. Parte importante de sobreponerse a situaciones de adversidad es generar o facilitar la capacidad de adaptación en el sujeto para que se enfrente al medio, esta es una de las finalidades que tiene la resiliencia pero por supuesto debe ir acompañada de otros quienes habiliten el *resilio*, de acuerdo a esto tendremos un funcionamiento compartido donde la afectividad será el motor de lucha conjunta para anteponerse a los escenarios.

Se dará por entendido, que un niño o niña nace siempre en contextos diferentes, pudiendo ser el entorno un factor influyente (de riesgo o no),

vislumbrándose a lo largo de su crecimiento en qué medida este espacio favorece o desfavorece su desarrollo. El ambiente global al que se ve enfrentado un ser humano debe poseer (idealmente) la capacidad de dar respuestas y satisfacer necesidades básicas como el abrigo, alimentación, contención, descanso, seguridad física, recursos emocionales y morales, entre otros. Estos indicadores podrían reflejar el nivel de vulnerabilidad al que el sujeto se ve expuesto.

De igual forma *“el término resiliencia está vinculado con situaciones de estrés, tensión, adversidad, situaciones traumáticas y no se le podría dar un origen claramente definido. Se podría decir que es algo inherente al ser humano, aun así, que exista resiliencia, no quiere decir que siempre se genere una solución positiva”* (Quintero, 2000 en Saavedra, 2014;41). Esta cita permite señalar la ambivalencia de la realidad, si bien la resiliencia es una capacidad innata de la persona, depende también de factores protectores y un espacio amigable donde pueda desarrollarse con libertad. Para esto la familia es esencial, esta debe ser la grupalidad donde el trabajo de resilio se impulsa a través de la exploración de nuevas soluciones a los problemas que se presentan en el cotidiano.

Como la resiliencia es una labor de resignificar es importante recalcar que la familia es el primer soporte para cualquiera de sus integrantes, pero para ello debe existir una de las personalidades que guíe o coordine la emocionalidad del grupo en general transformándose en una figura de protección capaz de entregar contención y tranquilidad frente a cualquier situación desestabilizadora. Es interesante retomar este punto, como se describe brevemente en el capítulo I, la familia es parte de los contextos que tiene como misión acoger al niño o niña y brindarles un espacio de confort, para esto se debe recordar que este es el lugar donde afianzan los lazos más estrechos y por ende la seguridad en las personas por medio de la comprensión y la acción de compartir.

Las relaciones que se generen dentro de este núcleo tienen a la base la reciprocidad de los afectos lo que marca figuras significativas entre sus componentes, esto quiere decir que para los padres sus hijos serán el motor de las

acciones que realicen en la vida cotidiana y a la inversa, los hijos significaran a sus padres como los adultos protectores, por supuesto la relación filial entre hermanos también es importante, muchas veces estos se convierten en un apoyo base para las decisiones al momento de enfrentar situaciones de conflicto.

Dentro del cotidiano la estructura de la familia viene a cuidar a cada uno de sus miembros de los estresores externos que constituyen la realidad de cada uno, pero para enfrentarlos sin mayor dificultad es necesario establecer enseñanzas hogareñas. Si se reflexiona sobre esto, las capacidades resilientes de alguien se desarrollan sin mayor certeza pero a base de los espacios de autocuidado de una persona, mediadas por quienes lo rodean y el ambiente en el que se desenvuelve permitiendo transformar cualquier infortunio o trauma en una historia sobre la que puede meditar y compartir cómo sobreponerse a ella.

Gómez y Kotliarenco (2010) invitan a comprender la resiliencia no desde el fenómeno inusual, sino como una capacidad universal que atiende a diferentes áreas y de diversas formas. Los autores refieren que lo esencial no está en la propia cualidad, sino más bien en la dificultad a la que se debe hacer frente para esto plantean que la adversidad es la base donde se debe reconocer el obstáculo y desde donde debe surgir la necesidad de superación conforme a una meta (cuando se habla de meta, se entiende la más simple como dar solución al conflicto) actuando de manera dinámica respondiendo al contexto histórico en que el que se presenta.

La búsqueda de la resiliencia, como se mencionó anteriormente se relaciona con la adaptación, ya que, de forma activa explora soluciones para recuperar el equilibrio que se vio intervenido por algún tipo de crisis, apuntando al crecimiento personal de la persona y la resignificación del episodio vivido. Sin embargo anteponerse a estos, como lo sugiere el término resiliencia no es tan fácil o práctico como se lee, para esto es necesario contar con una primera fuente que impulse las capacidades necesarias como resolución de problemas y autocrítica, para así en

una primera instancia tener un panorama claro de las particularidades que afligen a alguien en un momento determinado.

Esto es crucial en la vida de los niños o niñas con TDA, entendiendo que la forma más apropiada de afrontar la dificultad es desarrollarse en medio de una zona confortable que les permita resignificar las experiencias. En este contexto es que la imagen de aquellos guías que los niños y niñas logran identificar se transforman en figuras de autoridad y admiración, generalmente esto se visualiza en sus madres, padres y hermanos mayores que expresan y los orientan abiertamente respecto a valores, creencias y determinaciones, entregan firmeza, estabilidad, convicciones y plena confianza para desarrollar sus actos.

Estas características son constitutivas de un ambiente propicio en cuanto a desarrollo personal, individual y común convirtiéndose en evidentes factores protectores arraigados desde sus más profundas y cotidianas prácticas como son la preocupación hacia el otro, la expresividad, la constancia, el respeto, etc, y por supuesto los encargados de estas tareas son principalmente los padres, en tanto promueven el sentimiento de capacidad en sus hijos e hijas y la no limitación ante cualquier hecho. Entonces de acuerdo a esto la resiliencia será también familiar en tanto todos los integrantes del núcleo velen por mantenerse saludables y competentes bajo situaciones de presión que puedan ponerlos en riesgo, idealmente compartirán métodos de respuesta a lo que se les presenta permitiéndoles apoyarse y protegerse entre sí.

La educación que tiene como base la resiliencia y resignificación de sucesos fortuitos e inesperados, permite adquirir una fortaleza particular y la convicción de crear cambios reales tanto individuales como colectivos. El recuperarse airoso y ser auténtico con respecto a los aprendizajes que se desarrollan es el plus que dará conformidad a la reconstitución del ser, incorporando las modificaciones necesarias para ir adaptándose cada vez mejor.

Desde las interpretaciones iniciales de este concepto Kotliarenko (1997) habla de seres humanos que crecen socialmente sanos y exitosos. Rutter (1993 en Llobet, 2008) haciendo alusión a lo mismo, menciona que el niño y el medio son quienes congenian de manera que se pueda establecer una relación de apoyo. Esto quiere decir que mientras el medio responda a condiciones sociales ya otorgadas para todos los individuos, el niño o niña al ser resilientes serán capaces de considerar las áreas protectoras y estímulos positivos, éstos encontrarán la forma de proseguir con su crecimiento cultivando recursos cada vez más poderosos para afrontar la realidad.

Es importante destacar, que la capacidad resiliente siempre es la oportunidad de autonomía, empatía y protección donde se comprenderá que a pesar del riesgo lo primordial es volver a intentarlo. Al inicio de este capítulo la referencia realizada a la noción de resiliencia habla del poder componerse y constituirse.

Hay que hacer énfasis y reconocer que los niños y niñas son mucho más flexibles y plásticos en cuanto a afectividad se trata, sus métodos de aprendizaje son parte de ellos como individuos. La mayoría de los conocimientos que adquieren lo hacen a través de las emociones y el cuerpo, por lo que no resultaría extraño tener personas con una gran calidad humana y una historia de vida muy maltratada.

3. Resistencia: relación de poder

Se da comienzo a este apartado explicitando que la revisión del concepto resistencia, si bien responde a una representación generalmente política esta puede emplearse en diferentes áreas de la vida de un sujeto, en tanto se muestre como la oposición frente a una situación determinada donde exista un juego de poder y se vean dos posturas contrapuestas por lo que no deja de ser político pero si pasa a ser cotidiano.

La primera comprensión que se debe tener de la *resistencia* y según lo señala Raquejo (2002) es que esta se asigna históricamente a los movimientos

ciudadanos que luchaban con la ocupación nazi, particularmente en Francia en la II Guerra Mundial. Esto directamente nos lleva al activismo político de la palabra y no exento de lo social, básicamente el objetivo de resistir es evitar el avance de lo antagónico por medio de la confrontación de los mecanismos de poder que se ejercen sobre otros.

Para esto entenderemos que lo primero es la existencia de una diferencia o desigualdad latente que afecta a dos polos, el que tiene poder y el que se resiste a este, pensándolo desde esta investigación serán los niños y/o niñas y sus familias enfrentadas a las instituciones con las que se relacionan en diversas escalas. Como se revisó en las secciones anteriores el TDA es foco de algunas representaciones sociales que le asignan un valor a esta desorganización, a su vez esto establece una etiqueta con la que los niños y niñas son señalados para ser reconocidos con mayor facilidad pero es esta denominación que los contrapone a quienes dan interpretación del rotulado, que son también quienes apuntan a otro por la característica que para este caso es descalificadora.

Desde aquí y de acuerdo a lo que señala la autora dentro de las posiciones a adoptar la familia será la afecta, siendo quienes ponen entereza al enfrentar los procesos de sus hijos o hijas por fáciles o complejos que estos sean, tendrán que mostrarse pacientes e intransigentes ante lo que les parezca desacreditador para ellas y su realidad. Y el otro lugar lo tendrán las instituciones, que por lo examinado la más influyente es la educacional, en donde lidian con la dificultad sin necesariamente darle una solución favorable a ambas. Esto es interesante porque aquí radica la resistencia de una por sobre otra, en primer lugar el establecimiento educacional por medio de su funcionamiento y normativa pone resistencia en torno al trato selectivo o diferente a quien lo necesita y se niega a ceder más de lo que tiene presupuestado, por supuesto todas las medidas de acción a las que accede siempre se verán en privilegio de la organización que representa y así, a su vez la familia se mostrará en oposición a las decisiones que tome el colegio pero siempre con una mayor disposición ante el diálogo, ya que, comprenden su lugar de desventaja.

De Certeau (2000) habla de resistencia inicialmente asociada a los consumidores y la jerarquía de quienes tienen o son productores de los bienes materiales, realizando una distinción entre quien está frecuentemente acostumbrado a ejercer el poder en contraposición a quienes se encuentran en la normalización de este. El autor señala que es indispensable reconocer esto como primera cosa, permitiendo así entender que dentro de la estructuralidad social existen pequeños espacios cotidianos en los que se perpetúa esta lógica limitante a través de mecanismos implementados por la hegemonía.

A estos los señala como mecanismos de disciplina que por medio de movimientos minuciosos acentúan la distancia entre unos y otros produciendo a los que denomina consumidores, esto suena mercantilista pero si aterrizamos aún más el tema pensaremos que aquellos consumidores son todos quienes se encuentran bajo el seno de subordinación por medio de una institucionalidad que busque moldearlos para transformarlos en los arquetipos del debe ser. Sin embargo, junto con esto también deja en expreso que la intención de revisar el concepto es comprender la existencia de prácticas comunes que penetran el diario vivir desarrollan un subordinación al orden dominante sosteniendo el status quo.

Referente a eso y centrándose en la familia y sus prácticas diarias, para los núcleos familiar de niños y niñas con TDA el modelo de deber ser puede ser incluso más hostil que para el resto entendiendo que uno de los constantes señalamientos que se les realiza es al comportamiento de sus hijos o hijas y con ellos se pone en cuestión la crianza que se les brinda, por lo que no es un crítica personalizada sino que descansa en el clan completo y sus formas de relacionarse con otros. Desde aquí desprendemos que el hincapié que puedan hacer los factores externos a la familia es a la forma de socialización que tienen estas personas, sin mayor esfuerzo de comprender su realidad se realiza un juicio frente a la conducta que tiene el niño o niña en diversos espacios y por supuesto a la reacción que tiene el adulto responsable frente a la personalidad que el o la pequeña muestran interpelando los estilos de enseñanzas (aquellas enseñanzas hogareñas que se señala en el

apartado de resiliencia) poniendo en el foco de la discusión la disciplina con las que se les educa.

El autor (ídem) señala que una de las fuentes más básicas de subordinación es el uso del lenguaje, mediante este y de formas más coloquiales los dominantes buscan desarrollar conceptos más que tienen como propósito velar sus intereses y funcionar bajo sus propias reglas sin dejar entrever la intención real, así ponen al detractor o al que resiste bajo su velo. Nos detenemos aquí porque en la realidad se da una dinámica interesante frente a este punto.

El adulto responsable que se encarga de la educación del niño o niña (históricamente podemos asumir que es la figura materna) se ve sometida a lo recién descrito, dentro de los juicios que se realizan de un sujeto al cual se apunta por disruptivo también se enuncian opiniones respecto de quien está a cargo de este interpellando de forma discursiva la labor que ejerce como tal, si se piensa en concreto quienes deben encarar cada prejuicio que se levanta en torno a la imagen de un niño o niña con TDA es la madre. Es ella, como primera fuente de contención, quien debe interponer resistencia respecto a lo que otros digan de su realidad y esta lucha empieza desde acciones básicas, tenemos para este caso las instituciones educativas que le indican cómo mejorar en sus labores domésticas, talleres parentales y directrices para mejorar su rol maternal de maneras tan sutiles que la persona las toma como un consejo de cercanía y afecto. Otro lugar de intervención son los espacios de salud en los que estos pequeños y pequeñas se desenvuelven, donde con menor proximidad derechamente le exponen la forma de hacer lo *correcto* para tener mayor control del niño o niña.

Aquí es donde se miden las relaciones de fuerzas, los organismos concedores de lo teórico muestra su imposición por medio del control del saber donde le plantean a las familias como resolver la situación que cursan brindándoles nociones específicas que den validez a la posición que quieren alcanzar superponiéndose incluso al problema para crear una relación de poder en donde ellos se encuentran sobre el otro, esto por supuesto debe contener la mayor

racionalidad posible ya que en esto radicaré el sometimiento de la voluntad del otro para aislarlo del ambiente y hacerle confiar en la sabiduría que ellos afirman tener. Y al otro extremo se encuentran las familias encabezadas por una madre o un padre quienes atienden a lo que se les advierte, viéndose forzados a decidir sobre la marcha el desarrollo de sus hijos o hijas, aquí quien sea el adulto responsable o significativo mostrará entereza al decir que su incondicionalidad está con el pequeño o pequeña expresando abiertamente que su realidad debe ser tan comprendida como la de quienes no se encuentran en la misma circunstancia, es decir, ponen resistencias, al cambio, al crítica, a la opinión de otros y por sobretodo a ceder.

Podría parecer terquedad pero el ceder implicar que una de las dos partes situadas debe aceptar las concepciones o propuestas del otro sin estar de acuerdo y aquí se instala la dificultad, a menudo la madre o padre debe afrontar que su hijo o hija es el problema, ¿pero qué pasa cuando estos se oponen creyendo que el problema es la institución?.

Se comprende que los estamentos en sus distintas ramas manejan el conocimiento ideológico del problema, pero la posición desventajosa de la familia deja de serlo en tanto ellos comprenden el fenómeno desde la praxis misma. El carácter de la resistencia lo dará la comprensión del lugar y el espacio que tiene el núcleo familiar al entender que no es solo una desorganización que los afecta sino que hay un contexto que los condiciona, que no es sólo una diagnóstico sino los lugares donde se desenvuelven, las herramientas con las que cuentan o las que carecen, etc poniendo a una verdad contra la otra. La intención de esta reflexión no es dar mayor valor a una sobre la otra sino comprender si existe o no la posibilidad de simetría entre ambas esferas y la respuesta es clara, las madres al verse enfrentadas a juicios de valor puede resistir o ceder, batallar con la consigna de que su hijo o hija no tiene mayores dificultades que las que ya presenta el sistema o reconocer que el niño o niña es el problema. En cualquiera sea el caso ¿la resistencia es entonces un modelo? pareciera ser opción en una posición y tiempo determinado, pero que tan certero es pensar combatir con una premisa que en el mundo de lo hegemónico no tiene mayor valor que la experiencia cuando todos las

teorías y modelos se presentan desde lo abstracto de pensar y no necesariamente desde la experimentación de estos. Será realista luchar contra la rigidez de lo ya establecido sacrificando la estabilidad que apenas se sostiene cuando se es bombardeado por relaciones que en el entramado social funcionan como estrategias de cuestionamiento para debilitar lo que se construyó fuera de su yugo para someterlo a las prácticas ordinarias que los lleven a ser sujetos creados en lo ordinario.

4. Representaciones sociales

Durante los dos capítulos de este estudio se ha mantenido un diálogo a base de autores donde se ha instalado que el sujeto aprende en tanto está en contacto consigo mismo, con el otro y con la sociedad. El ideario cultural de aprender por medio del traspaso de información se puso en cuestión hace tiempo, haciendo referencia a que la transmisión de contenido hacia cajas vacías de almacenamiento no consiste en el *aprender* y mucho menos en *aprehender* (entiéndase este concepto como el proceso de adquirir un conocimiento y hacerlo parte de uno). La interacción con otros es lo que permite adquirir otras lecciones que van desde lo más general a lo particular.

Las formas de enseñanza y estudios instaladas abarcan solo la perspectiva metodológica de qué se debe aprender, resultando un amaestramiento más que una ilustración. La educación formal correspondiente a la etapa escolar y universitaria no son realmente un campo de destrezas donde lo científico sea desarrollado por los estudiantes, sino que es una reproducción de libros de antaño especializados en cada materia. Pero, ¿qué sucede con los espacios de aprendizajes informales?.

A lo que esto concierne de acuerdo a la teoría de representaciones sociales, el primer postulado de esta es la elaboración social del conocimiento, compartido por la colectividad que va orientado hacia la práctica y construcción de una realidad.

En primera instancia, se debe partir por comprender que la representación funcionará como aparato de conjugación entre lo cognitivo y la socialización, permitiendo comunicar (Moñivas, 1994). Este entrelazamiento se constituirá en una manera de interpretación y pensar la realidad a base de las experiencias propias, la subjetividad de cada uno y la objetividad de cada eventualidad creando un sistema de referencias.

Para entender mejor esto de las representaciones sociales tomaremos desde Durkheim (1898) la idea de representaciones colectivas, el autor dice que la estructura de la consciencia colectiva siempre trasciende a la figura individual, por medio de productos culturales que se van a plasmar en idearios comunes que garanticen un entendimiento con otros sujetos.

Moscovici (2002) establece las representaciones sociales como algo concreto en las que la carga simbólica de los objetos se cruza con el conocimiento cotidiano, eso facilita el entendimiento de un sentido común desarrollado a nivel comunitario instalándose conceptos en la colectividad que si bien, no siempre se perciban de la misma manera por todos los sujetos si existe una referencia del significado. Para esto es importante la consideración de factores como los sistemas de creencias, religión, mitos y demases, esto dará un valor agregado a lo que estime cada persona.

Lo relevante de esta teoría es que los individuos conocen la realidad mediante las explicaciones comunicacionales de cada proceso y el pensamiento social. Esto se convierte en un conjunto de arquetipos que facilita la tarea de organizarse por medio de lo compartido e inferido por otros. El autor con esto, hace referencia a una relación dialéctica entre los procesos psíquicos y cognitivos del hombre (en términos genéricos) y el pensamiento global, intercambiando significados y contenidos para construir un marco de razonamiento al cual recurre para reflexionar, juzgar o crear algo nuevo.

Un punto importante y donde nos detendremos con atención es en el *campo de representaciones*, este expresa la forma en que se ordenan los contenidos a nivel jerárquico, haciendo una variación dentro de los distintos grupos, comunidades o individuos. Cada uno prioriza la información y da más relevancia a cual crea más imprescindible dentro de sus sistema de referencia, caracterizando el contenido como mejor le acomode.

Aquí nos volvemos a conectar con la realidad de los niños y niñas diagnosticados con TDA, como se ha mencionado con antelación ellos poseen cualidades particulares y portadores de un estigma en específico, más allá de que respondan a este lo real es que ellos están categorizados con una idea de imagen peculiar como es *el niño inquieto o la niña problema*. El contenido concreto que pueda tener ese estrato y la representación que se le da a estos pequeños sujetos está enraizada dentro de la colectividad, por lo que la primera reacción de la sociedad es comprenderlos como personas con problemas que se constituyen con alguna complejidad. Cabe mencionar que el modelo social que se reproduce está constantemente estereotipando a quienes pertenecen a él, en diferentes niveles.

Como se dejó entrever, el TDA no es una condición exclusiva de algún tipo de población, sino que es un fenómeno a nivel mundial que hoy se encuentra mucho más visualizado y al que se recurre con más frecuencia con el propósito de controlar, por lo que, quienes se encuentran en esta posición se ven reflejados en una construcción social del deber ser.

A menudo, si piensa en un niño desatento o hiperactivo se espera que cumpla con el perfil mental que se comparte de ellos, que responda a requisitos que el sentido común ha interiorizado para poder identificarlos, en ese caso la determinación de crecimiento de ese niño o niña es aún mayor, porque el individuo comprende que de acuerdo a su autoimagen y la que tienen y/o esperan los otros de él es el consenso de cómo debe actuar permanentemente en la sociedad, deduciendo quien es.

SEGUNDA PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO III

Comprensión y abordaje del fenómeno

Este capítulo tiene por objetivo profundizar en los antecedentes del Trastorno de Déficit Atencional y como se ha instalado con mayor potencia con el transcurso del tiempo.

Si bien este no se encontraba de manera visible, hace aproximadamente diez años ha ocurrido el destape de esta materia siendo una temática importante en cuanto a niñez se refiere.

La intencionalidad de este apartado es poder conocer apreciaciones mundiales del TDA(H), eventualmente cifras que permiten dimensionar este fenómeno y que hace el estado chileno con los niños y niñas que se encuentran bajo esta condición. Es importante poder reconocer la perspectiva con que esta se trata y de qué manera se trabaja para poder contribuir en el desarrollo integral del sujeto, la existencia o no de políticas públicas, lineamientos o programas de inclusión.

Esto de alguna manera nos facilitará la interpretación de la relevancia otorgada al tema y las repercusiones que se generan a causa del abordaje.

1. Antecedentes históricos

El trastorno de Déficit Atencional ha sido un punto de controversia histórica, recibiendo una alta atención psiquiátrica y un afán por poder describirlo cada vez con mayor precisión. Las ansias de poder diagnosticarlo conllevan la búsqueda del porqué y en qué términos se ocasiona.

Históricamente esta desorganización es foco de múltiples definiciones ligadas a su sintomatología, es en el siglo XIX el doctor Hoffman lo describe de acuerdo a inatención y movimiento físico excesivo que impiden mantenerse sentado asignándole el nombre de *disfunción cerebral mínima*, lo que años más tarde -en 1966- se publicaría por el Instituto de salud de Estados Unidos.

En 1902, la especificación viene de la mano de Still quien otorga exactitud a las características de esta patología señalando que consiste en un *defecto de control moral*, pero no es hasta 1934 que Kahn y Cohen establecen el *síndrome de impulsividad orgánica*. (Fernandez-Jaen, 2012).

El Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (1994) en su cuarta versión establece lo que hoy se conoce como Trastorno de Déficit Atencional asociando problemas de concentración, impulsividad e hiperactividad de las que tanto se habla. De momento en que se comienza a visualizar por medio de estas tres dimensiones es cuando se empieza a dialogar de lo conductual por sobre lo neurológico poniendo en tela de juicio los criterios a evaluar y en qué contexto se desarrolla. Instalando el hecho de que los síntomas deben permanecer a lo menos por 6 meses y diferentes escenarios del niño o niña.

Hoffman en su primera descripción incluye el hecho de la dificultad escolar, expresando que en el contexto educacional los niños y niñas que se ven bajo la óptica del TDA ya son juzgados por sus *incapacidades*. A esto se le debe añadir que, si bien es una esfera importante hay otros espacios en los que la prevalencia de este debe hacerse presente por lo que es importante el comportamiento en la escuela, tanto como en el hogar y con el grupo de pares.

De acuerdo al MINSAL (2001) el TDAH es uno de los cuadros más frecuentes en la niñez, haciendo un estimado de 100 niños y/o niñas donde 80 deben recibir tratamiento específico para este. Por otra parte el MINEDUC (2009) señala que estos casos se presentan entre un 3% y 7% en contexto nacional, pero por la demanda de docentes y comunidades educativas pareciera que este

porcentaje fuera mayor y que las salas de clases estuvieran sobrepobladas de niños y niñas difíciles e hiperactivos.

La prevalencia de este desorden depende de las características que se contengan, Céspedes (2005 en Carrasco, González y Ramirez, 2012) advierte que cuando el diagnóstico va acompañado de hiperactividad su permanencia en el desarrollo es de 3% a 5% entre los cinco y veinte años, a diferencia de la evaluación sin hiperactividad, este aumenta considerablemente a un 12% a 15% entre el mismo período.

Actualmente, uno de los métodos más utilizados para la evaluación del TDA es el Test de Conners, que consiste en un cuestionario aplicado a docentes, paradocentes y padres donde por medio de 10 ítems se evalúan de acuerdo a categorías (nunca, algunas veces, bastantes veces y muchas veces) las conductas del niño o niñas. Este supone ayudar a reconocer aspectos afectivos y emocionales como frustración, llanto, pataletas, concentración, distracción, hiperactividad o impulsividad, etc. Otra prueba que se aplica es *El Laberinto* que busca estimar las habilidades perceptivas y de concentración, este pone al sujeto frente a un laberinto donde debe encontrar la única salida entre muchas opciones, los errores, detenciones y traspaso de líneas son factores a considerar al momento de poder determinar una opinión o diagnóstico.

Dentro de los estudios aplicados para el TDA se encuentran el *Test de emparejamiento* en el que se debe unir la imagen con su respectiva respuesta y el de *ejecución continua*, que expone en un computador estímulos de forma rápida, donde se le señala que responda a determinados incentivos presionando un botón. Ambos test mide el tiempo que demoran y la precisión que tienen indicando cierta impulsividad. Y por último, el encefalograma considerado uno de los más relevantes que permite estudiar la actividad cerebral del niño o niña. (Burgos, Estay y González, 2011)

2. Contextualización

A nivel mundial, el TDA es uno de los trastornos más comunes que afecta a la población infantil presentando un 3% y 7% con un diagnóstico real y certero. Según el Primer Consenso Latinoamericano (2007) este afecta a 36 millones de personas en las diferentes regiones, sin tener mayor diferencias con países desarrollados.

En el marco nacional, si bien se identifica la población infantil bajo esta condición (que ya fue mencionada), no existen políticas públicas ni programas dirigidos al trabajo focalizado o integral con los niños y niñas diagnosticados con TDA. Esto indica que aun cuando la temática en sí es renombrada no existe una consideración formal de trabajo e intervención a nivel gubernamental.

3. ¿Qué hace el Ministerio de Salud?

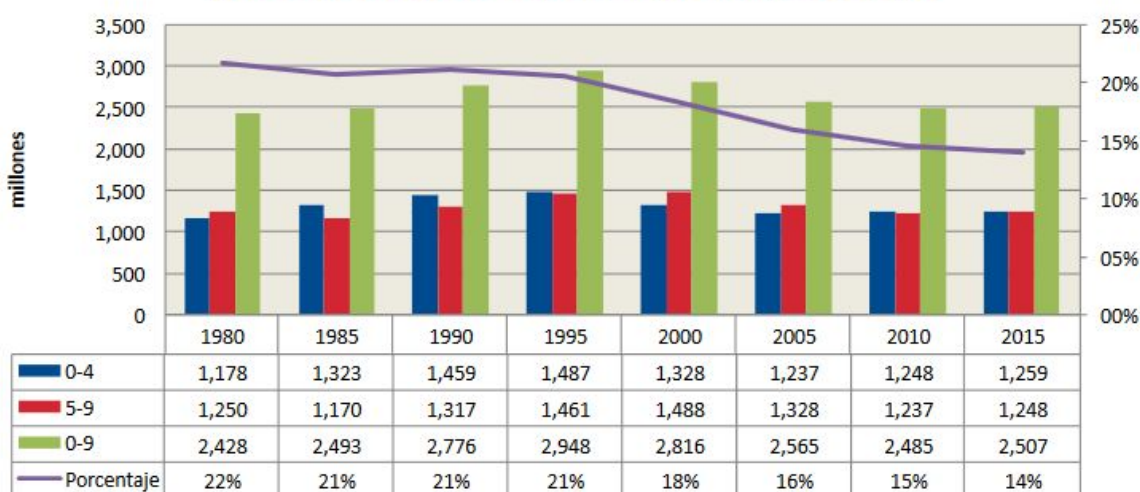
De acuerdo con el Programa nacional de salud infantil con enfoque integral (2013) se presenta como objetivo principal contribuir a mejorar la calidad de vida por medio de un desarrollo integral, teniendo como fin el abordaje cognitivo y emocional, lo que a nivel ministerial señalan como determinante para el fortalecimiento y despliegue de habilidades que aporten en las funciones adaptativas del niño o niña.

Como es sabido, la salud primaria infantil ha sido prioridad y es parte de la cartera nacional a trabajar. Todos los años se presentan innovaciones y lineamientos de labores a realizar para poder otorgar un mejor servicio de sanidad. Pero la realidad se ve teñida de desigualdad social en reiteradas ocasiones, esta variable es una constante que permea y condiciona de alguna o varias formas la calidad y el tipo de servicio al que puedan acceder las personas, sin ir más lejos es de conocimiento popular que para la atención en salud pública hay que *armarse de paciencia* porque no existe continuidad en los procesos, porque se encuentran colapsados los centros de atención y finalmente porque el foco de las intervenciones va cambiando cada año.

Desde el siglo XX se instala la infancia como tema prioritario dentro de la agenda nacional, en su momento con el desafío de superación de la mortalidad o epidemias, pero hoy centrado en el mejoramiento de la calidad de vida y disposición de estrategias de trabajo que puedan abasto a la cantidad de niños y niñas.

Según datos estadísticos (INE, 2002) y sus proyecciones hacia el 2015 muestra el rápido envejecimiento de la población, esto debido a características como la poca natalidad anual que existe en el país. Para el año 2017 (hoy), esto sigue siendo una preocupación latente, comprendiendo que en algún momento dado de la historia, el futuro recae en los niños y niñas.

GRÁFICO N° 2.
EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE 0 A 9 AÑOS



Fuente: INE, 2002

FUENTE: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL, 2012

A menudo personajes públicos de gobierno señalan que *los niños y niñas son los adultos de mañana*, pero ¿cuál es el real compromiso que tiene el Estado con aquellos?. El mejoramiento en la calidad de vida es un de las instancias primordiales a trabajar, pero esto consiste básicamente en poder brindar respuestas y soluciones a aquellas áreas donde se encuentra un déficit de trabajo. A partir de esto se puede ver en el gráfico las proyecciones indicarían que la población infantil entre los 0 y 9

años correspondería a una cantidad de 2,507 personas para el año 2015. Pero de estos niños y niñas ¿cuántos realmente se encuentran en óptimas condiciones?.

Una de las contingencias a las que se ha hecho referencia en esta investigación es la salud mental. El MINSAL señala que la mayoría de las dificultades y desorganizaciones mentales en adultos inician a temprana edad, sin tener atención necesaria lo que facilitaría el desarrollo de problemas adaptativos, autoestima e incluso desempeño en actividades funcionales. De acuerdo a los estudios realizados en contexto nacional, el aumento y prevalencia de estas alteraciones corresponden a los estilos de vida. Es decir, el golpe de la globalización, la creciente urbanización y precarización del trabajo aumentan las posibilidades de desarrollar alguna inestabilidad emocional que derive en un problema psicológico.

Si bien estos factores no son los que provocan en sí un desorden, como se mencionó antes son parte de la agravación de la comorbilidad en la vida del niño o niña. En relación a esto, los llamados *Trastornos de conductas* son los que se desarrollan con mayor frecuencia dentro de los 3 primeros años de edad en adelante y siendo considerados componentes psicológicos son los que prevalecen y dejan huellas por mucho tiempo, incluso a veces permanentes.

EDAD DE COMIENZO DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

TRASTORNO	AÑOS																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Vínculo	■	■	■															
Trastornos Gen del Desarrollo	■	■	■	■	■	■												
Trastornos de la Conducta				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Trastornos Afectivos y Ansiosos						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Consumo de Drogas													■	■	■	■	■	■
Psicosis del Adulto																		

Fuente: OMS, 2005

Ahora, el TDA o trastorno hiperactivo es parte de los primeros trastornos de salud mental desarrollados en la niñez, el Ministerio de Salud establece que este es uno de los síndromes con mayor prevalencia, teniendo una tasa más alta en

mujeres que hombres. Esto quiere decir que entre los 4 y 11 años (donde se concentra con un 23,9%), los niños y niñas tienen una real dificultad de desatención y adaptabilidad.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL ÚLTIMO AÑO
SIN IMPEDIMENTO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

TRASTORNOS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		4-11 AÑOS		12-18 AÑOS	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastornos ansiosos	18.5	1.1	13.8	1.4	23.5	2.1	21.0	1.8	15.7	1.9
Fobia social	5.5	0.9	2.9	0.8	8.2	1.6	5.9	1.2	5.1	1.3
Trastorno de ansiedad generalizada	8.2	0.9	6.2	1.3	10.3	1.3	8.0	1.7	8.4	1.6
Trastorno por ansiedad de separación	10.2	8.8	7.3	0.9	13.1	1.3	13.4	1.2	6.5	1.5
Trastornos afectivos	6.1	0.8	3.7	1.0	8.6	1.4	3.8	1.1	8.6	1.2
Trastorno depresivo mayor	5.9	0.8	3.6	1.0	8.4	1.4	3.8	1.1	8.3	1.1
Distimia	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.04	0.03	0.3	0.2
Trastornos por componente disruptivo	21.8	1.8	19.9	2.1	23.7	2.8	29.7	3.7	12.8	1.4
Trastorno disocial	3.7	0.5	4.4	0.9	3.0	0.7	1.2	0.3	6.5	1.0
Trastornos oposicionista desafiante	8.7	1.0	7.5	1.1	9.9	1.4	11.8	1.5	5.1	1.2
TDAH	15.1	1.2	13.7	1.6	16.6	2.2	23.9	2.2	5.4	1.4

Fuente: Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias, 2012

Pero, ¿qué hace el Ministerio para el trabajo con estos niños y niñas?. La respuesta protocolar según la Normativa técnica para niños y niñas con TDAH establece conductos regulares de acuerdo al nivel de intervención.

En primer lugar orienta a las docentes en el área escolar, por medio de capacitaciones para la detección temprana y el reconocimiento de conductas de riesgo, con el objetivo de dar un tratamiento y apoyo al niño o niña y su familia.

En segundo lugar dispone la atención primaria de CESFAM, COSAM, Servicios de Urgencias y médicos generales para sujetos que se encuentran bajo estas características, accediendo de forma directa por medio de controles, consulta a especialistas si es que detecta TDA, y aquellos niños y niñas derivados desde el sistema escolar.

Y en tercer lugar, para aquellos que son diagnosticados con TDA mediante controles, derivaciones o interconsultas emitidas desde CESFAM se destina

atención en COSAM, Centro de Referencia en Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Servicios de Psiquiatría Infantil, Centros médicos o consulta Privada de especialistas, Clínicas Privadas, donde se trabaja con aquellos que se encuentran con un orden severo del trastorno en alguno de sus tópicos, con comorbilidad y altos factores de riesgo.

Según cifras del MINSAL por cada 1.000 niños y niñas de enseñanza básica 62 presenta TDA, de estos en los 5 y 15 años, 12 demandarían atención de salud y un 2,4% de ellos requeriría atención especializada (Norma técnica para niños y niñas con TDAH). Pero lo concreto es que, si bien dan recomendaciones en sus distintos formatos de como reconocer u orientar al niño o niña y su familia, no existe una normativa nacional o programa específico para atención especializada en TDAH.

Esto habla claramente de que el déficit no se encuentra en el niño o niña, sino más bien en un sistema que solo encasilla y generaliza, sin ideario de un plan de intervención frente a la coyuntura dejando a la deriva casos prioritarios como lo son personas pequeñas con Trastorno de déficit atencional donde se ve involucrada la familia y con una alta comorbilidad social dado los contextos que enfrenta. Contrayendo, por supuesto, dificultades y marginación que implica cargar con el estigma de *el niño o niña problema*.

4. ¿Qué despliegue tiene el Ministerio de Educación?

En Chile, la Ley General de Educación en su artículo n° 3 señala que esta es de orden universal y permanente, por lo que debe garantizar en primera instancia que todos pueden obtenerla, con las mismas oportunidades, apoyo y calidad que requieren sin importar las condiciones o dificultades que los sujetos tienen promoviendo el respeto por la diversidad tanto en características cognitivas, culturales, sociales, procesos educativos y sistemas de creencias. (Ley 20.370, 2009)

Si comprendemos esto como tal, la escolarización es parte importante del desarrollo del ser humano suponiendo este sea el espacio donde pueda adquirir conocimientos, aprendizajes, habilidades cognitivas y como espacio de socialización, por lo que no recibir educación hoy se considera una situación de vulneración de derechos grave.

En la incorporación, cada vez mayor de niños y niñas a la educación formal y la universalidad de esta, es que el estado chileno se ve en la obligación de tener lineamiento de trabajo que tengan como política base la inclusión. Así para los años 70's en el reconocimiento de lo que sería la educación diferencial, ésta no sólo constaría para niños y niñas con alguna discapacidad sino para aquellos que presenten alguna dificultad de aprendizaje.

Surge así esta idea de integración e inclusión escolar. Hasta el 2005 de acuerdo a la Política Nacional de Educación Especial, entre 1997 y dicho año son 3.365 estudiantes que se adhieren al sistema educacional. Pero, ¿en qué consiste el enfoque de inclusión escolar?

Básicamente este nuevo planteamiento tiene como objetivo que el derecho a educación sea para todos y en las mismas condiciones de igualdad y participación, dando paso al aprendizaje en conjunto de la comunidad educativa sin hacer diferencias entre ellos por factores externos o sus contextos. Rompiendo con el paradigma en el que se atribuía la responsabilidad de sus dificultades al niño o niña y su familia.

Lo importante de esta nueva perspectiva es que *“en una escuela inclusiva no existen “requisitos de entrada”, ni mecanismos de selección o discriminación de ningún tipo; la estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica se ajusta para dar respuesta a las necesidades educativas de todos y cada uno de los estudiantes; y se trabaja para minimizar o eliminar las barreras que enfrentan para aprender y*

participar". (Ministerio de Educación, 2001:14). Para ello, es relevante que en la sala de clase no exista esta distinción, es decir, que si bien hay estudiantes que requieren un apoyo más personalizado esto no se vuelva un trabajo paralelo, de lo contrario no se cumple la premisa de inclusión. Sino que, lo esperable es que puedan sumarse a su grupo de pares y mantener un trabajo conjunto con sus otros compañeros.

Una de las medidas tomadas para erradicar esta dicotomía entre aquel que *si lleva el ritmo y quien no*, es el apoyo especializado que se le brindará a los niños y niñas fuera de las aulas.

Ahora, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), en su programa de salud escolar ha implementado equipos interdisciplinarios de apoyo para quienes tienen dificultades de aprendizaje o TDA, en 72 comunas de la Región Metropolitana. En el orden de esto, es que se inician los Programas de Integración Escolar (PIE) siendo estrategia levantadas desde el sistema escolar para dar sostén a los y las estudiantes que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE), con el fin de potenciar la participación y logro de objetivos formales en las salas de clases.

Para entender mejor, es necesario tener conocimiento de a que refiere una Necesidad Educativa Especial. El Ministerio de Educación (2011) expone que las NEE son aquellas necesidades individuales que presentan los estudiantes, con respecto al resto, que les permite acceder al aprendizaje correspondiente a la edad pero con mayor dificultad y progreso del currículo aplicado. Para las NEE existen dos clasificaciones diferenciadas; una de tipo permanente, mucho más asociadas a la de una discapacidad y otra de tipo transitoria cuando prevalecen en períodos más acotados de tiempo o determinados a la escolaridad.

Dentro de esta segunda categorización se contemplan dificultades específicas del aprendizaje y el lenguaje, rango limítrofe y TDA. Pero, a causa de esto surge una nueva interrogante, ¿cómo acceder a un PIE?

Como se ha explicado, el PIE trabaja en un nivel mucho más focalizado y con recurso interdisciplinario que permite el desarrollo de habilidades y estrategias de aprendizajes para los estudiantes. Pero el acceder a este espacio depende primero de un diagnóstico de ingreso y el reconocimiento del tipo de NEE que presente el estudiante.

Diagnóstico	Profesional que emite el diagnóstico de la discapacidad o trastorno	Profesionales que indagan sobre la salud general y/o el tipo de requerimientos educativos que presenta el estudiante.
Discapacidad Auditiva	Médico Otorrinolaringólogo o Médico Neurólogo	Profesor de Educación Diferencial
Discapacidad Visual	Médico Oftalmólogo o Médico Neurólogo	Profesor de Educación Diferencial
Discapacidad Intelectual	Psicólogo	Médico Pediatra o Neurólogo o Psiquiatra o Médico familiar Profesor de Educación Diferencial
Autismo	Médico Psiquiatra o Neurólogo	Psicólogo Fonoaudiólogo Profesor de Educación Diferencial
Disfasia	Médico Psiquiatra o Neurólogo	Psicólogo Fonoaudiólogo Profesor de Educación Diferencial
Discapacidad múltiple y Sordoceguera	Médico Neurólogo u Oftalmólogo u Otorrino o Fisiatra	Psicólogo Profesor de Educación Diferencial
Trastorno de déficit atencional	Médico Pediatra o Neurólogo o Psiquiatra o Médico familiar	Psicólogo o Profesor de Educación Diferencial o Psicopedagogo
Trastorno específico del Lenguaje	Fonoaudiólogo	Médico Pediatra o Neurólogo o Psiquiatra o Médico familiar Profesor de Educación Diferencial
Trastorno específico del Aprendizaje	Profesor de Educación Diferencial o Psicopedagogo	Médico Pediatra o Neurólogo o Psiquiatra o Médico familiar
Coeficiente intelectual en el rango límite	Psicólogo	Médico Pediatra o Neurólogo o Psiquiatra o Médico familiar Profesor de Educación Diferencial

Fuente: Basado en el DS N° 170/09

FUENTE. MANUAL DE ORIENTACIONES Y APOYO A LA GESTIÓN

Como muestra la tabla, la evaluación diagnóstica está a cargo de varios especialistas que puedan definir el rango en el que el niño o niña se

encuentren, para posteriormente analizar su ingreso a este programa. De no contar con alguno de los profesionales en las diferentes materias se hará la vinculación con redes primarias para una evaluación que será considerada por el equipo de trabajo.

Aquí es donde está la trampa, para que un estudiante pueda ingresar a un PIE además del diagnóstico con el que ya cuenta debe tener NEE, esto quiere decir que si las evaluaciones no arrojan un declive o afectación en el rendimiento escolar, el niño o niña no es integrado a este programa y queda a la deriva.

Diagnóstico	→ PRESENTA NEE	→ Ingresa a PIE
Síndrome de déficit atencional	NO	NO
Síndrome de déficit atencional	SI	SI

FUENTE. MANUAL DE ORIENTACIONES Y APOYO A LA GESTIÓN.

En esta etapa de la investigación es importante analizar qué pasa con los niños y niñas con TDA, vemos que tanto el Ministerio de Salud como el de Educación, ambas relacionados directamente con la temática, no dirigen realmente sus líneas programáticas para el trabajo con las personas involucradas en esta desorganización.

El MINSAL no abarca programa especializados en torno a los trastornos cognitivos o de conductas que puedan estar al alcance de todos, sino que centra sus energía en dar respuesta a la alta demanda de consultas y controles para la neonatología y primera infancia, desviando el foco de aquellos niños y niñas que también necesitan un sistema de salud dispuesto a brindar su apoyo. Pero aun cuando esto fuera así es insuficiente, en la actualidad no hay proyectos de intervención en la red pública que asista especificidades como el TDA, sin entender que este es un proceso complejo donde la segregación está latente. A cambio de eso, brinda la observación general como a todos los niños y niñas, deriva a

interconsultas sin preocupación o rigurosidad de las medidas que se puedan tomar, cabe mencionar que los diagnosticados con este desorden generalmente son atendidos por especialistas como psicólogos, neurólogos y psiquiatras, manifestándose esto en una (casi siempre y segura) medicación que por lo ya expuesto durante este estudio, es innecesaria. Sin embargo a la cojera de un ministerio, se pone de parche al otro.

El Ministerio de Educación al parecer se provee de más herramientas en cuanto a la intervención de este tema, si bien no son metodologías establecidas a aplicar existen algunos rebusques para dar cabida a este tópico. La actual programación de funciones a realizar, incluyendo las políticas específicas que cubren esta área de la educación son solo una parte del apoyo que brinda, pero sin duda tampoco son suficientes. Lo primero a entender es que cada vez son más los cientos de establecimientos educacionales que se abren para otorgar los servicios a la comunidad, esto implica que el MINEDUC debe dar cuenta y fiscalizar cada uno de estos, pero Chile no se destaca entre los países más rigurosos por lo que se asume que no todo funciona y se ejecuta como debería.

Como se expuso antes, a contar del 2011 la implementación de los Programas de Integración Escolar inician su implementación mayoritariamente en los establecimientos municipales, donde realizan trabajos de refuerzo y acompañamiento de acuerdo a aptitudes y materias curriculares que se ven afectadas, pero la incertidumbre se abre de nuevo para reflexionar qué sucede con aquellos niños y niñas que tienen TDA y no son perfil PIE. La respuesta a esto es que simplemente quedan en el aire, sin consideración alguna de las diferencias o dificultades que puedan presentar dentro de los contextos en los que se desenvuelven y siendo aún más víctimas de la perversidad social que implica un prejuicio.

5. Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano

Para reparar en este punto es necesario hacer un breve reseña histórica de la institución.

La Universidad Academia de Humanismo Cristiano se instala en el año 1975, como centro de estudios e investigación que tiene como principal objetivo crear y difundir conocimiento en el campo de las ciencias sociales bajo las premisas de libertad y pluralismo. Para 1980 aproximadamente, se establece el desafío de un espacio universitario dirigidos a jóvenes, teniendo como pilar fundamental el pensamiento social crítico y los valores humanos. Es así que en 1988 se funda la corporación de educación superior, adquiriendo autonomía en 1999.

En la actualidad la casa central se ubica en calle Condell #343, en la comuna de Providencia, donde presta sus servicios educacionales a la comunidad que se encuentra matriculada. La universidad es reconocida generalmente por el enfoque e importancia que se da al trabajo en las diferentes realidades sociales y la temprana vinculación con el medio.

Es en la vinculación con el medio, que por respuesta a la calidad, procesos de acreditación y como proyecto educativo es que se disponen servicios abiertos a la comunidad.

Un ejemplo de esto y a lo que se refiere desde ahora es el Centro de Atención Psicológica (CAPS) ubicado en calle Condell #506, en una de las dependencias de la misma Universidad. Este es un programa dependiente de la Escuela de Psicología orientado a la prestancia de sus servicios en primera instancia como espacio de aprendizaje y formación a estudiantes en práctica profesional y en segundo con dirección a la atención de la comunidad.

El eje central de su funcionamiento es la asistencia a estudiantes, funcionarios y familiares de estos, de la casa de estudios, pero también a individuos externos a este contexto, trabajando en diferentes niveles de intervención.

Las modalidades de trabajo corresponden a procesos de evaluación psicológica, psicoterapia individual para niños, niñas, jóvenes y adultos, psiquiatría y eventualmente terapias asistidas.(Manual de funcionamiento de atención psicológica, 2016).

En términos de cifras, el CAPS tiene un flujo de atención semanal de aproximadamente cuatrocientas personas, de las cuales más del 50% son niños, niñas y jóvenes que hacen ingreso a la institución para trabajar sobre dificultades o eventualidades, recibiendo la prestación de servicio en alguna de las modalidades ya mencionada.

Volviendo al foco de este estudio, este espacio de trabajo recibe constantes derivaciones de establecimiento educacionales de niños y niñas para eventuales evaluaciones psicológicas para pesquisar el Trastorno de Déficit Atencional. En casos recurrentes los colegios envían un Test de Conners abreviado que aparenta signos de este síndrome y con sugerencia de atención psiquiátrica, a lo que cada terapeuta correspondiente considera, analiza y luego aplica otras pruebas para diagnosticar.

En la actualidad el CAPS dirige sus servicios a 339 personas a la semana, dividiendo a los pacientes en dos áreas importantes. A la fecha el centro de atención psicológica tiene 15 personas en lista de espera, para poder ser derivados a los teraputas correspondientes, con esto sería un total de 354 individuos afectados por problemas de salud mental, por supuesto unos con mayor complejidad que otros.

Del 100% de los asistentes a la institución aproximadamente un 67% son del área infantojuvenil, de esa cantidad de pacientes entre 1 a 18 años a lo menos un 60% llegan con derivación por colegios que aquejan oposicionismo desafiante,

disruptividad y TDA detallando un informe con el tipo de conductas y episodios de conflictos de los estudiantes, pero no con las pruebas aplicadas que reflejen un aparente diagnóstico. Dentro de la documentación enviada se solicita atención con psiquiatría pero no hay antecedentes de una intervención anterior, esto es importante de mencionar porque, si bien se realizan procesos terapéuticos y se elaboran hipótesis diagnósticas quienes desestiman o confirman estas son sólo los psiquiatras o para el caso del Déficit Atencional, neurólogos.

En concordancia con esto, la mayoría de los ingresos por estos motivos mencionados son descartados por el centro, centrándose en un estudio más completo de las sugerencias que se reciben de los establecimientos educacionales. Pero la realidad es que además de rechazarlas se lee entre líneas la intención de control dentro de las aulas de clases, por sobre una preocupación por el bien superior del niño.

Dentro de este centro existe una gran rigurosidad con respecto a las intervenciones y proceso a realizar con cada paciente, para el caso puntual de los niños y niñas diagnosticados con TDA se realizan terapias individuales y eventualmente con el adulto significativo, con la intención de apoyar sus diversos procesos, cambios de humor, ánimo, entre otros que son los factores que les generan mayor dificultad para relacionarse. Por medio de espacios como la hora de juego se van trabajando en torno a las características de impulsividad, hiperactiva o desatención.

Es finalmente en este centro, a donde se hará la bajada de la investigación y se seleccionará con mayor precisión de acuerdo a las características a los sujetos de atención para poder aplicar el instrumento, posterior a la recolección de información se hará el análisis pertinente pensando e incorporando las teorías presentadas durante el marco teórico con el fin de dar respuesta a la pregunta inicialmente planteada.

TERCERA PARTE

ANÁLISIS DE DATOS

CAPÍTULO IV

Determinados pero no condicionados

A continuación, en el presente capítulo se da a conocer el análisis interpretativo de los datos recogidos por medio de las entrevistas semi-estructuradas realizadas. El objetivo de este apartado es poner de manifiesto parte de los relatos obtenidos y poder reconocer en ellos los diversos factores influyentes en niños y niñas con Trastorno de Déficit Atencional que ya se han mencionado con anterioridad.

Los datos obtenidos se clasifican en dos categorías; Resiliencia y Trastorno de Déficit Atencional. De estas se desprenden los tópicos que facilitan la descripción de ambas variables para lograr una mayor profundización en lo expuesto.

1. Capacidades Resilientes

Aludiendo a la definición dada, se entiende las capacidades resilientes como *“el medio u oportunidades que desarrollan los seres humanos para sobreponerse a las situaciones o experiencias de adversidad en diferentes contextos de la vida del sujeto”* (Operacionalización, anexo 1). Estas se desarrollan en diferentes escenarios de los niños y niñas implicados en esta investigación, para esto en el proceso de operacionalización se consideraron tres aspectos importantes: Contexto personal, contexto familiar y contexto escolar los cuales pasamos a revisar.

1. Tópico 1: Contexto personal

Se define este primer tópico como el espacio en que el niño o niña desarrolla capacidades y habilidades que concretan su conversión al ser social por medio de la exploración personal, el conocimiento, la adaptación y la motivación que los ayuda a posicionarse desde la visión de otros. Este estadio es donde el sujeto, en este caso niños y niñas, fijan los pilares para la interacción con otros de acuerdo a intereses

compartidos captando múltiples estímulos cognitivos y afectivos que recogen para sentirse valorados, validados e incluidos contribuyendo así a la conformación de su personalidad y su subjetividad como ser humano.

En la esfera presente queda en evidencia que los niños y niñas se ven fuertemente afectados por los cambios permanentes en ellos y ellas, y también por las reacciones adversas del ambiente frente a estos. Según lo mencionado el contexto personal es donde los y las sujetas se conforman buscando validación e identidad, pero esto se ve interferido en este caso por el diagnóstico adquirido de Trastorno de Déficit Atencional, sin ahondar en esta variable cabe señalar de acuerdo a lo dicho por las entrevistadas, este diagnóstico interpuso una barrera entre sus hijos y la sociedad, sintiéndose ellos con menos facultades para desenvolverse de mejor forma. Para puntualizar y comprender mejor la situación tomaremos la siguiente cita:

“Él es un niño que trata siempre de ser aceptado por sus compañeros, siempre le ha costado porque de chiquitito no controlaba sus impulsos entonces siempre lo alejaban” (K, mamá de R 13 años)

En referencia a la cita, la entrevistada refiere que su hijo está constantemente siendo señalado por los demás, grupos de pares, adultos, autoridades, etc, por lo que se ve expuesto y en alguna medida obligado a cambiar sus actitudes y comportamientos, aun cuando muchos de estos no son voluntarios. Esto del cambio permanente además de ser un práctica agotadora, se convierte en algo completamente intenso donde el niño o niña debe modificar sus formas de expresión, controlar su emocionalidad y si es necesario anular muchas sensaciones para poder adaptarse y tener aceptación de sus pares. Si se pone atención a la madre, ella declara que su hijo siempre *trata de ser aceptado*, es aquí cuando lo mencionado en el marco teórico de esta investigación toma sentido, recordemos que una de las cualidades de los niños y niñas con este perfil es el riesgo que están dispuesto a experimentar por los vínculos que logra estrechar, ya que al no ser reconocidos por sus pares y en ocasiones ni por ellos mismos ponen en juego la

validación por medio de acciones a realizar que parecieran más provechosas para otros logrando la correspondencia de una amistad. Es aquí donde cabe preguntar por la situación específica de R, un joven de 13 años que entra a la pubertad, ¿no se encontrará más expuesto a peligros inminentes por la idea de alejamiento o rechazo?, una apresurada respuesta a esto podría ser sí, pero la realidad es que las consecuencias de los actos para este caso puntual no se verán determinados por lo temeroso que pueda ser el joven o la valentía que crea tener sino que el principal factor a interferir será el ya mencionado rechazo.

En relación a esto una de las madres comenta que su hijo *"es un niño que tiene miedo al rechazo"* (M, mamá de L 7 años), esto resulta un dato no menor. De acuerdo a la teoría expuesta por Vigotsky (1979) el desarrollo como fenómeno social es lo que permite reconocer la prioridad de la interacción entre la sociedad y el ser humano, generando una dependencia para poder crecer, si tomamos en cuenta que las relaciones de los niños y niñas con TDA son menos estrechas debido a su carácter más impulsivo, vale decir que el hábito de compartir es más difícil de sostener en el tiempo. Pero si hablamos del jugar, este espacio que pareciera ser más liberador en términos de energía y afecto también genera un choque importante, si reflexionamos en las reacciones de los niños y niñas al jugar, nos encontramos de frente con la emocionalidad, con la convicción de querer y poder despertando un mundo creativo que logra sorprender por sí solo donde los pequeños y pequeñas responden con sentimientos a flor de piel, es precisamente en ese instante donde aquellos niños y niñas en esta condición despiertan la euforia de haber logrado o no algo, impactando otra vez a la sociedad por la no medición de su actuar, esto pudiese confundirse con impulsividad pero en lo concreto el excesivo entusiasmo hace un cruce con el no control de emociones.

Si esto fuese una premisa emitida, es apropiado reparar en que un niño o niña no debe controlar sus emociones, si retomamos a los diferentes autores referidos durante la teorización de este estudio recordemos que todos señalan en que la niñez es aquél período donde los pensamientos se vuelven más concretos, la identificación se convierte en la meta y donde aparecen los juicios en torno a la

moralidad, lo correcto e incorrecto. Esto último es el primer indicio de que un niño o niña no tiene obligación de dominar sus sentimientos, en este caso la juventud es donde se presenta la maduración emocional permitiendo reflexiones más abstractas, pero para efectos de la niñez lo normal es que el sujeto solo reaccione ante una eventualidad, frente a esto podemos recoger las narraciones de las entrevistas.

Una de las entrevistadas comenta que su hijo *“es un niño para nada tímido, si tiene algo que decir y se le ocurren en el momento lo dice, sea lo que sea, responde él, yo me tengo que quedar callada”*(M, mamá de L 7 años).

Si revisamos esta cita, se interpreta con facilidad que la determinación de L al hablar podría ser una de sus grandes características pero si comprendemos que es un niños de 7 años causa bastante extrañeza situándonos una vez más al impacto social, hay que tener en consideración que parte de lo actual es el adultocentrismo, donde a los niños y niñas se cree incapaz de decir, hacer, pensar y se da por sentado que lo que ellos y ellas quieren siempre va a asociado a los que quieren o proyectan sus padres. Haciendo un alto en este punto, podemos meditar la idea de arrebatarse el poder de decisión y elección de los pequeños sujetos en sus vidas, pero ¿qué sucede cuando este poder de decidir es anulado?.

Hasta el momento solo se apunta al hecho de ser rechazado, pero se utilizará el concepto de estigma para comprender mejor el fenómeno. Entenderemos este como la lógica de inhabilitar a un otro a partir de sus particularidades que le permiten distinguirse del resto, el quiebre radicaré en los parámetros socialmente establecidos a cumplir, un deber ser que está incrustado en la base de la conformación de la personalidad y las relaciones interpersonales en este caso se esperarí que un niño o niña juegue, obedezca, sea educado para ser aceptado dejando de lado la curiosidad tan propia de las edades más tempranas del ser humano, pero qué ocurre con estos niños y niñas los cuales sus madres señalan como poco tímidos y aventurados en decir lo que creen o sienten. Goffman, en su

planteamiento de la ideología colectiva señala que la no aceptación a este prototipo de personas que escapan de la heteronorma se justifica en tanto los sujetos darían cuenta de principios diferentes y arraigados que pudieran poner en peligro lo establecido, siendo considerados una amenaza.

En relación a esto M (mamá de L 7 años) señala que su hijo “*es desinhibido*”, complementando que es también ocurrente a pesar de los temores que se le presentan en ocasiones. Esta opinión es más bien compartida por las otras dos madres que también indican cualidades similares en sus hijos dejando de manifiesto que en gran parte de las ocasiones están dispuesto a arriesgar. Para lo sociedad esto puede acarrear el intenso problema de no conocer la regla general de comportarse, ya que dada la condición de estos niños y niñas para ellos se torna mucho más difícil tener mayor control sobre todo lo antes mencionado despertando las llamadas *conductas negativas* recibiendo un reconocimiento y enfatización de lo perjudicial que -según el ambiente- pueden ser.

De aquí se desprende otro punto relacionado a lo recién mencionado. De lo referido en las entrevistas, queda en evidencia que en cuanto a lo íntimo a ninguno de los niñas y niñas les gustan verse expuesto y/o sometidos a preguntas personales. L que estuvo presente durante la reunión , muy atento al diálogo dice “*algunas personas hacen preguntas y no lo tolero, porque son personales*” (L 7 años, hijo de M).

Lo que manifiesta L en la intervención que realiza durante la entrevista es de suma importancia, pone de manera explícita que la exposición de sus temas personales lo golpea fuertemente generando una sensación de invasión y apertura al juicio, uno de los puntos que toca Goffman es el morbo frente a las situaciones personales de otros señalándolo como la real causa de interés y no la preocupación. Frente a esto la respuesta que dan estos pequeños y pequeñas no es positiva ni acogedora, pero cómo no sentirse así si se ven marcados por el rechazo y la diferenciación negativa frente a muchos de sus pares, de acuerdo con el autor(ídem) es posible distinguir que dentro de lo social existen dos caminos, el de

la reparación y el de la exclusión, y por supuesto ante metodologías e inversión la senda más práctica es excluir.

Desde la exclusión se ven constantemente juzgados sin mostrar comprensión o empatía con ellos y ellas, se puede ver según lo relatado los y las sujetas si tienen inconvenientes en el área personal para aceptarse y relacionarse con ellos mismo y con otros, de manera evidente de acuerdo a lo revisado se entenderá que la construcción de la autoestima se ve interferida por el reconocimiento que dan los demás y en este caso el costo del estigma es alto, este influye directamente en el autoconcepto empujándolos a tener una imagen propia cada vez más peyorativa asumiendo y haciéndose cargo de todas aquellas desventajas e incapacidades que rodean el imaginario de ser un niño o niñas con TDA.

2. Tópico 2: Contexto familiar

En este segundo tópico se entiende como contexto familiar aquel lugar en que se conforman las primeras relaciones cercanas y de confianza, con los integrantes que lo componen brindando respeto, respaldo, apoyo y contención mutuo. Este resultará la primera instancia de convivencia de los niños y niñas con pares y adultos, que determinará cómo proyectarán los vínculos fuera de este núcleo.

Parte importante de la familia es que aquí es donde se adquieren valores y aprendizajes, no sólo momentáneos sino que perdurarán a lo largo del tiempo conformando un ser moral, para esto el niño o niña debe reconocer las interrelaciones en distintas escalas, cabe señalar que el contexto familiar es la base del reconocimiento y la crítica, que también influyen en la conformación del yo y en la medida que estas sean expuestas o entregadas a los sujetos, esto les facilitará o no para resignificar experiencias vividas.

Respecto a las normas que tienen las familias y su aceptación o rechazo se puede señalar que:

"no respeta ni una norma, él llega del colegio y tiene que llegar a ordenar sus útiles, sacarse la ropa y llega derecho a la tele, yo voy y se la apago me voy a la cocina y él vuelve a prender la tele y me va a exigir porque llega siempre con hambre" (M, mamá de L 7 años)

A diferencia de M, K señala que *"las cumple (...) Si, si. Nunca ha sido atrevido ni nada de eso" (K, mamá de R 13 años)*. Esta diferencia que puede ser pequeña logra contrastar que cada situación y experiencia es diferente. A esto se alude con que, si bien la complejidad para seguir normas pareciera ser propio de los niños y niñas con TDA, este no es condicionante ya que de acuerdo afirmado por las madres de aquellos individuos guiarse por reglas es algo más cercano a la personalidad y no entra como parte de la clasificación o perfil de este diagnóstico. Para seguir ahondando en las citas debe considerarse que en cuanto a personalidad se trata cada sujeto la compone de formas diversas y que las etapas de ciclo vital son muy importante, vemos que en el apartado anterior se aludió a que no es igual tener siete u ocho años que trece o quince. Las fases de crecimiento son desiguales por lo que el comportamiento junto con la subjetividad cambian.

Otra dimensión que se consideró dentro de la entrevista fue la afectividad, en las conversaciones entabladas todas las madres anuncian que sus hijos e hijas son muy afectivos, tildándolos de piel, cercanos, amorosos, etc, agregan, sin importar las diferentes edades, que se preocupan por ellas generando un lazo aun más estrecho. Un claro ejemplo de esto es lo que dicen dos de ellas.

"me dice, mamá no te preocupes que yo te voy a cuidar, me pone al de la manera él y me pone en su pecho de la manera brusca que tiene de acercar a la gente y me empieza a hacer cariño" (M, mamá de L 7 años).

"en las noches dormimos juntos y me dice mamá abrázame (...) es

super apegado, donde estoy yo va él” (E, mamá de J 8 años).

Si se comparan estas declaraciones a la bibliografía revisada comprenderemos con mayor facilidad que la familia es el motor de la motivación, impulso y soporte que pueda tener un niño o niña con este diagnóstico, en la medida que ellos se relacionan logran tener un reciprocidad de las relaciones, para estos casos en específico, las madres son el empujón a desarrollar factores protectores, es importante destacar que las emociones y el cuerpo no se encuentran separadas, sino más bien son un complemento constante de donde se puede adquirir un rico aprendizaje si se trata apropiadamente.

En correspondencia a esto el apoyo y la contención juegan un rol importante, volvemos a indicar que de acuerdo al tópico tratado anteriormente los niños y niñas con diagnóstico de TDA tiene dificultades en cuanto a su emocionalidad, por lo que necesitan una mayor insistencia para que expresen lo que les sucede. En este caso ese trabajo recae en aquel adulto significativo a cargo del sujeto, para términos de investigación las madres. Ahora bien, el apoyo y la contención no son excluyente sino que terminan por funcionar como dialéctica entre lo que se hace y lo que se puede sostener.

Para ser más claro utilizaremos la cita de E. Ella cuenta que para su hijo es difícil la vida, que pocos lo comprenden y que en general tiene muchos conflicto en las distintas áreas de su vida, por eso afirma: *“yo ando buscando por todos lados cosas que le ayuden con tal que él sea feliz” (E, mamá de J 8 años)*. De aquí se puede desprender que ella comprende que en primer lugar es ella quien debe apoyar a su hijo, con destrezas como el coraje y perseverancia hasta buscar las condiciones más idóneas donde el niño se pueda sentir realmente cómodo, para los niños y niñas en esta condición es significativo que existan personas que le entreguen en cierta medida una incondicionalidad y que jamás los dejen haciéndolos sentir menos vulnerables y expuestos a escenarios más cruentos, convirtiéndose precisamente esto en el primer factor protector a reconocer.

Un rol que resulta importante y del que no se ha hablado aún es el de los padres, sin duda ellos también ocupan un lugar importante en la vida de sus hijos e hijas desde el papel que desempeñan. En el marco teórico de esta investigación se habla de que la familia y sus integrantes son de vital importancia de manera que además de cumplir una labor específica cada uno se convierten en referentes los unos para los otros, pero en los casos entrevistados es lamentable la ausencia de estos.

Desde un inicio, en la pregunta de investigación se utiliza el concepto de padres como término genérico abriendo la posibilidad de que en este proceso de indagación pudiesen estar presentes ambos o cualquiera de las figuras pero si bien la entrevista no tiene un ítem orientado a hacer la diferenciación entre el rol que cumple el padre y la madre, por los relatos enunciados en todos los encuentros realizados ellas entre risas y respuestas reconocen que el padre es solo proveedor pero no se involucran en el crecimiento y desarrollo de sus hijos, sino que más bien tienen contacto esporádico y en uno de los casos está completamente ausente. Si ahondamos en esta reflexión lo que podría ser un factor protector se transforma en un factor de riesgo.

La escasa o nula presencia de una figura paterna hoy no implica lo mismo que hace 10 o 20 años atrás, en la actualidad una familia de padres separados o que la madre esté a la cabeza de esta no tienen las mismas repercusiones ni prejuicios que antes, pero esto no quiere decir que una personalidad sea más importante o imprescindible que la otra, con esto hay que referirse a que si bien no pertenecer a una familia tradicionalmente compuesta no tiene costos como la discriminación, de forma personal si podría implicar algún resentimiento emocional para estos niños y niñas. Las entrevistadas comentan que no insisten en forzar la relación de los padres con sus hijos porque lo creen más bien contraproducente, para uno de los casos específicos M (mamá de L 7 años) dice que el padre de sus hijos los visita solo de noche para no comprometerse mayormente con los niños y solo se relaciona con ella intentando involucrarse sentimentalmente con ella, lo que le genera mucho dolor porque manifiesta que sus hijos pueden notarlo y que L se ve

principalmente afectado con esto, ya que, el padre la culpa a ella de su condición de desatención y señala hace notorias diferencias entre L y su melliza.

Iniciando este capítulo se da a conocer una amplia descripción de lo que constituyen las capacidades resilientes, pero es necesario estipular que resiliencia en sí, tiene como significado la adversidad existente a lo largo de la existencia del ser humano y la capacidad de resistir o sobreponerse a estas situaciones. Para que este proceso se active siempre es necesario revisar las experiencias, volver atrás visualizar aquellos factores intervinientes y reflexionar. Más adelante veremos que estos niños y niñas, los cuales sus madres fueron entrevistadas, comentan que han tenido muchos obstáculos en cuanto a educación se trata, a lo que señalan que sólo buscar e insistir es la solución a abrir espacio a sus hijos e hijas entre la sociedad. Ellas dicen reconocer que la única forma que tienen para seguir avanzando es no flaquear y revisar todas las malas experiencias para poder prever inconvenientes situaciones que puedan ser perjudiciales para sus hijos o hijas.

Una de ellas señala:

"me he sacado la crema con ellos, con L ando pa' allá y pa' acá, que la psicopedagoga, que llevarlo al neurólogo, miles de cosas y yo la verdad de las cosas no me gusta exponerlo porque no me gusta que le hagan daño." (M, mamá de L 7 años)

lo que M refiere no debe dejar de ser relevante, de acuerdo a lo recogido en los encuentros todas las madres señalan temor a que sus hijos o hijas sean perjudicados o aún peor, heridos.

Teniendo en cuenta todo lo antes mencionado se deduce que son individuos muy susceptibles en términos emocionales, sus niveles de afectación son los propios de la niñez por lo que el cuidado con que se digan o dirijan las cosas es del todo importante, pero lo cierto es que estas mujeres hacen todo lo que esté a su alcance ayudando a los niños y niñas a resignificar todas aquellas experiencias maltratadoras encaminandolos a la superación personal. De aquí surgen todo tipo

de aprehensiones, sin ir más lejos volvemos a retomar el ejemplo anterior sobre L y su padre y entenderemos que cuando desde la base está la discriminación las probabilidades de crecer inseguro y culposos se convierten en los mayores riesgos. Por qué deberíamos pensar que niños y niñas a tan corta edad se sientan responsables de acciones o situaciones tan grandes que incluso escapan de las manos de los adultos, es por eso la mayoría de ellas se reconoce como aprehensiva pero cómo no serlo cuando hay un ambiente hostil no tan lejano al propio círculo que debiera ser de contención esperando un desacierto para hacer un juicio, es esto lo que las lleva a sobreproteger y a desarrollar otras formas de relacionarse.

E cuenta "le propuse hacer algo como para ser más amigos y lo invité a comer sushi (...) entonces así conversábamos, para ser más amiga de él" (E, mamá de J 8 años). Esta cita muestra de manera expresa que el proceso de contención es diferente, que requiere aún más cercanía dado el hermetismo que estos niños adquieren de acuerdo a las sucesivas experiencias adversas y lo necesario que es mantener una relación horizontal, dejando de lado las figuras de poder que interfieran, para así poder desprenderse de los juicios y solo abrirse a la comprensión del otro. A modo relacional los niños y niñas con TDA son intensos, lo que requiere una mayor energía para enfrentar cada episodio y sobreponerse a este, es por esto que estas madres declaran que muchas veces, en muchas instancias ellas son las únicas y más indicadas para contener a sus pequeños y pequeñas.

3. Tópico 3: Contexto escolar

En lo que a educación se refiere, este tercer tópico no es menos importante. Es sabido que los establecimientos educacionales es donde, en la actualidad, los niños, niñas y jóvenes pasan el mayor tiempo de acuerdo a la modalidad de jornada escolar completa. Como se menciona en un inicio de la investigación el colegio o escuela debe ser el principal garante de derechos y debiese tener como objetivo promover la reflexión, el pensamiento crítico si así se quiere pensar y la

socialización, este período de la vida se convierte en la segunda dimensión de socialización, pero ahora en otra escala.

Los niños y niñas en el colegio aprenden a compartir y trabajar en conjunto, implicando esto el conocimiento de otros y la aceptación. Pero la realidad es que al relacionar esto al punto anterior, todas las familias son diferentes por ende los estilos de crianza también, con esto nos referiremos a que las capacidades y características de todos los niños y niñas son diversas, por lo que, si bien a algunos les acomoda y facilita la etapa escolar hay otros sujetos que la vivencian como un período complejo cargado de estrés y ansiedad, sintiéndose más o menos expuestos a los criterios de suficiencias y exigencias que instalan las instituciones.

Como se menciona en esta investigación los niños y niñas deben congeniar con el medio para entablar una relación, ésta tendrá características específicas y a la vez diferentes de acuerdo a la reacción del sujeto y del medio. En la primera sección de este análisis se señala el estado personal de aquellos niños y niñas. Para esto K mencionaba que su hijo Renato se esforzaba mucho con los demás, en esta ocasión esto no resulta diferente, cuando se le pregunta por el contexto escolar de su hijo ella comenta *"trata mucho de que sus compañeros los acepten y de agradar"* (K, mamá de R 13 años). Un punto importante de la resiliencia es el volver a intentar sin predisponerse al resultado que se pueda obtener, así los sujetos comprenden que el riesgo es parte de la dinámica dando la posibilidad a poder calibrar de mejor forma las cosas e incluso poder reinventarse con respecto a alguna situación que les provoca algún tipo de sensación incómoda. Desde esta premisa los niños y niñas toman un lugar de autonomía, donde se posicionan con la idea de poder hacer algo sin retraerse ni censurarse del comportamiento real que quieran adquirir.

Los diferentes autores que hablan de resiliencia, mencionan el aprender como una acción que no se limita sólo a lo cognitivo sino también incluye lo emocional, es sabido que para los niños y niñas es mucho más fácil y práctico adquirir conocimientos por medio del cuerpo, esto quiere decir que en tanto se

emplean metodologías más teóricas como las comunes, se instala la posibilidad de disciplinas menos estructuradas con un componente lúdico donde por medio de lo expresivo se adquieren los saberes. En las primeras etapas de vida esto resulta vital, si pensamos en niños y niñas muy pequeños recordaremos que en la fase donde aún no han incorporado la oralidad o no se desarrolla bien, ellos y ellas se mueven de acuerdo a las emociones, lo que sienten y cómo se siente frente a los sucesos diarios. Si se tiene en cuenta esto como una opción facilitadora de los procesos en los que se ven los hijos e hijas de las mujeres entrevistadas comprenderemos la importancia de tener un espacio adecuado para el desarrollo. M expresa *“que sería bastante bueno que las demás personas también se pusieran en su lugar, habría un cambio”* (M, mamá de L 7 años).

Haciendo un alto en lo que menciona M, a simple vista lo que da a entender esta cita es que el niño tiene algunos problemas sin resolver, podrían ser de actitud o conducta pero ese no es el centro. Esta madre deja entrever que el conflicto no es el niño o sólo el niño, que detrás hay un contexto en el que el pequeño se desenvuelve de una manera en particular y eso conlleva dificultades de otro orden. Si se repara la teoría de representaciones sociales esto no pasa inadvertido y mucho menos queda ajeno, fundamento importante de este postulado es que el sujeto en la interacción consigo, otros y la sociedad genera un aprendizaje.

Respecto a esto una de las madres entrevistadas comenta *“a ver, es un niño sociable, pero le gusta estar solo”* (K, mamá de R 13 años) dejando en evidencia que observa a su hijo en posición de aislamiento en relación a los demás niños, no necesariamente por opción. Si bien, se ha revisado que algunos de ellos prefieren estar solos o compartir poco espacios de encuentro con sus pares, la realidad es que todas afirman sentir a sus hijos en un estado de exclusión y estigmatización que además de marcarlos los comienza a definir como un sujeto en particular con características y aptitudes particulares.

Desde el momento en que empiezan a visualizar bajo el foco del estigma se le asignan tareas y singularidades con las que se sentirá identificado y deberá

cumplir. Pero previo a esto no debemos olvidar que el interactuar con otros es lo que nos dará lecciones a considerar para avanzar. Frente a esto tomemos en cuenta lo que dice Durkheim sobre las representaciones colectivas, esto refiere que la elaboración del entendimientos siempre es creado y compartido por un ideario social común generando así un alcance ordinario al que todos podemos acceder cargado de referencias y simbolismos, si nos detenemos comprenderemos que hay un conjunto de significaciones con las que debe cargar un niño o niña con TDA, ya que de acuerdo a lo mencionado por las entrevistadas la mayor parte de sus vidas estos sujetos por pequeños que sean han sido mayormente marginados. No lo vemos solo en este tópico sino también en los anteriores, donde la mayor preocupación de las mamás es poder legitimar un espacio de comodidad y lejos de peligros, pero ¿o debiese ser el colegio uno de estos espacios?, respecto a eso E comenta que *“Andaba todo el día en el patio, todo el día, yo creo que él nunca se adaptó al colegio”* (E, mamá de J 8 años). A esto se agrega un dato no menor brindado por el terapeuta de R y confirmado por su madre, que el joven en sus 13 años ha estado en trece instituciones educativas diferentes. Con estos antecedentes parece lógico volver a preguntar qué sucede con el contexto escolar, iniciamos esta división diciendo que los organismos educativos debieran ser garantes de derechos, pero lo real y según la información recogida podemos dar cuenta de que no es así.

En todas las reuniones sostenidas con las diferentes madres mencionan haber cambiado a lo menos una vez de colegio a sus pequeños y pequeñas, teniendo que hacer cada una de las veces un proceso de adaptación a espacios y personas distintas, algunas veces con mayor dificultad que otras pero teniendo que realizar cambios y disponerse a intentar una y otra vez. Al día de hoy todos ellos se encuentran en lugares acogedores donde han podido iniciar un proceso de integración y participación, sentirse cómodos y queridos, pero esto debemos entenderlo con un prisma en específico, el de la oportunidad. Hay que ser lo más claros posibles y darle la especificidad necesaria a cada apunte, por eso se estima necesario resaltar que aquellas entrevistadas hablan de buscar, luchar, movilizarse y hacer todo lo posible, contar con redes, etc, pero si lo pensamos desde la vereda

de enfrente qué pasa con quienes no tienen los medios necesarios ni la oportunidad de brindar un mejor sostén a sus hijos o hijas, porque la realidad es que no sólo se necesitan ganas para poder avanzar en un senda tan compleja como es inclusión, hay que contar con recursos como el tiempo, apoyo, orientación para hacer una buena elección y eso sin pensar en la limitación innegable de lo económico.

Re-ordenando el cuadro la primera acotación es el nivel económico, lamentablemente para el común de las personas el dinero limita en este caso la educación que puedan y quieran brindar a sus hijos o hijas, constituyendo la primera discriminación, en segundo lugar depende de las condiciones puestas por cada establecimiento las cuales solo dependen del caso a caso y en las que uno debe verse dispuesto a aceptar o rechazar, porque las posibilidades de transar o proponer son escasas por no decir nulas y en último lugar y lo que nos convoca, la aceptación. No debe parecer extraño cuando una de las entrevistadas declara que *“lo echaron del colegio, en el antiguo colegio que era muy grande nunca tuvo amigos” (E, mamá de J 8 años)*, más bien lo correcto es asumir que los sitios que frecuentamos cualquier persona no son siempre amables ni empáticos por lo que hacemos una inconsciente preparación para recibir lo que sea y como venga.

A esto se apunta cuando mencionamos representaciones sociales, estas se revelarán conforme el tiempo como relaciones dialécticas en las que la realidad y lo subjetivo construirán arquetipos de representación para entender y catalogar a otros, con la sola finalidad de interpretarlo de manera más concreta, los arquetipos por supuesto integran en su elaboración creencias, cultura, rituales, mitos y demases dándoles formas para su utilización. Estas categorías adoptadas y moldeadas socialmente se les asignarán a los sujetos mediante sus propiedades portando un valor de identificación importante, qué pasa entonces con estos niños y niñas con un diagnósticos de TDA, lo que ya hemos mencionado antes se ven visualizado y observados bajo el lente del déficit.

Aludiendo al marco referencial de esta investigación, la respuesta del MINEDUC ante estos casos es casi nula, la única inserción que se realiza es

mediante métodos PIE que no cumplen con las expectativas puestas y que además no contribuyen ni exploran el real trabajo que se debe realizar, ¿por qué pensar que un niño o niña con dificultad para concentrarse necesita reforzamiento de materias? ¿este trabajo no será aún más agotador creando algún tipo de agobio en ellos?. En torno a lo reflexivo parece importante destacar que si bien pueden ser muchos o pocos las personas que estén expuestas a estas instancias, que al parecer funcionan más como un estresor, las expertas en la materia (para estos casos) son aquellas mujeres que acompañan todo el proceso y conviven con niños y niñas desatentos.

Para ir cerrando esta primera parte del análisis surge con vital importancia mencionar lo presente que debe tenerse siempre el contexto, a menudo nos vemos criticando por criticar sin la capacidad de, lo que se menciona recurrentemente, ponernos en el lugar del otro y quizás hasta no querer hacerlo, desde una perspectiva más comprensiva esto es incluso justificable cuando vemos que los aparatos estatales que debieran tener la respuesta no hacen más que poner una tabla en aquel agujero que debe ser reparado, es de esperar y desesperanzador a la vez saber que el estereotipo no es más que una respuesta reflejo ante situaciones que no podemos resolver por nuestros medios y que habiendo medios y quienes puedan dar respuesta no lo hacen.

He aquí donde es importante recalcar que podemos estar limitados pero no necesariamente determinados, siempre se deben buscar nuevas formas de poder entrelazarnos y mejorar condiciones y situaciones que nos favorezcan no solo a algunos sino a todos, aquí nace la necesidad incesante de dejar de apuntarnos para juntarnos y trabajar, parte de la resiliencia es eso, poder ver al otro y a uno mismo sin categorías, olvidando quienes debemos ser y recordarnos siempre quienes somos y establecer nuevas formas, tal como señala M *"antes le decía ¡pero toma atención! ¡pero mírame! y vi que no era el método"* (M, mamá de L 7 años), simplemente ver que la discriminación y rechazo no es el método.

Trastorno de Déficit Atencional

Para esta división se considera la segunda categoría, Trastorno de Déficit Atencional con el fin de continuar el análisis de los discursos de las entrevistas y comprender las realidades que se presentan, así se entiende entonces el Trastorno de Déficit Atencional como *“un desorden neurobiológico que presenta característica como desatención, hiperactividad o impulsividad que persisten en el comportamiento del niño o la niña mientras se relaciona en diferentes ambientes ambientes de su vida”* (Operacionalización, anexo 1). Como se mencionó con anterioridad en el inicio de este estudio este consiste en un trastorno denominado de conducta en el cual la sintomatología se externaliza haciendo que la adaptación del sujeto en el medio sea un poco más compleja asignando una labilidad atencional, mayor dispersión en lo abstracto y la impulsividad e inquietud reiteradas en otras oportunidades.

Lo curioso de este síndrome es que es altamente heterogéneo, por lo que cada caso es diferente y tiene sus propias especificidades, si bien algunos pueden remitirse directamente a los tres tópicos que pasaremos a revisar, existen también otras peculiaridades que se dan dentro de este fenómeno como lo son la oralidad, los procesos de aprendizaje y cognición, la percepción de sentidos y la intensidad con la que viven e interpretan cada suceso. Está de más decir que lo recién nombrado impone una diferencia de relación consigo y con los otros, pero se suman otros inconvenientes en lo metódico como la dificultad de resolver conflictos, seguir instrucciones y finalizar tareas, realizar funciones determinadas, etc, que al mezclarse provocan una desorganización mayor, en donde los niños y niñas se sienten incomprendidos en primera instancia porque no pasa por un proceso voluntario y segundo, porque como se examinó antes nadie está dispuesto a empatizar.

4. Tópico 4: Desatención

Para ahondar en esta etapa final dividiremos el trabajo en dos ítems el primero en revisar será la desatención. Como se insinúa en el párrafo anterior la voluntariedad es una variante que se encuentra en juego desde siempre, la idea de que el niño o niña no puede tomar atención versus el no quiere o le pone atención a lo que le interesa ha sido siempre una disputa importante, pero lo real es que poder hacer esta diferencia resultará fundamental para distinguir quienes tienen un componente de TDA de aquellos que diagnosticaron sin tenerlo.

Los tecnicismos del TDA aluden a la captación de estímulos, como se vio durante la teorización la atención y desatención no son voluntarias para este caso y dependen mucho de los estímulos recibidos. En la controversia de descubrir si ponen atención a una o todas las cosas los estímulos dirigidos o no a la personas son todos potenciales distractores que desviarán la atención a lo que momentáneamente parezca más dinámico o entretenido, de acuerdo a esto una de las madres señala que *“a L lo distrae todo, pero con lo único que toma atención y se concentra demasiado bien es con el televisor”* (M, mamá de L 7 años), esto no ha de extrañarnos si consideramos que la televisión es el máximo expositor de estímulos constante y así el mayor captador de atención para una persona de cualquier edad. A modo de reflexión es habitual reconocer la televisión y el mundo del entretenimiento como engeuedores para la conciencia y reacción de los individuos en la cotidianidad, si acogemos la metáfora de la *caja idiota* resulta aún de más fácil comprensión que la *tele* es el aislante más efectivo y alienador de la mente.

Desde este punto, se entiende y se insiste en que no es extraño que un niño con TDA se concentre viendo televisión, los colores, parlamentos, escenas y mensajes que esta emite son tan rápidos que dan la posibilidad de mantener la mente ocupada constantemente y en constantes cambios, porque lo televisivo no presenta ideas fijas sino más bien, estructuras que van cambiando a veces sin tener

mayor coherencia. Si se asocia a las propiedades del fenómeno ésta sería una instancia lo llamativo reinaría por sobre otras actividades, veíamos en capítulos anteriores que los niños y niñas con déficit atencional podrían crear una lista de cosas inconclusas, pero el ver tv no se sumaría dado que mantiene despierta la motivación.

La mamá de R declara que *“se demora mucho y se distrae muy fácil”* (K, mamá de R 13 años) y volvemos hacer hincapié en lo mismo, los factores externos son muy importantes de considerar por supuesto no es lo mismo sentar al niño o niña solo a estudiar en una habitación en silencio, que por lo demás es muy difícil, que situarlo en una casa donde viven más personas, hay un televisor o radio funcionando y ruido del ambiente. Siendo realistas es casi imposible que no hayan estímulos, la realidad es variada y multidimensional por lo que pensar que un ambiente propicio sea algo casi inerte es impensado.

Pasando a la materia de concentración, todas las entrevistas señalaron que sus hijos son muy dispersos, una de ellas comenta *“Antes estaba ni ahí con nada no escuchaba, por ejemplo le decía: J, J, J... y después de un rato me decía qué?”* (Er, mamá de J 8 años). Esto dificulta la forma de relacionarse, si bien E y la demás dicen poder sostener una conversación con sus hijos mencionan que en algún punto mezclan temas y ellas quedan un poco al debe en entendimiento y no logran captar todas las ideas planteadas en el diálogo. K cree que *“en realidad solo es cosa de concentración, porque ahora no sucede tanto”* (K, mamá de R 13 años). Frente a esto las madres reaccionan de forma pasiva pidiéndoles que ordenen y organicen aquellos que quieren manifestar, esto responde en concreto a la expresión sensorial del niño o niña. Si bien, podemos pensar que cuando de verbalizar se trata no necesariamente está presente lo sensorial, para estos casos la magnitud de las cosas es diferentes por lo que en tanto aparece una idea sobre otra tienen la necesidad de manifestarlas y anteponerlas a las que ya estaban instaladas, de lo contrario los elementos aislados que mantienen en la mente pero no los condensan pasan al olvido. Este procedimiento es solo memoria selectiva, que como podemos ver no les permite seleccionar sino fijarse en todo lo latente, lo emergente para

expresarlo sin que sea olvidado, esta es una de las razones por las que cuesta comprender a los niños y niñas con este perfil. Sin cumplir el objetivo de seleccionar y sostener la atención por tiempos extensos a estímulos determinados pensemos que no debe ser fácil convivir que experimentan muchas sensaciones y pensamientos a la vez, tantos que ni siquiera él o ella misma pueden ordenar y mucho menos controlar, haciendo que su manera de relacionarse consigo sea agotadora y externalizar todo aún más.

Manteniendo la idea de memoria y como habíamos dicho antes, cada caso es diferente. La madre de L dice que su hijo tiene muy buena memoria y ejemplifica con la siguiente frase, *"empezamos a hacer la disertación, se la dijimos y se la aprendió pero inmediatamente"* (M, mamá de L 7 años) pero contrario a esto, K dice que a R *"se le olvidan las cosas, es cabeza de pollo"* (K, mamá de R 13 años), si comparamos ambas situaciones y sin necesariamente considerar que tienen edades diferentes, vemos que no todos reaccionan de igual forma ante la misma eventualidad. El ser humano es un individuo diverso que sin duda destaca capacidades por sobre otras, como apreciamos uno de los fuertes de L es la memoria más no el de R, esto lo podemos interpretar ya que sus déficit atencional responde a dos tipologías diferentes, mientras L se encasilla en el orden de la hiperactividad R se encuentra en el lado de los desalentos, antes de pasar a los siguientes subtipos es crucial resaltar este balance, porque si le damos una lectura más profunda el recordar o no es una función básica e importante para el ser humano. Si tomamos muy vagamente los postulados de Durkheim en su capítulo *El suicidio*, este devela que el perder recuerdos (o para este caso no recordar) es una pérdida de sentido en el ser, para los adultos que rodean a estos niños y niñas quizás sea insignificante que olviden una idea, pero para ellos y ellas es realmente frustrante porque van perdiendo identificación, el tener buena o mala memoria va inferir directamente en las decisiones que se toman, en lo que decidimos rescatar o valorar, está en directa relación con la resiliencia porque la memoria es lo que nos permitira anteponernos y sobreponernos.

Para ir cerrando este bloque es necesario referirse a la capacidad de representación que tienen los niños y niñas con TDA, lo que hemos revisado consta en que si bien pueden divagar son bastante concretos cuando a representaciones se trata, he ahí la importancia de analizar el TDA y sus capacidades resilientes. La concreción alcanzada por estos pequeños y pequeñas es tal que les enreda la posición de pensar en lo que viene, de visualizar una solución a algo próximo, para ser más claros tomaremos los que dice K.

"O sea R es super concreto si ud le dice deme un ejemplo, él le va a dar uno de lo que ve, no se va a imaginar otra cosa" (K, mamá de R 13 años). La interacción con R -y no sólo con él- podría tornarse tediosa, si hablamos de expectativas las que tengan los demás con respecto a las propias no serán las mismas. Desde los 7 a los 13 la etapa de ciclo vital enuncia el desarrollo de la elaboración de pensamientos abstractos y reflexiones, dejando en el mundo más infantil las ideas tangibles, como mencionan los autores como Erikson la laboriosidad se hace presente con el objetivo de figurar un mundo con simbolismos, que al parecer los niños y niñas con estas características no arman de forma tan estable dificultando la comunicación.

5. Tópico 5: Impulsividad e Hiperactividad

En este último punto se analizará las formas como se enfrenta la impulsividad e hiperactividad de los niños y niñas con TDA. Para este apartado se aclaran ambas características pero se analizarán de manera conjunta dada la frecuente combinación de estas en el padecimiento de este síndrome.

Como se expone en un inicio de esta tesis, existen tres tipos de combinación de TDA; 1- con énfasis en desatención, 2- con énfasis hiperactividad, 3- de tipo que combinado que contiene las tres características (desatención, impulsividad y hiperactividad; TDAH-C), pero es muy común que la hiperactividad y la impulsividad vayan de la mano.

Se volverá a considerar que la impulsividad es un estado permanente de ansiedad exacerbada que desde la perspectiva de estos niños y niñas los hace percibir todo con mayor calma generando angustia y precipitación en sus reacciones. Las madres entrevistadas contaban que sus hijos experimentaban una alta frustración cuando no se sentían escuchados, es más Marina dice: *"Que no lo escuchen, es inmensamente terrible que no lo escuchen"* (M, mamá de L 7 años), y continúa mencionando que cada vez que esto sucede se desata un episodio de descontrol *"le da rabia, mucha, antes lloraba, pateaba todo de frustración, hasta se descompensaba"*.

El tiempo que demora en calmarse L es considerable en relación al de otros niños, por supuesto este responde con una reacción acelerada al no ver una respuesta inmediata, pero esto no es un asunto de inmediatez sino más bien de impulsividad dada por la no capacidad de espera, de detenerse a reconocer todos los factores a los que se les debe dar respuesta, en este caso el niño no comprende que M, su madre, está atenta a lo que él dice pero que en ese momento pudo estar atendiendo algo más, además de escucharlo y por acción mecánica respondió a la labor que estaba ejecutando antes que a él, pero podemos advertir que no sólo a ella le pasa.

El caso de R no es diferente, su madre K comenta que cuando algo no le resulta se enoja, en algunos casos llega a lanzar cosas o dejar todo tirado a causa de la ofuscación que se presenta, *"la última vez que se desbordó fue en el verano, antes de entrar a clases en marzo, que fue por un pedazo de plastilina pero me costó controlarlo, porque R es alto entonces me costó"* (K, mamá de R 13 años), inmediatamente esto puede interpretarse de tal forma que R resulte ser un niño que no mide consecuencias sino que sólo actúa, esto podría resultar un arma de doble filo, en general se presenta una admiración social a aquellas personas más decididas por un carente falta de confianza y actitud en los individuos. Esta inseguridad puede estar asociada al cumplimiento los cánones impuestos, al deber ser y no al querer ser, así vemos que la publicidad, medios de comunicación, imagen, etc nos bombardean con formas y modelos a seguir. En este contexto una

figura decidida es rescatable, no exento de críticas pero sí considerablemente valiente, estructuras y perfiles como este, como niños y niñas con Déficit atencional son a veces admirados y la mayor parte del tiempo rechazados, es de suponer que un país con estándares tan pacatos y conservadores como Chile el romper esquemas es sinónimo de descontrol, pero que pasa en los casos como R que tomando decisiones sin reflexionar, bueno para ellos también hay rechazo y peor aun juicio, juicios de valor peyorativos que cuestionan el actuar ni siquiera desde la crítica sino del destrozo sin dar cabida al entendimiento del por qué hacerlo así y mucho menos a la posibilidad de reparar daños en caso de que así haya resultado.

Frente a esto se logra reconocer a niños y niñas temerosas, en su trato con los demás, en reconocimiento de ellos y ellas mismas y lo que hacen, parte de la entrevista fue consultar si las madres captan miedo e inseguridad en ellos y todas las respuestas fueron si, durante todo este análisis hemos hablado del miedo que les generó en alguna momento de su vida relacionarse con sus pares por temor a ser repudiados. Tratándose a la otra arista la hiperactividad es un patrón asociado al excesivo movimiento y descontrol de la corporalidad con la ausente capacidad de estar sedentarios, esta es una de las cualidades más problemáticas en los niños y niñas de este perfil sin ir más lejos Marina cuenta un episodio importante. Refiriéndose a L dice:

"pero era inquieto, se le cayó a la profesora, se azotó la cabeza, convulsionó, lo tuve hospitalizado entonces yo ahí me agarré con la profe, le dije que yo le entregaba a mi hijo en sala y ella no era capaz"
(M, mamá de L 7 años)

este acontecimiento es muy relevante, uno de los indicadores más precoz que se puede captar en un niño o niña con TDA es la cantidad de accidentes que tienen durante los primeros 6 años, según los autores esto da cuenta del incontrolable movimiento que necesitan mantener para bajar sus niveles de ansiedad. Eso lo dicen los expertos, pero desde el lugar de los adultos responsables es preocupante saber que sus hijos e hijas están mucho más expuestos a accidentes cotidianos y la

fase de soltar, cuando los pequeños y pequeñas entran al colegio esta se torna aún más difícil. De alguna forma la vida de las personas que conviven con alguien con TDA es un sube y baja de emociones, es bastante inesperado el día a día más allá de que todo esté en constante cambio, para ir cerrando este capítulo se incorpora el último punto en cuanto a humor se trata, las madres manifiestan que:

"No, cambiante de repente estaba de buenas por decirlo de alguna forma y de repente estaba de malas y ahí le decía oh pero J ya, porque finalmente él me ponía de mal humor a mí" (E, mamá de J 8 años).

"Cambiante, de repente puede estar de muy buen humor y llega a la cocina y me dice "mamá tengo penita" (M, mamá de L 7 años).

Esto indicaría efectivamente que son personas en constante cambio que pasan de un estado a otro con mucha facilidad, sin ser necesariamente emociones similares, esto podría responder a un descontrol de emociones, pero cómo se repasa al inicio de este análisis los niños y niñas no tiene por qué controlar sus emociones, sin duda este comportamiento y forma de relacionarse solo hace todo más complejo, de aquí la necesidad de entenderlo y no criticarlos. Como adultos comprendemos que la crítica se hace necesaria y apropiada en la medida que se realice de forma amable y constructiva pero lo habitual es que estemos casi programados para *esperar lo que venga* porque sabemos de antemano que lo constructivo no reina en un mundo de competitividad, lo certero en este caso es hacernos el juicio a nosotros mismos, qué tipo de ser humano somos y qué adulto pretendemos ser, si es ese comprensivo a quien se le abren puertas e intenta tener lazos estrechos y sanos o la típica caricatura del adulto amargado que no ríe, todo le molesta y ni siquiera sabe lo que come por estar todo el tiempo pensando. Al parecer la labor está más en el sentir que pensar, si vemos estos niños con todas estas muchas características peculiares, a pesar de sus altibajos y de lo observado tanto por los terapeutas como la entrevistadora no son niños infelices, podrían existir muchas explicaciones para esto pero el denominador común en todas las experiencias conocidas es la libertad de expresión y el espacio acogedor que brinda

su núcleo familiar.

Uno de los lineamientos principales de esta investigación es poder entender el rol que juega la familia en la vida de los niños y niñas con TDA, durante este proceso hemos advertido que la figura de los chicos y chicas es un monstruo, que son portadores de las características más atroces y dañinas para el autoestima e identificación, reparabamos en señalamientos de las madres cuando comentaban por los muchos establecimientos que pasaron sus hijos, las millones de puertas que han tenido que tocar para que ellos se sientan cómodos, pero vale la pena insistir en que así como se dedican estudios a conocer los problemas que abarca esta temática también es importante descubrir las capacidades con las que sí cuentan.

De la lectura a las entrevistas se prevé que son niños muy comunicativos, estando dispuestos a participar y ayudar a otros, siempre tienen algo que decir, una opinión, comentario o palabra con la que creen pueden aportar, tienen un sistema de aprendizaje muy rápido que funciona casi tan rápido como su forma de captar incentivos externos y de esta manera responden a todo, muchas veces a medias, quizás con demora pero lo importante siempre es intentarlo una y otra vez. Por supuesto este mérito no lo desarrollan solos sino con ayuda de la figura principal que en todos los casos fue la madre, pero siempre con hermanos y abuelos presentes.

¿Qué se puede recoger de esta última línea?, que la familia y el amor es fundamental en todas sus formas, durante las entrevistas estas mujeres cuentan que sus hijos fueron marginados, obligados a someterse a tratamientos farmacológicos, inserción de PIE, etc a los que se oponían porque sabían que no necesitaban, qué sucedía, se sentían expuestas y tanto o más discriminadas que ellos. En algún momento de las entrevistas se les realiza la siguiente pregunta:

“Y ud se sentía parte de este estigma?- Claro, que a una no le quieran el hijo...” (E, mamá de J 8 años) esta es la sensación que experimentan, en ninguna de las conversaciones la respuesta fue distintas, entonces es ahí donde debemos preguntarnos ¿el problema será de ellos o nosotros? porque si lo meditamos de

manera fría, tenemos a un alto porcentaje de la población creyendo que sus hijos o hijas tienen TDA, cuando realmente no es así, cuestionándose qué hacen mal, en qué fallan y qué pueden hacer o cambiar para poder incluirse y ser partícipe de la sociedad en general. Una de las madres cuenta

“yo no salgo nunca con mis hijos, no salgo con ellos porque se que son muy buenos para comer (...) y de repente uno los lleva a otras casas y eso no es bien visto, no se entiende. En mi casa yo les doy todo lo que ellos quieren y ellos piensan que en todos lados es igual, entonces los juzgan, me juzgan a mí, entonces prefiero quedarme en mi casa” (M, mamá de L 7 años).

Si esto no es segregación qué es entonces. Como individuos impulsamos a otros a individuarse a tal punto que modifican su estilo de vida por alguna adversidad que aprenden a sobrellevar con el tiempo, esto es ilógico porque tal parece que quienes no podemos sobrellevar las diferencias de los demás somos nosotros mismos y para sentirnos mejor utilizamos conceptos nocivos que alivian nuestros temores y los entregan a otros.

Algo llamativo de la temática es que estas mujeres reconocen redes de apoyo, en general externas a los aparatos estatales o a quienes debieran responsabilizarse del tema, hablan de reiki, colegios artísticos, terapias psicológicas, deportes y psicopedagogas buena gente, pero por qué debemos esperar que existan personas buena gente para apoyarnos, cuando la labor de un especialista es buscar nuevas formas de trabajo y no necesariamente soluciones, porque entendemos que el TDA no tiene solución y las resoluciones parches jamás han sido el camino correcto. Ante todo lo que se ha ido mencionando la mayor duda que se presenta es ¿el inicio de una deshumanización? convengamos que por los relatos podemos deducir poca dedicación y disposición al tratar con esta materia, vemos que muchas veces estos pequeños fueron derechamente ignorados, descritos con desprecio y apuntados, marcados por una reseña que dice *niño problema* instalando en ellos que no pueden y que no lo van a lograr incidiendo

directamente en su conformación del autoestima. Y con esto volvemos a la insistencia de las madres, hay que recalcar que el primer factor protector para estos niños y niñas siempre será aquel adulto significativo que los empuje a realizar cosas, finalmente son quienes reconocen capacidades como las manuales, la memoria visual y auditiva, desplante, mucha energía y creatividad con la que se pueden desenvolver con perfecta normalidad.

Es preciso considerar un relato en particular que hace K, la mamá de R cuando se refiere a su hijo la relación con los demás, ella comenta que R aconseja y se preocupa de sus compañeros, hace lo posible para apoyarlos en momentos difíciles. Si se contrasta su realidad de haber pasado por 13 colegios diferentes, esta es una real capacidad resilientes porque sin importar el daño recibido y los prejuicios instalados en él, comprende que lo esencial es el compromiso y conocer al otro.

Finalizando esta sección se reitera que lo fundamental siempre es el amor y prevalecer al lado de aquellos que nos necesitan a pesar de todo, estos niños y niñas han avanzado a su ritmo y de acuerdo a las herramientas que tienen pero porque no se encuentran solos, lo real es que todos necesitamos a alguien siempre, nadie puede solo en la vida y mucho menos con ella. Por qué esperar que un niños resuelva solo sus conflictos cuando los adultos nos encontramos enfrentados a adversidades que no sabemos muchas veces como sortear, para esto solo queda reflexionar personalmente con la siguiente cita.

“me decía que no podía y yo le insistía en que si podía, pero hazlo y “no, no, es que no puedo, no” y tiraba la cuestión y yo le dije “no importa, llévalo” (M, mamá de L 7 años).

Una vez más M - por supuesto no solo ella, sino las demás también- nos invitan a la perseverancia en nuestros actos, ha de hacerse un reconocimiento en que la constancia no siempre predomina frente a lo que hacemos y creemos, pero como se puede visualizar dentro de esta investigación algo importante dentro de la

vida del ser humano es la necesidad de creer. Estas mujeres lo plantean de la forma más básica y amable que es principalmente creer en uno mismo, cuando este ejercicio se realiza desde pequeños y cuando hay alguien detrás que cree es mucho más fácil sortear la adversidad, hay que hacer la reflexión en torno a lo que hoy somos sin olvidar lo que fuimos antes, quienes estuvieron con nosotros y por qué, esto nos permitirá reconocer a diario nuestra propias capacidades, impulsarnos y movernos a lo que queremos alcanzar.

CAPÍTULO V

El proceso del diagnóstico

En este segundo capítulo se expondrá el análisis interpretativo que se realiza de la información recogida en las entrevistas semi-estructuradas a los terapeutas. El fin de esta sección es poder indagar en la opinión de los profesionales respecto al proceso de los niños y niñas con Trastorno de Déficit Atencional, las afectaciones familiares que se generan en torno al fenómeno y la reacción que perciben los psicólogos en las madres frente a la situación de cada uno de sus hijos.

Para esto el apartado se dividirá en dos tópicos; Hijos y Madres con el fin de comprender la interacción entre estos, pero también cómo se desarrollan por separado. El TDA tiene implicancia en todos los contextos diarios en los que un sujeto se desenvuelve, así los tópicos que fueron utilizados anteriormente (contexto personal, familiar y escolar) serán considerados como subdimensiones de acuerdo a las nuevas categorías que corresponda. Es relevante reiterar que la profundización de episodio se centrará en la percepción que tienen los propios psicólogos frente al diagnóstico que se presenta a estos niños y niñas, sus madres y las áreas que le acompaña

1. Tópico 1: Niños en problemas

“ Yo creo que más que un niño con TDAH era más un problema afectivo, las pruebas gráficas acusaban eso, un ambiente altamente restrictivo (...) además hay toda una historia, una separación, un padre bien ausente y cuando aparecía era bien torpe con las palabras con los gestos. Mi tesis era más bien que se puede ser un niño inquieto pero como todo niño y como todo niño que está pasando por un problema y sobretodo cuando la madre no ha logrado tramitar o solucionar su propia historia” (P. P, terapeuta)

Para iniciar hay que reflexionar en torno a lo determinante que puede ser un diagnóstico en la vida de cualquier persona, si se piensa con ejemplo ligeros cualquier condición clínica que se detecte es alertada a un paciente, se le pone en conocimiento de lo que debe o no hacer en pos de la mejoría o pronta recuperación interfiriendo los hábitos y costumbres, para un niño o niña con TDA no es distinto. Lo primero a reconocer y según lo revisado en el marco teórico es que esta desorganización es permanente y de alta prevalencia por lo que una vez desarrollada solo existen medidas de tratamiento impulsando a los afectados a adoptar nuevas prácticas para poder sobrellevar el problema.

Durante las dos entrevistas mantenidas con ambos terapeutas, estos señalan que el diagnóstico de TDA es efectivo y emitido por el especialista correspondiente pero que también porta un componente afectivo que sin duda acentúa las características del trastorno, así como lo señala la cita con la que se inicia detrás de estos pequeños y pequeñas existen contextos determinados que dan forma a la realidad que cada uno vive porque también es importante recalcar que para cada caso será distinto entendiendo siempre que desde el paradigma cualitativo existen muchas realidades, he ahí el interés de ahondar y reconstruirlas por medio de los relatos.

Según la información recopilada en las reuniones, hay puntos de encuentros para los tres casos; los tres son niños -de diferentes edades-, dos de ellos tienen situaciones económicas precarias, todos tienen una familia monoparental con jefatura materna y pasaron o se encuentran atravesando alguna situación que conlleva violencia. Respecto a la primera arista que para este caso será la personal, si se fija la atención en los niños estos se encuentran en problemas mayores a ellos, un niño no puede resolver algún conflicto que atañe a toda la familia porque en ningún caso será su responsabilidad lo que esté ocurriendo pero no pareciera ser tan claro para ellos.

Entenderemos esto de mejor forma con la siguiente cita:

“En relación a su autoestima y autoconcepto estaban muy dañados, porque él consideraba que era tonto, que siempre molestaba que siempre hacía las cosas mal al punto de que muchas veces se llegaba a autoagredir” (P. P, terapeuta CAPS)

La forma de L al verse a sí mismo era de carácter peyorativo, el niño se mostraba dubitativo en muchas instancias y mantenía un sentimiento de pesar respecto de su imagen, así lo manifiesta el extracto. El terapeuta de L confirma que él creía que molestaba constantemente y que su lugar en el mundo generaba una incomodidad que ni siquiera el propio sujeto podía quedar excluido, la representación que fue construyendo de sí era a través de lo que otros señalaban de su comportamiento, el reconocimiento que sus pares y adultos que lo acompañan le daban era la figuración que creó para poder cumplir, así L en sesión se describía abiertamente como el niño cacho, porfiado e incapaz. La importancia de detenerse aquí es que en el cotidiano el ser humano elabora prejuicios de otros que va aprobando o descartando mediante el conocimiento hacía la otra persona, lo que sucede en este caso es que esos prejuicios pasan a ser juicio conforme a la realidad que ven y que no logran entender.

Para L la vida diaria es difícil en tanto llega a un lugar donde ya es apuntado e identificado por sus conductas, se puede pensar que a todos se nos inscribe de alguna forma particular en el ideario de los demás porque es parte de la construcción social del sujeto pero un niño o niña no lo comprende así. Los niños y niñas no grafican el rotulado como el estigma sino con el grado de credibilidad que tiene una persona, para un niño creer es muy importante esta capacidad es la que borra los límites de lo que quieren alcanzar en la vida pero esta competencia se ve interceptada cuando el entorno manifiesta expresa y en reiteradas veces las dificultades que tienen por sobre los recursos o habilidades con las que cuentan.

Cuando se le asigna un estigma a un niño o niña lo que ellos comprenden es que su forma de ser es incorrecta y que cada cosa que diga o manifieste será

inverosímil, esto quiebra su confianza y los mantiene permanentemente inseguros, otra cita que grafica esto es la que se lee a continuación:

“él se quería muy poco, me decía botame a la basura, no sirvo, soy una perdida de tiempo, vine a puro sufrir, solo mi abuelita y mi gata me querían, él sentía que estaba solo” (V. B, terapeuta)

Aquí la autoestima vuelve a ser importante, de acuerdo a lo señalado por los terapeutas el autoconcepto que construyen los niños y niñas con TDA se encuentra fisurado por el concepción que tienen otros de ellos y ellas mismas, la opinión que emiten las personas con las que se relacionan influye directamente en la visión propia del ser humano. A menudo estos niños y niñas se encuentran expuestos a entidades con la facultad de leer y entender la problemática en la que se encuentran, espacios como el colegio, la consulta psicológica, el neurólogo o el psiquiatra vienen a confirmar las dificultades que parece tener un sujeto con esta desorganización abriendo un tránsito de permisibilidad o restricción que los pone bajo una óptica invalidante empujandolos a reconocerse como personas con imposibilidades.

Según relata la segunda terapeuta, J en muchas oportunidades comenta que se siente solo y que nadie lo quiere esto se relaciona directamente con la insuficiencia que cree tener de no poder generar un afecto en otro que perdure en el tiempo. El niño hace cinco años atraviesa una situación de duelo no resuelto, donde pierde a su abuela materna y unos meses después a su gata como él mismo señala. Si retomamos el diagnóstico el TDA en su caso tiene énfasis en la hiperactividad desatándose esta condición en momento de mucho estrés lo que hace que entorpezca sus actos frente a cualquier situación, pero ¿qué sucede con estos antecedentes?. Para el caso de J su derivación es clara y específica, anuncia que es un chico con TDA, problemas de comportamiento, depresión severa e ideación suicida, el establecimiento educacional con ente derivador pide atención urgente porque las situaciones en las que el niño se ve involucrado son insostenibles. Suena duro pensarlo, pero de toda esta evaluación a lo que se le da mayor valor es a la

desorganización que va ligada directamente con las competencias formal y educacionales que desarrolla un niño o niña.

Lo que expone la terapeuta es que el TDA es el menor de los problemas que presenta este pequeño, ella indica que lo que había inscrito detrás de estos comportamientos disruptivos eran una situación emocional fuerte producto de un duelo no resuelto, porque al fallecer su abuela no lo hicieron parte de ese momento sacándolo de ese espacio sin darle la posibilidad de despedirse y fruto de eso él exacerba todas sus conductas, entonces tenemos a un niño que desde hace cinco años que es el punto de descargo de múltiples escenarios donde se le culpa a él de todo. Por supuesto esto es una nueva fragmentación de la autoestima, en diálogo con los profesionales y en consonancia a los indicadores de los casos es visible que más allá de las condicionantes que se les otorgan a estos niños hay detrás factores afectivos que calan en los procesos internos de crecimiento que tiene cada uno viéndose comprometida la conformación del yo. El amor propio resulta ser frágil cuando no existe un respaldo que de firmeza a lo que se cimienta de alguna forma es como construir una casa en un terreno fangoso.

Lo esfera personal del niño o niña se remueve con cada comentario u opinión que se le realice, ya sea positiva o negativa, en tanto el entorno se atribuye la capacidad de poder emitir estos juicios sin medir las repercusiones que estos pueden producir. Como se dijo, el estigma que se les asigna no lo leen de la manera compleja en que lo interpreta un adulto sino que lo visualizan como credibilidad pero cuando apuntamos a debilitar su credibilidad le arrebatamos la posibilidad de creer a ellos también, en términos simples la principal característica que distingue a un niño o niña de un adulto es la capacidad de creer sin imposibles, esto determina la toma de decisiones. A menudo creemos que un niño o niña no puede decidir, por el temor que ocasiona pensarlos eligiendo algo de lo que no dimensionan la envergadura que contiene pero lo cierto es que cuando la veracidad de un sujeto se ve en juego no se pone en jaque la realidad que establece, esto quiere decir que así como el adulto no cree en lo que pequeño o pequeña dice, él o ella también dejan

de creer en lo que les sucede y coartamos la confianza que tiene en sus capacidades.

Una cuestión importante de resaltar es que la capacidad de creer y confiar siempre es intersubjetiva -así como la resiliencia- es decir, que estas hacen un tránsito interno por la madre para ser descubiertas por los hijos o hijas más tarde, si una madre cree en las capacidades de sus hijos estos pueden habilitar esas potencias, ¿pero si eso no pasa?. En el caso de L, su terapeuta comenta que existía una intolerancia que iniciaba en él y terminaba justamente en él de modo que cuando se sentía incapacitado para poder concluir alguna actividad se autoagrede repitiendo lo tonto que es; J de acuerdo a la terapeuta no reaccionaba diferente, cada vez que se le presentaba un conflicto de carácter más familiar cuando su madre lo regañaba o reprendía este llegaba a sesión iracundo pidiendo que lo botaran o se deshicieran de él porque no era capaz de ser querido por su madre. Y para la situación R, este tenía arrebatos menos consecutivos pero también existía la constante de decir es que se encontraba imposibilitado de poder hacer lo que debía.

Lo complejo de estos tres casos es que la confianza del niño se ve obstaculizada por este cúmulo de sentimientos a los que el mundo adulto no atiende. Respecto a esto los terapeutas señalan que las denominadas *pataletas* no eran contenidas en ninguno de los espacios en los que se desenvuelven, para el ámbito escolar la verdad de estos sujetos estaba tan manchada de las aprehensiones que tenía el resto frente a ellos que nada de lo que dijeran o hicieran eran creíble y en el núcleo familiar -en los tres casos- las madres eran muy aprehensivas y restrictivas haciendo hincapié en que ellos deben cambiar de comportamiento o incluso enunciando que la situación se les va de las manos. Esto es fatal para el niño porque además de generar un autoconcepto nocivo interpretan fácilmente que ellos son el conflicto por lo que se responsabilizan de cada cosa que no funciona o sirve.

La lectura que hacen los pequeños no es al azar, en general uno de los conflictos más severos que tiene el ser humano consigo es entender sus derechos y

deberes comúnmente las personas esperamos ser parte de algo sin tener la obligatoriedad de cumplir con nada así cuando algo no marche como corresponde nos eximimos de toda responsabilidad, inculcando a otros de nuestras faltas. Eso es lo que pasa con estos niños, tenemos dos contextos (escolar y familiar) quienes los apuntan como el problema sin pensar en la posibilidad de que puedan ser el síntoma o la excusa del porqué no funciona algo y para no hacer un esfuerzo para obtener resultados. Durante el primer capítulo de este análisis queda de manera expresa que el trabajo y convivencia con niños y niñas con TDA es agotador porque requiere la permanente atención de quienes le acompañan pero como todo procesos largo siempre llega un momento en el que las energías se ven desgastadas.

Lo primero a entender aquí es que el ser humano nunca se encuentra solo, sino que más bien se relaciona siempre con otros, de forma directa o indirecta está dirigiendo o recibiendo influencias de manera recíproca esto le permite al sujeto desarrollarse integral. En el caso de los niños y niñas con TDA su primer círculo relaciona es la familia y el apoyo imprescindible debe venir de quien esté a la cabeza de este núcleo, pero como se mencionó el cotidiano es más complejo de lo que se piensa.

Detrás de toda fase que se inicia hay cuestiones afectivas comprometidas en este caso se ha comprendido que lidiar con el TDA es un fenómeno social y sobretodo familiar, este no sólo abarca los aspectos más personales de la persona que contiene esta desorganización sino que resulta un fenómenos social que atañe a todos quienes se ven cercanos a alguien con esta condición. Para ser más específicos respecto al apoyo que reciben estos niños y niñas se revisará la siguiente cita:

“cuando yo estaba sólo con la mamá su expresión facial y corporal era muy diferentes a lo que me decía, mientras decía yo a J lo amo es mi adoración, su cuerpo y su cara manifestaban un no aguanto a este niño” (V. B, terapeuta)

Lo que refiere la terapeuta constaba de la realidad que envolvía a J y su entorno familiar, como se ha ido conociendo el niño se ve involucrado en algunos episodios de descontrol, se muestra desafiante frente a la autoridad y reacciona impulsivamente, esto acompañado de la incapacidad que siente de ser querido por otros lo llevan a él y a su madre a tener una relación más bien de conflicto. La psicóloga manifiesta que su impresión del proceso de J es que si bien hay un adulto responsable que se hace cargo de él, que intenta en la medida que puede satisfacer las crecientes necesidades del niño y darle atención hay un deterioro de interés frente al diagnóstico, la madre se muestra como alguien ambivalente que pregona incondicionalidad y amor por su hijo (cuestión que se cree sin poner en duda el discurso de ella) pero que se ve sobrepasada a tal punto que su corporalidad lo acusa. Probablemente ella no lo nota pero el punto en el que se encuentra se rebate entre el apoyar a su hijo y desistir haciendo que lo manifieste de maneras inconscientes como utilizar la frase ya no sé qué hacer con este niño.

Si bien la madre actuará como soporte del niño y todas las situaciones que este enfrente hay un momento en el que la persona cede frente al trabajo que realiza, así lo manifiesta la psicóloga:

“yo siento que no había un interés real o firme en el trabajo terapéutico, al principio si llegaba puntual y entusiasmada pero pasaron dos meses y fue decayendo” (V. B, terapeuta)

Lo que esto expresa es sin duda un agotamiento, que se reitera no es intencional. De alguna forma las madres apoyan el procesos de sus hijos por muy complejo que este sea y esto tiene gran valor entendiendo que los niños y niñas con TDA son tildados de inadaptados porque justamente el entorno no logra comprender lo que implica esta desorganización, a menudo se acostumbra pensar que el trastorno se limita sólo a lo cognitivo o escolar y de acuerdo a lo revisado en el marco teórico se visualizó que afecta tanto sus capacidades como afectividad, por eso el sustento que reciban es primordial, pero ¿qué sucede cuando hay señales

cruzadas?. Con esta pregunta abrimos otra arista, efectivamente el lugar donde el niño recurre para pedir ayuda es el vínculo materno aquí encontrará el espacio de contención y resignificación que le permitirá ser resiliente pero esta dinámica no es solo contar con el auxilio de alguien significativo, se debe considerar también la percepción que tiene ese alguien para poder orientarlo.

A esto uno de los terapeutas señala:

“ella también aportaba a este registro de que era incapaz o tonto, que era demasiado fantasioso que nunca hacía las cosas bien o entendía a la primera, que siempre rompía las cosas o siempre se ensuciaba entonces todos los registros o recursos verbales que tenía el paciente eran negativos” (P. P, terapeuta)

Esta cita es aún más gráfica, el psicólogo refiere que así como la institucionalidad describir al niño con características perjudiciales las madre también confirma esos reportes. Una de las cosas que llama la atención es que a pesar de ser categóricas en relación a sus hijos y decir *sí, estoy con él* ellas validan lo que los organismos dicen de ellos, para esto el diagnóstico es fundamental.

Una de las instancias recurrentes en la vida de estas familias son los espacios de evaluación el primero es el especialista a cargo de los controles del TDA, en este espacio lo que hace el psiquiatra o neurólogo es corroborar que existen dificultades, que estos niños sí son diferentes limitandolos inmediatamente. El fenómeno que ocurre es que dada la aseveración del diagnóstico la madre se acopla a ello producto de la carga emocional que también implica para ella de esa forma el niño se posiciona desde lo que sabe que le cuesta y no desde lo que tiene. Esto puede generar una confusión en el sujeto comprendiendo que una autoridad externa le dice como es, lo que porta, lo que carece en contraposición a la madre -que si bien reconoce que su hijo es distinto- que le asegura que es tan capaz como los demás.

En términos de relaciones y considerando que las coordenadas no son claras para estos sujetos afortunadamente y aun cuando su confianza se ve quebrada no tienen mayores problemas para conectar con otros. Los terapeutas comentaban que L y R se vinculan bien con sus pares aun cuando el colegio indica lo contrario, si bien es cierto el espacio terapéutico es un lugar protegido y diferente a una sala de clases los psicólogos son claros en señalar que la terapia cuenta con normativas que permiten percibir la capacidad de empatía de los pacientes, explicaban que el funcionamiento de cada sesión es de 45 minutos aproximadamente en los que se establece que al finalizar el encuentro debe quedar todo ordenado para los que hagan uso de la sala, así también se aclara que los materiales que se disponen solo son de uso provisorio por lo que no pueden llevarse a casa nada de lo que está en el box. Estos dos niños comprenden perfecto las instrucciones y son muy respetuosos del espacio de otros, según las entrevistas realizadas tanto a las madres como a los terapeutas se puede inferir que ellos entienden que el trabajo terapéutico es el lugar donde ellos pueden ser quienes quieran, apropiándose del espacio y cuidando de él y esto les permite pensar en otros que también necesitan la misma contención que ellos. Pero para J no era igual, su terapeuta comenta que a él si le cuesta respetar esos espacios, que en general dentro del box sabe lo que está permitido y lo que no, y aunque a veces mantenga una actitud provocativa esta se vincula directamente con las instancias familiares que va viviendo. Si bien el niño no logra ser empático con el tiempo o espacio de otros la psicóloga analiza que su actuar es el reflejo de un llamado de atención hacia el mundo adulto, es él quien tiene una tensión particular con esta madre que no sabe bien cómo leer las reacciones de su hijo.

Lo que sucede con este pequeño en particular resulta difícil de entender, de lo recogido en los encuentros con su madre y terapeuta a J si se le cuesta interactuar con otros pero esta dificultad está acompañada de condiciones específicas, en el primer colegio donde él era señalado y nombrado como un monstruo obviamente no lograba afianzarse con sus compañeros ni con las autoridades de este lugar porque lo marginaban de las dinámicas grupales (cabe recordar que es J el niño que se pasea por el patio del colegio descalzo sin que

nadie tome en cuenta esta acción), en una segunda instancia cuando ingresa a un nuevo establecimiento educacional él y su familia se encuentran felices porque lo ven como un cambio positivo, aquí reciben retroalimentaciones de lo que hace el niño, sugerencias de cómo potenciarlo pero al primer incidente J vuelve a ser juzgado y la visión del monstruo vuelve. Esto por supuesto lo inseguriza y lo pone en actitud defensiva por lo que comienza a desarrollar problemas de adaptación nuevamente pero en el espacio terapéutico nada era así, esto no necesariamente se debe a que la sesión consta de su presencia y el profesional a cargo sino más bien tiene que ver con el uso y libertad de este sitio, el niño sabe que nadie lo apunta ni será reprendido por las cosas que haga o diga dentro de los 45 minutos de trabajo, permitiéndole desenvolverse y como realmente es sintiéndose en una zona de confort que no quiere dejar.

Este es un dato relevante, el niño estaba pronto a finalizar su proceso terapéutico porque el motivo de consulta por el que fue derivado no era en concreto lo que necesitaba sino que se debía trabajar en torno al duelo no resuelto que él presentaba. Cuando la terapeuta conversa con J la posibilidad de que no seguir asistiendo el pequeño se toma de muy mala forma la noticia, responde de manera descontrolada rompiendo en llanto, la psicóloga señala:

“J se aferró a mi, me dijo que todas las personas que se preocupaban por él las perdía, me abrazó y decía que no lo abandonara que sólo yo lo escuchaba, que yo lo tomaba en cuenta como su abuelita” (V. B, terapeuta)

Lo que indica la cita es una sobre reacción a lo natural del proceso como es el término de este, el niño se ve angustiado porque para él esto implica perder un lugar importante donde como menciona es escuchado. Si bien concluir algo siempre genera un grado de ansiedad, para J era diferente porque acabar con el trabajo terapéutico era más que dejar de asistir a un box donde podía hacer lo que quería sino que significaba perder un espacio que él nunca tuvo.

De las impresiones recogidas en los tres casos el rol que cumplen estos niños en sus familias es fundamental para que ellos se reconozcan desde algún lugar y también será determinante en cómo se ven. A juzgar por la reacción de J (y la psicóloga lo confirma), el niño no contaba con un rol dentro de la familia pesar de ser el primer hijo, hermano mayor y nieto sólo era mencionado como el niño problema pero no era visto por los adultos que lo rodean. A diferencia de R por ejemplo, quien es hijo único y vive con su madre él sí se sentía con la obligación de cumplir un rol más sobreprotector respecto a la relación y el lugar que compartían, frente a esto la madre insistía en que el niño no tenía ningún tipo de obligación familiar ni debe posicionarse como una figura paterna pero aun así él adopta esta postura. En cambio L asume un rol paterno tratando de ser él quien contiene a su madre y protegiendo a sus hermanas de acuerdo a sus posibilidades pero este rol se ve influenciado por su madre, ella acentuaba el hecho de que el niño fuera el único hombre del hogar y eso inmediatamente le otorga una responsabilidad mayor.

Para los niños siempre es importante el rol que cumplan dentro de los espacios de desarrollo, pero cuando un sujeto se ve enfrentado a una realidad como el TDA es aún más relevante el lugar que se les asigna entendiendo que las relaciones que establecen además de ser menos estrechas están llenas de prejuicios u opiniones peyorativas que disminuyen el autoestima y cuestionan permanentemente su comportamiento. En dos de estos casos es explícito que si forman parte de la grupalidad que componen haciéndose cargo de algunas responsabilidades y que sólo un niño no se encuentra dentro de los registros de la familia más que aquel estigma que le asignaron otros que si bien permite identificarlo no necesariamente lo visualiza como sujeto, esto contribuirá al asentamiento que ellos tengan en su personalidad, el cómo enfrentar los problemas y por sobre todo la capacidad de decisión que vayan a adquirir porque al transmitir seguridad en lo que ellos hacen les brinda automáticamente seguridad para creer en ellos mismos.

Por supuesto no se pondrá en controversia la posición que cada uno ocupa, ya que entenderemos que cada una de estas familias tienen una dinámica de funcionamiento por lo que cada realidad es distinta y ninguna está por sobre la otra.

2. Tópico 2: Madres con diagnósticos

Se da comienzo a este segundo tópico estableciendo que el análisis de este se centra en cómo enfrentan las madres el proceso terapéutico de sus hijos utilizando las referencias que hacen los profesionales.

Según lo revisado en el marco teórico y repasado en la sección anterior, dentro de cada proceso que se inicia hay alguien a la cabeza de este que además de guiar acompaña en todo momento, en el caso de estas tres familias monoparentales son las madres quienes además de estar a cargo del sostenimiento del hogar también cumplen las funciones históricas que se le han asignado a la mujer como la amabilidad, contención, afectividad y otras cualidades relacionadas con lo emocional. Sin duda esto es crucial para el núcleo familiar y para el niño en cuestión que se encuentra expuesto la mayor parte de su vida escolar, ¿pero qué pasa con el rol de la madre como tal?.

Lo primero que se debe considerar según lo revisado es que la mujer cumple un papel determinado que ha trascendido a los deseos personales que estas tengan para su realización en la vida, así se entenderá que uno de los precedentes sociales más importante ser madre. Más allá de que mediante las necesidades económicas las opciones hayan cambiado, la maternidad sigue siendo fundamental como representación de un puesto tiempo completo que carga con muchas obligaciones a las que por supuesto debe cumplir, si se reflexiona en esto hay que visualizar que la figura materna es imagen y sinónimo de lo absoluto de forma recurrente durante los dos capítulos de análisis se ha hecho explícito que la incondicionalidad viene de la mano de la madre, siendo quien carga con la labor de hacer frente a las incontables situaciones de dificultad que puedan presentarse, del cuidado del hogar y la familia

y de no dejar pasar ningún detalle como las educación de sus hijos, las tareas de la casa, etc, todo esto sin tener consideración la sobrecarga que esto implica.

En el cotidiano no se le pregunta a una madre cuánto trabajo o si cree que sus condiciones de desarrollo son justas y sin ir más lejos todo labor que una mujer realice sin salario no es considerada un trabajo de ahí viene la expresión *mi mamá no trabaja* para referirse a quienes son dueñas de casas, pero la realidad de estos tres casos se debate entre lo asalariado y no lo no asalariado. M, E y K son mujeres entre 35 y 45 años, jefas de hogar quienes no cuentan con el padre de sus hijos en ninguna de las responsabilidades que esto implica y además sus pequeños tienen TDA, hemos pensado en todo momento lo difícil que es para un niño o niña una desorganización como el TDA que los margina de los contextos grupales y los pone en condición de aislamiento pero ¿cuánto de esto afecta a cada una de estas madres?.

En su papel afectivos estas madres se ven expuestas a críticas respecto a los estilos de crianzas que despliegan para la educación de sus hijos, recibiendo juicios morales que señalan lo bien o mal que resultan sus métodos, son cuestionadas por lo rígidas o permisivas pero jamás se considera su posición, pensar desde su punto de partida es lo primero que se debe hacer para poder entender cada determinación que toman ellas para su vida como las de los pequeños, ya que, la responsabilidad con la que cargan estas mujeres no es liviana comprendiendo que detrás de ellas hay un grupo de personas que dependen casi por completo de ellas. Es válido querer conocer hasta qué punto la afectación del niño es compartida o sopesada por la familia completa, el apartado anterior indica que la madre es que sostiene al sujeto cuando está en controversia pero no se visualiza quien la contiene a ella.

De acuerdo a lo referido por los terapeutas sobre el proceso de los sujetos con TDA y cómo lo enfrentan las madres nos encontramos con mujeres que estaban dispuestas a hacer lo necesario para generar un espacio en la sociedad para sus hijos aun cuando esto implicara costos para ellas, con esto se refiere que si bien su

compromiso era tal de no abandonar al niño en ninguna circunstancia si había momentos en los que parecen recaer. Para eso una de las psicólogas señala:

“al inicio yo a ella la sentí empoderada, decidida a proteger a su hijo oponiéndose a todos los prejuicios que había sobre el niño, ella contra el colegio pero en el segundo colegio su actitud cambió, aquí José era el problema de alguna forma fue ‘si aquí me están diciendo lo mismo que en el anterior entonces mi hijo es el problema’” (V. B terapeuta)

De esta cita es posible inferir de acuerdo a la percepción de la terapeuta, que E se muestra como una madre protectora y que ante todo cree en las capacidades de su hijo aun cuando los señalamientos sobre él sean negativos. Se ha hablado del proceso de resiliencia que faculta a los niños con TDA sin considerar la labor maternal que existe detrás, como se revisó en el marco teórico la resiliencia es intersubjetiva por lo que necesariamente la madre debió conocerla antes o pasar por una situación dolorosa que le permitió desplegar sus cualidades más internas para sobreponerse a lo que dificulta el desarrollo de una persona sólo así estas nuevas competencias se pueden habilitar en un otro, pues entonces hay detrás un trabajo de comprensión del trauma que impulsa la superación por medio de características afables que empujan a un sujeto a buscar la estabilidad de modo que la dificultad sea una experiencia resignificada que ya no causa dolor sino conocimiento.

Con esto se refiere que frente a la solución de un problema hay un aprendizaje de por medio, cuando eso se logra se habla de resiliencia porque así esta consta de una vivencia más de la que se saca provecho cuando parecía no ser fructífero sino que amenazaba el crecimiento personal, todo esto logran hacer las madres cuando se empoderan de su rol y deciden defender a sus hijos. En el caso de E, esta se encontraba en una relación de conflicto permanente con el establecimiento educacional al que asistía J dado que el colegio persistentemente decía lo difícil que era trabajar con su hijo, recibía llamadas durante todas sus jornadas de trabajo que acusaban el comportamiento del niño lo que derivó en una

mala relación con la psicóloga de colegio haciendo cada vez la situación más insostenible terminando con la expulsión de J.

Para acompañar esta experiencia y si recordamos el caso de R, este niño a sus 13 años ha transitado por trece colegios en los que se le ha etiquetado de disruptivo o descontrolado, pero K también pasó por esos trece lugares como la madre de, a pesar de eso a ella no le importa porque la vocación que pone en su figura parental le ha permitido tanto a ella como a su hijo poder avanzar y anteponerse a estas vivencias adaptándose a cada nuevo cambio que experimentan. Según Quinteros en su introspección de la resiliencia dice que esta es una cualidad que todo ser humano porta de manera inherente por lo que no se asegura que siempre exista un resultado positivo para el o los inconvenientes, es importante destacar esto porque el recorrido que hace K para sortear el estado de incertidumbre permanente en la que los mantiene el TDA es en absoluto mérito personal el de reivindicarse como mujer en su posición y oportunidades saliendo adelante, esto la envolverá a ella y a su hijo de un ambiente de autocuidado buscando desarrollar sus potencialidades pero es necesario considerar que por mucho que K, E y M se esfuercen en algún momento de ven sobrepasadas, así lo indica uno de los psicólogos:

“de hecho ella creía que su hijo era diferente, desde ese lugar ella al inicio lo planteaba como un niño más fantasioso pero también yo creo entendía esto que le decían los especialistas (...) al principio hacía resistencia, pero con el tiempo accedía más rápido a la idea de que era un problema de L de hecho el neurólogo le dio el alta y el colegio insistió en la re-evaluación y ella accedía” (P. P terapeuta)

Como se aprecia en la cita M, reconoce a su hijo como diferentes dando cabida a que él sí presenta otras formas de relacionarse con otros, abriendo la posibilidad de que hayan obstáculos en su desarrollo y validando la desorganización que le fue diagnosticada al niño pero que aun así se encuentra en actitud resistente que tiene como único objetivo creer en el pequeño y cuidarlo del entorno nocivo que

lo rodea, pero como en toda circunstancia que implica resistencia se despliega un juego de poder entre el resistir y ceder. Retomaremos el concepto desde el marco teórico comprendiendo que para que la resistencia sea efectiva deben existir dos polos contrapuestos para una misma coyuntura, en este caso son los prejuicios hacia el niño y la posición de la madre frente a estos, si comparamos en términos de autoridad ambos la tienen pero en escalas distintas lo que los pone en discusión en condiciones desiguales.

Es interesante pensar si la resistencia o el modo de esta resulta una estrategia para sostener la situación de conflicto en la que se encuentran estas madres y sus hijos o si más bien es un modelo relacional que tienen para poder mediar con el ambiente para poder lograr la adaptación, porque en ambas referencias anteriores tanto M como E manifiestan la convicción de que la responsabilidad no está en el niño sino que en un sistema que no sabe responder a algo que para ellas parece cotidiano pero su estoica postura se ve persuadida en algún instante. Esto acusa dos cosas, primero el agotamiento de las mujeres a cargo de la orientación familiar que deben mantenerse erguidas para que las barreras de lo institucional no atraviesen ni dañen lo que han construido y a causa de eso, que los organismos penetren de manera sutil en el ideario hasta hacerlas ceder a los requisitos que interponen para aceptar el trabajo con un niño con TDA. Consideremos la siguiente cita:

“en algún momento la madre vió que el problema no era su hijo pero después el colegio con todas estas intervenciones la terminan por convencer y la madre accede a que el problema es su hijo” (V. B terapeuta)

De acuerdo a De Certeau la dinámica que se da en las relaciones de poder un es tira y afloja entre el que presiona y el que resiste, para este caso el colegio como señala la psicóloga es quien en su modo de intervención va menoscabando la imagen del niño y así también la de la madre entendiendo que los hijos son reflejo del hogar, hasta el punto de romper su voluntad para que ceda frente a lo que se le

exige, y en el otro extremo está la familia (madre e hijo) quienes normalizan esta violencia estructural que se ejerce hacia ellos de modo que se convencen que la culpa reside en ellos y su incapacidad de aclimatación. En la realidad de niños con TDA y sus familias son varios los entes que actúan como inhabilitadores de las aptitudes que ellas contienen cuestionando medularmente las acciones que toman en torno al tratamiento o énfasis que le otorgan a dicha condición y es fundamental detenerse aquí, como se mencionó en la sección anterior un diagnóstico puede ser determinante primeramente porque quienes lo emiten son personas con reconocimiento y prestigio por lo que el dictamen que ellos realizan se asume objetivo e incuestionable. Desde lo teórico se indica que las disciplinas funcionan como mecanismos que por medio de lo cotidiano subordinan al sujeto a ser parte de lo que la institucionalidad quiere formar, así por ejemplo el hecho de que un neurólogo o psiquiatra confirme el trastorno del niño lo hace irrefutable tanto para él como para el resto entonces se ven en la obligación (madre e hijo) de asumir una condición que se supone los limita y comienza a establecerse desde ese lugar para vincularse con el resto y por supuesto lo educacional como se ha reiterado en varias oportunidades es otro espacio que los insta desde aquí.

Nada de esto resulta a la ligera porque si bien estas instituciones son quienes los empujan a tener una autoimagen desacreditadora, estas como estructuras macro también comprenden a los sujetos desde la carencia midiendo la relaciones de fuerzas reduciendo a la(s) persona(s) en su consentimiento para poder convencerlos de que la realidad es como los facultativos indican. Aquí empieza un proceso de control de los organismos sobre los afectados, en esta caso la madre porque el niño se ve afectado desde que el diagnóstico se realiza, pero para la madre es diferente y de sumo interés la evolución que realizan.

En primera instancia a pesar del diagnóstico y su confirmación cada una de estas madres acepta que sus hijos son diferentes o tienen dificultades pero se plantean de manera comprensiva que son ellas quienes deben entenderlo y que somos la sociedad quienes debemos adaptarnos a ellos, porque en ningún momento los registran como incapaces de nada sino que visualizan que tienen otros

medios para conseguir lo que deben y lograr sus propósitos, posterior a esto y dada la insistencia de cada uno de los espacios que frecuentan cuando empiezan a ser apuntadas a pesar de saber que hay algún grado de razón en los otros (este razón se valida en el momento en que ellas asumen a su hijo distinto a los otros niños y niñas) optan por oponer resistencia a todo tipo de juicio y aún más cuando es de valor, pero existe un quiebre en el transcurso que las lleva a acceder a la idea de que finalmente sus hijos sí son el problema, pero esto no implica que los abandonan en su desarrollo, si indagamos en esto podría decirse que el quiebre lo realiza la institucionalidad de momento en que ellos manejan ideológicamente el conocimiento del problema pero hay mucho más detrás. El carácter de la resistencia tiene detrás una intención emocional a la que la persona se aferra porque es parte de su creencia, una ideología opcional que se está dispuesta a defender porque promueve sentimientos en torno a la temática ¿y que ocurre cuando esa certeza decae?, la afectación que puede generar el juicio que se dirijan a una persona puede quebrantar obstinación y justamente eso es lo que concluye para estos casos, E, M y K terminan por acceder a lo que tanto negaron y se opusieron pero no por la simple razón de cansancio sino más bien ellas se hacen abanderadas de una lucha incesante que las envuelve también en el conflicto y terminan por aceptarlo.

Cuando se habla de la existencia de un componente afectivo hay que comprender que la relación que se ve en juego es afectiva y de apego, pero también hay una historia personal con la que cargan estas mujeres. Se debe considerar entonces que; K durante la relación con el padre de su hijo se vio expuesta a violencia intrafamiliar de la hoy deriva un proceso judicial en donde su hijo tiene visitas establecidas, hay un acuerdo económico y una orden de alejamiento mientras dure el trámite; M se encuentra actualmente separada de su pareja, él es padre de sus tres hijos pero hay un término engorroso que no se ha finiquita. El padre las niñas y niño frecuenta el hogar con la intención de retomar la relación pero sin interés se asumir sus responsabilidades como papá, mantienen discusiones en las que M termina diciéndole a su hijo (L) que se equivocó una vez más con su padre y que *“lo voy a sacar de mi vida y a ti te voy a cambiar el nombre”* (P. P *terapeuta*), pues el niño lleva el mismo nombre y esta situación cruzada también por

un episodio de violencia que mantiene a M en trabajo con uno de los centros de la mujer de su comuna; y por último E espera ansiosa nueve años para tener a su primer hijo (J) y cuando tiene al segundo su relación de pareja decae e inician un juego de rupturas y reconciliaciones que se mantiene hasta hace unos meses, este tipo de dinámica interfiere directamente en el vínculo que tienen los dos pequeños con el padre porque productos de los desencuentros que tienen los adultos las visitas se van limitando cada vez más, a esto y según señala la terapeuta se le agrega el fallecimiento de la madre de E y el aumento de problemas en la conducta de J lo que la hace estallar constantemente acusando un ejercicio de violencia de ella hacía sus hijos cuando una situación se sale de control.

Cuando hablamos de TDA es categórico de qué se trata este y como se va a tratar pero no se atiende a quienes van a lidiar con esto y de qué manera, por supuesto en estos tres casos más allá de la entereza que muestran estas mujeres están profundamente heridas por un contexto en el que deben batallar con todo lo nuevo que aparece involucrando sus sentimientos en cada cosa que hacen. Esta es in situ la resiliencia, tres personas con historias de dificultad y dolor que resignifican su experiencia e intentan centrar sus recursos en la prevención de la vulneración de a otros, aun cuando esto lo logren o no. Vemos que E reacciona a veces de forma violenta con sus hijos lo que no debe ser justificado pero sí comprendido, cuando una mujer se ve expuesta a pérdidas de cualquier tipo su emocionalidad se torna frágil y es mucho más fácil adquirir inseguridad respecto a todo lo demás en la vida, empiezan los cuestionamiento personal y a revisar que se está haciendo o no mal de alguna forma esto implica armarse otra vez para volver a iniciar y en la construcción de una nueva estructura el colapso es parte importante, cada vez que exista una crisis se manifiesta alguna incomodidad en uno mismo que se necesita mejorar finalmente la explosión es lo que le permite cambiar variadas veces hasta poder establecerse.

En la realidad de M, verse expuesta a una situación de violencia y el mecanismo que desarrolla su relación con el padre de su hijo vulnera directamente la autoestima de esta mujer, insegurizandola y también poniéndose en cuestión

pensando en que quizás todo lo que hace no es suficiente, se le complica la posición de fortaleza que mantiene y va declinando en las decisiones o determinaciones que ha sostenido y para K es muy similar, su confianza está mermada por cada situación de arrebató que aconteció en su nexo amoroso.

Se presentan dos cosas interesantes de pensar, la primera es que estos niños y familiar con TDA se encuentran involucradas con vulneraciones importantes pero no pareciera ser casualidad sino más bien causalidad, de alguna forma la dinámica familiar de cada una es compleja y se perpetuaba la violencia entre quienes la componían eso los pone a todos en una situación de sumisión frente a otros conflictos, lo que ellos vayan a permitir fuera de su núcleo primario es producto y reflejo de lo que son parte dentro de este, entonces no resulta extraño pensar en una madre que a veces golpea a sus hijos, en un niño que pasa por muchos colegios y mantienen una actitud pasiva para evitar mayores problemas y en una mujer que accede a un lazo sin tanta correspondencia pero que aun así posterga sus deseos por los de otro. Dentro de estos tres contextos aunque puedan ser diversos entre sí, hay una sensibilidad a la que no se atiende, preocupaciones de las que no han podido ocuparse, respuestas que no pueden entender pero ¿cómo entender el entorno si no existe claridad en lo interno?.

Lo segundo a interpretar es cómo responden las sujetas a estas instancias cuando todas sus problemáticas están tan adheridas, si consideramos el párrafo anterior es muy previsible que exista un desequilibrio en la materialidad de estas personas el asunto es cómo lo materializan, los terapeutas mencionan que al principio cuando inician el tratamiento son persistentes y entusiastas pero el desgaste se va notando con el tiempo. Decae el interés en la terapia de sus hijos, comienzan a no responder a las solicitudes que se les realizan, a llenarse de excusas o presentan atrasos en las sesiones, después empiezan a estallar al igual que los niños como si los síntomas fueran compartidos sin ir más lejos la psicóloga cuenta que *“en alguna ocasión se le salió el comentario de no sé qué hacer con este niño” (V.B terapeuta)*. El rechazo que pueda manifestar esta expresión no es intencional más bien habla de un deceso de agotamiento que ya no es posible sobrellevar por todo lo que se mencionó con anterioridad, las madres comienzan a

rigidizarse y sueltan el rol comprensivo del que se habían empoderado y existe un alejamiento entre ellas y sus hijos y proyectan una sensación de no querer hacerse cargo de lo que está sucediendo.

Si se medita sobretodo lo visto, se aprecia que hay un ambivalencia en los contextos revisados que finalmente están determinados por múltiples factores que van más allá del TDA como trastorno y al mismo tiempo derivan de este, lo extenuante que resulta de estar confrontando cada inconveniente que emerge logra permear a estas familias de incertidumbre desequilibrando su dinámica y funcionamiento, pero para finalizar hay una idea importante que se plasma a través de todo el análisis realizado y es que a pesar de adversidad la resiliencia es un proceso constante y no una cualidad estoica que se consigue en un período determinado, sino que se mueve junto con el ser humano en la medida que este logra ver más allá de lo que tiene, y que sin importar las valoraciones que se realicen sobre la desorganización determinada estas madres están dispuestas a lo que esté a su alcance para otorgar habilidades a sus hijos para que puedan desarrollarse de forma integral, aun cuando este implique someterse ellas a juicios o intervenciones.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se presentan a continuación están directamente relacionados con las preguntas de investigación y el análisis que se realiza. Cabe recordar que para obtener la información requerida se construyen instrumentos de aplicación que permiten la recolección de la información.

Respecto al tema Trastorno de Déficit Atencional y las Capacidades Resilientes, la técnica que se utiliza son entrevistas semi-estructuradas orientadas a las madres y terapeutas de los niños y niñas con este diagnóstico, accediendo a la percepciones que ellos tienen, una aproximación a la realidad que viven y como la comprenden.

El análisis que se genera de los datos obtenidos es de orden cualitativo lo que posibilita la instancia de comprobación o descarte de supuestos, lo que en efecto se pasa a revisar.

De acuerdo al primer supuesto, que hace alusión a que **“Las madres son el principal factor protector de los niños y niñas diagnosticados con TDA, en tanto apoyan sus procesos de aprendizajes aun cuando no logran una comprensión integral del proceso al cual se enfrentadas”** Este supuesto se vincula con el primer objetivo específico definido en este estudio que busca reconocer factores familiares y psicosociales que favorecen al niño o niña y sus capacidades.

A raíz de las respuestas que brindan las madres entrevistadas queda de manifiesto que el principal factor protector de estos niños y niñas si son las madres, para el casa de las entrevistas realizadas sólo hay una visualización del rol materno,

explicitando la ausencia del padre en su rol de crianza. Esto puede resultar contradictorio en cuanto a círculo familiar se trata, pero lo concreto es que quienes están en primera instancia y de manera constante son estas madres, que según lo recabado, además de estar presentes en las diferentes áreas de la vida de sus hijos también están dispuestas a buscar nuevas alternativas de trabajo para ellos.

Dentro del análisis se puede ver que los espacios y esferas no son favorables para el propicio desarrollo de los niños y niñas con TDA, por lo que parte de estas conclusiones es que debido a la rigidización de espacios y ambientes no se generan las condiciones de inclusión ni motivación para la participación de estos pequeños y pequeñas. La ideación infundada en el colectivo y las preconcepciones de él como son aquellos portadores de este síndrome sólo asigna un estigma que impulsa el actuar del sujeto y lo lleva a explorar un camino con mayores desacierto a sabiendas de que puede ser así, lo condiciona de alguna forma a relacionarse de una manera determinada con el entorno y quienes lo rodean.

Esto acarrea sin duda efectos en el área personal influyendo en sus factores psicosociales, generando niños y niñas culposos, que se cuestionan con mayor frecuencia, muy amigos de la duda y la inseguridad, pero lo que permite que esto no ocasione mayores inconvenientes en su vida es el apoyo incondicional que brinda el núcleo familiar. Si bien, los niños y niñas no meditan de mayor forma las acciones que dirigen o realizan lo que destaca por sobre el discurso de las entrevistadas es que no existe la capacidad real de comprenderlo, señalando que solo las mujeres a cargo del hogar son las únicas dispuestas y que logran hacerlo.

Dentro del período de crecimiento que se sitúa esta investigación (entre 7 y 13 años) el ser humano experimenta cambios corporales, subjetivos, psicológicos y emocionales que necesitan el respaldo de un otro para poder avanzar. En este caso cuando el primer supuesto enuncia que son las madres quienes apoyan sus hijos en los procesos de aprendizajes aun cuando no logran comprender a lo que se enfrentan, esto refiere que la primera fuente a la que recurren efectivamente son ellas y por simples razones.

La primera es porque son ellas quienes pasan mayor tiempos con los niños, más allá de los desajustes de horarios y las jornadas laborales, son las madres quienes conviven a diario y conocen en detalle a sus hijos. Cabe señalar que en general el vínculo que se establecen en estos casos es mucho más estrecho comprendiendo que hay una fase vincular y de apego en el nacimiento, esto da cabida a que la relación con el padre no sea tan íntima pero no necesariamente lejana.

Mas no siempre es así, si bien en los relatos recogidos la figura materna está presente como la figura de contención no en todas las realidad existe un fuerte apego se puede apreciar que el tipo de relación que se desarrolla entre madre e hijo recoge características contextuales que condicionan la dinámica con la que va a funcionar y que el enlace entre padre e hijo es lábil entendiendo que este no se involucra en la crianza del niño.

Ahora bien, las capacidades psicosociales y resilientes se desprenden de esta instancia familiar donde la madre es quien apoya siempre al niño, lo alienta, escucha, comprende y atiende a sus necesidades entregandole herramientas que potencien la visión de superación para así sortear diferentes situaciones, se debe considerar que la cosmovisión que tenga el sujeto es adquirida desde los patrones culturales, relacionales, afectivos y sociales que se heredan del núcleo más cercano por eso es tan importante reconocer la instancia familiar como un espacio de formación.

La familia dirige una disposición diferente de comprensión hacia sus miembros en cualquier oportunidad, inconveniente o capacidad diferente en la que se encuentren, aquí no es distinto, el ver al hijo expuesto despierta protección de quien es la figura de estabilidad empujandolo a intentar y sobreponerse, apoyando en todo momento el proceso de desarrollo utilizando las herramientas con las que cuentan. Queda demostrado que por medio de la preocupación por cada uno de los que componente este núcleo, la motivación de seguir haciendo y buscando, la clara

comunicación entre cada una de las personas, la participación activa en proponer y tomar decisiones respecto a las instancia tanto grupales como las que conciernen al niño, los espacios de distensión, el cariño y autonomía que se entregan mutuamente y la confianza si constituyen esta dimensión como el lugar de protección de los niños y niñas con TDA, por lo que esta primer hipótesis se confirma.

En consideración al segundo objetivo específico que busca identificar la opinión de los psicólogos profesionales sobre si los niños y niñas desarrollan o no capacidades resilientes es expreso que sí y que estas van dirigidas tanto a los espacios formales como a los cotidianos. En las narraciones de los terapeutas las aptitudes de estos niños son notorias pero se relacionan directamente con lo afectivo, una de las cualidades más relevante es la empatía que se genera hacia otros que atraviesan un momento difícil esto resulta llamativo ya que los niños con TDA se ven en constante dificultad con el medio y porque su confianza se ve fragmentada por los reiterados juicios que se realizan respecto a su comportamiento, pero a pesar de ser señalados están dispuestos a ayudar, logran ver al otro a través de un problema que se presenta pero no son capaces de verse a sí mismos.

Los agentes externos que intervienen en el autoconcepto del niño los lleva a ser más pesimista y mantener una actitud más defensiva por lo que les es difícil mantener relaciones recíprocas pero esto no es impedimento para que el afecto sea parte de su diario vivir, a diferencia de lo que se planteó como característica general en la definición de una personalidad con TDA estos sujetos son cariñosos y muy cercanos a quienes ellos consideran importantes en su vida, así se esfuerzan por mantener relaciones de amistad y cordialidad con sus compañeros de clases, son preocupados y están atentos a cada una de las necesidades de los integrantes de sus familia y algo sin duda relevante de destacar es la disposición al cambio. Frente a las muchas circunstancias forzosas en las que han tenido que efectuar modificaciones en su vida estos niños son completamente flexibles a empezar de nuevo, por supuesto esto necesita de una resiliencia que implica exactamente tener la habilidad de resignificar una experiencia y volver a iniciar por medio de la

adaptación, esto podría ser incluso sorpresivo cuando la crítica central a la desorganización es lo inadaptados que pueden ser una persona con TDA y los diferentes estamentos ejercen una presión social para obligar una transformación en la personalidad sin comprender que esto requiere de un proceso.

Ahora bien si hablamos de institucionalidad, la escuela no es precisamente el espacio más apto y dispuesto al trabajo con estos sujetos, sino más bien queda en evidencia que las metodologías no son las propicias para tratar con niños y niñas con necesidades especiales, por esto el segundo supuesto supone que **“Los establecimientos escolares no contribuyen de manera íntegra al desarrollo las capacidades resilientes de los niños y niñas diagnosticados con TDA, pues priorizan el rendimiento académico por sobre el aprendizaje mediante las experiencias de socialización”** se comprueba.

De acuerdo a las entrevistadas, estas reconocen capacidades resilientes, pero aseguran que el colegio no las favorece. En esta investigación se dedica un capítulo entero a conocer que hacen los estamentos estatales con respecto a esta temática y se visualiza que no hay una atención dirigida a esto, que las medidas que se toman son netamente paliativas y condicionantes en cuanto a los requerimientos, volvemos a recordar que para ser parte de los Programa de Integración Escolar se solicitan algunas demandas específicas y por otra parte la salud primaria quienes se encargan de estas temática solo dirigen controles crónicos y medicación frente a esta problemática por lo que debemos entender que el TDA no forma parte de la cartera de contingencias.

Sin duda en la actualidad existen muchos temas a los que se les debe y da prioridad, en el orden de cosas se conoce que el TDA es algo que se puede sobrellevar, esto no implica que sea fácil, recordando parte del análisis se puede concluir que los establecimientos educacionales en vez de prestar algún tipo de ayuda o apoyar los procesos cognitivos de los niños y niñas solo agregan una sobreexigencia sometiendolos a mecanismos de rendimientos a los que deben cumplir. En términos de productividad el colegio es el primer momento, con esto se

advierte que lo que buscan las escuelas son la eficiencia y eficacia poniendo a todos los sujetos a trabajar a un mismo ritmo sin tener la consideración a cada uno de ellos y sin contemplar que hay ejercicios que a unos les cuestan más que otros.

Aún sin reparar en lo anterior se entiende que el colegio no resulta un facilitador e incentivador de otras capacidades, partiendo por sus metodologías de estructuración que ponen a todo el conjunto de personas en consonancia a funcionar como eventuales máquinas de acumulación de conocimiento disminuyendo la libre expresión de los niños y niñas con TDA, comprendiendo que ellos pertenecen al grupo de personas disruptivas que no logra comportarse ni amoldarse a los modelos instaurados, como segundo punto las extensas horas y altas exigencias con las que no pueden lidiar los pequeños y pequeñas con esta condición, que solo les produce estrés, angustia y ocasionalmente crisis que los insertan en el círculo vicioso del estigma.

A esto se agrega la marginación de los niños y niñas en sus diferentes espacios de este contexto, la segregación de eventuales oportunidades que les permiten compartir y participar con otros pares se ve emplazada por la suposición de falta de aptitudes y criterios para tratar con más personas. A menudo se estima que un niño o niña con TDA no sabe relacionarse y mucho menos colaborar, en el inconsciente está muy instalada la idea de que por tener algún tipo de déficit las limitaciones son mucho mayores, cuando en realidad no lo es.

Se puede ver que los ambientes destinados al trabajo con niños y niñas con dificultades no son imprescindibles y mucho menos acertados, si hablamos de la labor PIE se visualiza que la programación y lineamientos se convierten en un reforzamiento extra que no contribuye en el aprender. Es durante las conversaciones que se puede comprender que estos programas no asiste realmente en lo que se precisa sino que sólo se produce una sobrecarga de demanda hacia quienes son parte de estos proyectos, imponiendo un estándar de trabajo con el que se pueda cumplir pero de igual forma un aumento en tareas y tiempo para reforzar.

Respecto de las capacidades resilientes como tal, si bien es importante la relación que el sujeto adquiere con sus pares es sabido que la prioridad de los establecimientos educacionales no es el buen trato, compañerismo, respeto o lo buena persona que se pueda ser sino que más bien el rendimiento que cada individuo pueda entregar es lo que los hará destacar a unos por sobre otros. Pero qué sucede entonces con estos niños y niñas que viven su emocionalidad más intensamente, si se piensa detenidamente es contraproducente el espacio familiar al escolar, ya que mientras estas madres potencian las habilidades sensoriales y afectivas de sus hijos, destacando y remarcando que lo importante es hacer bien las cosas, no importa cuando demore el colegio en contraparte asienta que el fin primero es cumplir.

Mientras el niño o niña lucha constantemente por demostrar a él/ella y los demás que puede hay detrás una figura de apoyo y contención que le dice que lo importante es poder, en lo posible hacer las cosas bien y volverlo a intentar, aquí se vuelve a retomar lo que ya se dijo, a la escuela no le interesa el proceso si no los logros. Actualmente el TDA se configura como un tema mediático en el que instituciones escolares y profesores no están dispuestos a transar apreciando este fenómeno como uno de los principales problemas en el aula -es paradójico que se visualice de esa forma y en la cartelera nacional no se contemple ni siquiera como opción- esto ya que los niños y niñas identificados con estas características se encuentran bajo el alero de la dedicación, es decir el trabajo con ellos debe ser mucho más minuciosos. Por supuesto esta no es una idea convencionalmente aceptada, de antemano profesores y educadores son quienes sostienen mejor el estigma y se limitan a un quehacer responsable y conjunto, pero también es importante resaltar que para los establecimientos en general este es un problema, se entiende que un niño o niña con TDA es un problema, implica tener a un sujeto con menor control de sí, menos fructífero y más sensible.

Es sabido que el término control es crucial, una de las intervenciones más reconocidas en la temática infantil que se presenta en esta tesis es el control de este síndrome por medio de la medicación, es más en todas las conversaciones

sostenidas surge el tema de la medicación, actualmente todos los hijos de las entrevistadas se encuentran con tratamiento farmacológico, pero reconocen haber accedido a este a regañadientes.

De acuerdo a lo expresado en las conversaciones no es hasta en el período de mayor crisis que estos niños y niñas se someten a la medicación, como una medida de contención y por supuesto control sobre la situación que los aqueja. Hay que entender que esta solicitud no nace desde las adultas significativas y mucho menos del sujeto en cuestión, más bien ellos no conocen a ciencia cierta de que se trata este proceso de tratamiento.

Una de las entradas triunfales que hace la farmacología en las vidas de estas personas es precisamente por medio del desconocimiento en la adquisición de una prescripción médica. Este tratamiento que dice ayudar no se sabe como funciona realmente y qué efectos provoca, más bien se desentienden sus usos, componentes, utilidades y resultados. Frente a esto las madres reconocen que sus hijos son totalmente capaces de autoregularse y que no implica un problema para ellas lidiar con ellos, aunque a veces sea difícil siempre que puede y rechazan esta opción.

Pero no es hasta un punto clave en el que necesitan dar el sí, en consideración con lo agotador que es contener a un niño o niña y a esto sumado una dificultad como el TDA, llega el momento en que quien se hace responsable se siente sin duda sobrepasada a pesar de la incomodidad de reconocerlo, esta sensación es completamente percibida por los pequeños y pequeñas y genera algún tipo de desborde. No es casual que cuando más obstáculos se tienen el colegio aparezca ofreciendo la mágica solución de medicar.

Ahora por qué el colegio, dentro de la investigación ha quedado explícito que las instituciones son negligentes en cuanto a su funcionamiento, las madres comentaban que gran parte de su decisión se ve condicionada por los ultimátum

que dan las escuelas frente a los conflictos que tienen de manera recurrente con sus hijos.

Esto a pesar de ser una medida ilegal atormenta de sobremanera a los apoderados, entrando en una disyuntiva que por un lado tiene la salud integral del niño o niña o algo tan importante como la cancelación de la matrícula escolar. Por todo lo mencionado se puede concluir que el área educacional no vela realmente por la integralidad de los individuos, quizás ni siquiera debiese ser cuestionamiento el sacar a un hijo del colegio antes que exponer al niño o niña a los requerimientos de esta, pero lo real es que no todos tienen el lamentable privilegio de elegir entre múltiples opciones y mucho menos entre las mejores para brindar la educación.

En consonancia a esto, las comunidades educativas inician un trabajo amenazante de convencimiento y marginación frente a estas situaciones límites en las que se encuentran estas personas transformando la formación de los sujetos en una dualidad: medicación o expulsión. Sin duda suena cruenta la realidad, pero es con esto con lo que se lucha constantemente, al inicio de estas conclusiones se mencionan de qué manera se potencian estas capacidades pero es importante reanudar el tema porque respecto de la protección, el no exponerlos es un modo que las madres mencionan de forma explícita, esto incluye el no medicarlos. En ningún punto están dispuestas a esto inicialmente porque existe un prejuicio no tan errado del funcionamiento de estos tratamientos, nuevamente de regreso al ideario colectivo se deduce que las pastillas y tranquilizantes para niños y niñas, son drogas lícitas que la psiquiatría avala, son intervenciones en el proceso y desarrollo de los niños y niñas, son además estupefacientes que tiene un efecto notorio y pueden incluso ocasionar secuelas, ante esto las madres buscan múltiples de opciones antes de medicar.

La primera instancia que agotan es el familiar, éste lo propician como un ambiente sano y de protección donde ellas intentan desplegar otras habilidades por medio de sus propias capacidades resilientes, una de las cosas que llama la atención es que estas mujeres no centran el desarrollo del niño en lo cognitivo y es

por esto que terminan teniendo inconvenientes con los establecimientos educacionales, porque ellas comprenden que la educación de un niño tiene detrás un conjunto de creencias y valores de las cuales son responsable de transmitir. Para ello se necesita que cada una de las adultas que está a cargo de los sujetos con esta problemática sea resiliente y pueda trasladar la idea de superación al otra a tal punto que esta quede instalada permitiéndoles así avanzar ante cualquier adversidad. A pesar de esto hay un curso que no se debe desconocer y es lo que ya se mencionó, el hecho de que estas madres si accedan a otras formas de control que socialmente se indican como las correctas producto de lo extenuante que se vuelve vivir con TDA y el ideario colectivo que este arrastra. Cuando una madre cede a la solicitud de las instituciones adhiere a la idea general que se plantea del niño con esta desorganización pero esto no quiere decir que se rinde o abandona al pequeño en el proceso, la perseverancia con las que ella afronta la nueva idea de la que se hace cargo la responsabiliza aun más y continúa buscando nuevas formas de desarrollo que generen conocimientos integrales con los que tanto ella como el niño puedan incorporar en su vida para seguir creciendo.

Ahora respecto a los pasos previos antes del tratamiento psiquiátrico las madres exploran nuevas formas de trabajo y en otras redes. A pesar evidenciar que las instituciones y aparatos gubernamentales no son respaldo ni apoyo suficientes para atender a las dificultades que presentan los niños y niñas con TDA ni para sus familias es de suma importancia destacar que si hay otros dispositivos de tratamiento y sostén para el trabajo con estas personas. Esto es reconocible en el discurso de las entrevistas, ellas afirman que más de alguna vez han recurrido a otro tipo de terapias complementarias que permitan a sus hijos seguir creciendo y desarrollándose con integralidad. En la actualidad todos estos niños asisten al Centro de Atención Psicológica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano donde se han instalado en un proceso y espacio terapéutico, pero además se menciona el trabajo a nivel energético como el reiki y la meditación.

Dentro de los relatos se destacan el trabajo directo que se establece entre los niños y niñas y las guías que llevan estos procesos opcionales a los que pueden

acceder. Esto se relaciona con el último objetivo instalado que busca evidenciar si existen redes de apoyo complementarias y se puede ver que sí, planteando de manera más abierta que no sólo existen figuras de profesores específicos que se manifiesta como adultos significativos o tutores resilientes sino que también existen otras como la terapeuta de reiki, la psicóloga del colegio, la psicopedagoga que son tan importantes como los padres al momento de entregar herramientas y confianza para desenvolverse con menos dificultad. Una de las principales ventajas y que termina por ser un acierto, es que estas personas además de reforzar ciertas áreas logran determinar la metodología correcta posibilitando una programación y tareas adaptadas a cada perfil para que se realicen de forma continua, proyectando avances tanto personales como cognitivos.

Esto es importante en la medida que se comprende que el TDA no es en ningún caso una limitación para quienes lo padecen, muy por el contrario como se ha esclarecido durante este estudio este trastorno le da un plus a nuevas intervenciones y a otras formas de aprendizaje mucho más certeros y concretos. A pesar de la deficiencia que pueden existir en algunos aspectos los niños y niñas con TDA despliegan estrategias para no quedar al margen de lo actual, supliendo con otras destrezas aquellas con las que no cuentan, también se puede concluir que hay una forma diferente de relacionarse. Por medio de lo afectivo los sujetos se inclinan hacia un apego mucho más fuerte e incondicional que si bien no siempre es recíproco les permite mantener lazos estrechos, quizás pocos pero duraderos.

Otro punto interesante es que en el inicio de la investigación se señala que el hallazgo y prevalencia del TDA es mayor en mujeres que en hombre, pero queda plasmado en este estudio que todos los casos entrevistados son niños entre 7 y 13 años quienes poseen esta desorganización, descartando por completo aquella premisa que instala la psiquiatría, por ende son ellos en quienes se pone el foco de atención y quienes se ven más afectados. Esto resulta un arma de doble filo, los diferentes contextos en que estos niños se desarrollen centran la mirada en ellos y su comportamiento, pero no precisamente para impulsar el crecimiento y progreso sino que para estigmatizarlo. Aludiendo a lo que ya se planteó el género cumple una

función dentro de la sociedad y ser niño no es igual a ser niña, por supuesto esto no contribuye a la visión que se tiene de estos pequeños por el contrario sólo hace recaer el peso de que el problema no es su condición sino que es desordenada, esto puede incluso poner en duda el diagnóstico recibido generando mayores críticas por un comportamiento que se entiende como intencional, a sus actitudes y capacidades.

Para finalizar podemos concluir que además de los dos supuestos comprobado, se entiende que el Trastorno de Déficit Atencional se convierte en un fenómeno social en tanto comprende niveles macros como organismos estatales, particulares y un alto porcentaje de la población infantil. En lo concreto esto es solo la apertura de un tema que ha tomado fuerza dentro de la última década involucrando principalmente a las familias, los sectores educacionales y de salud quienes quedan al debe en cuanto a políticas públicas, por supuesto se prevé la falta de rigurosidad y fiscalización con respecto a los procedimientos que se llevan a cabo y la sobrediagnóstico que se estima.

Dentro del marco referencial de esta tesis se mencionan las cifras reales de las subvenciones otorgadas por cada niño o niña con necesidades educativas especiales, las que no siempre van dirigidas e invertidas donde corresponden sino más bien aporta solo al enriquecimiento de los diferentes establecimientos. A modo de reflexión de manera drástica se podría pensar que la educación de mercado es responsable de que instalar un colegio común o diferencial se transforme un en el mejor negocio, para esto por supuesto se necesitan otros colaboradores como la red primaria de salud, para estos casos el procedimiento es una derivación del colegio a COSAM con características que sugieren un diagnóstico de TDA, al que la salud mental accede sin tomar los resguardo ni realizar las pruebas necesarias.

De ser así no parece ridículo o extraño que un tiempo determinado los centros de salud sigan igual de colapsados, los colegios con mayores recursos no invertidos y una tasa alta de niños y niñas con TDA. Pero hoy cambia el paradigma y con el reconocimiento de esta temática resta esperar que se abran y conozcan

cada vez más opciones y disciplinas de trabajo, ya sea como intervención o acompañamiento para estos pequeños y sus familias permitiéndoles desarrollar autonomía en sus procesos.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el transcurso del proceso de investigación se presentaron situaciones y temáticas no contempladas dentro del estudio, no obstante estos hallazgos resultan de gran relevancia permitiendo tener mayor información al momento de analizar los datos.

El primer hallazgo se concentra en el trabajo que realiza el Centro de Atención Psicológica donde se aplicaron los instrumentos de recopilación de datos, en el proceso de selección de la muestra se pudo visualizar que si bien hay una alta tasa de derivación de los establecimientos educacionales hacia el centro, por diagnósticos abreviados de TDA y eventuales evaluaciones psicológicas las medidas de la institución son pesquisar, realizar las pruebas necesarias y confirmar o descartar la valoración que hacen los colegios de estos niños y niñas. Este es un punto importante de destacar porque el envío de fichas clínicas recibidas por el dispositivo psicológico adjuntan el *Test de Conners* en su versión más abreviada sin cumplir con los antecedentes necesarios. Frente a esto se puede reconocer una sobredemanda de la evaluación y atención a estos casos, incluso se podría hablar de exageración desde los colegios ante la desesperación de que los niños y niñas no sea lo suficientemente normados para convivir dentro de la sala de clases.

Por suerte y para fines constructivos esas derivaciones pasan por una P/E (primera entrevista) de filtro donde se trata de identificar qué tan real es lo que dicen y piden las instituciones escolares, pero este proceso es más largo que esto. Se realizan aproximadamente entre 4 a 5 sesiones de entrevistas preliminares con el niño o niña, los padres y en conjunto que en estricto rigor ayudan a determinar el procedimiento a realizar, por supuesto en algunos casos es necesaria una evaluación psicológica, en otros el diagnóstico es confirmado y de ser así se continúa con terapia y se estima la necesidad o no de iniciar un tratamiento farmacológico. Lo importante de este descubrimiento es que las indagaciones al respecto en la mayoría de los casos apunta a que el diagnóstico no es real.

El segundo hallazgo es acerca de el modo de funcionamiento y los métodos de control utilizados en el contexto escolar, al igual que el descubrimiento anterior en el espacio de entrevista se destaca entre la narración de las entrevistadas lo atormentados que se encuentran ellas y sus hijos a causa del actuar de estos entes. Una de las cosas que más sorprende es la exposición a la que se ven enfrentados niños, niñas y familiares de acuerdo a su condición. A menudo estos sujetos se ven amedrentados por las medidas que toman las escuelas mencionando que a consecuencia del comportamiento errático de sus hijos si estos no son sometidos a las condiciones que los directivos interponen pueden ser excluidos, suspendidos e incluso expulsados del establecimiento haciendo efectiva la cancelación de la matrícula para el siguiente período.

Esta situación se advierte como falta grave, entendiendo que en el marco de la legalidad no es posible ni lícito la anulación de la inscripción constituyendo una vulneración al 4° derecho de los niños y niñas, la educación. Para una reflexión más incisiva se debe tener en cuenta que en nadie puede ni debe negar la enseñanza formal a un sujeto, esto atenta contra el decreto de universalidad de la educación que la destina para todos los seres humanos sin importar, diferencias, raza, religión, cultura, etnia, etc, pero lo que agrava aún más la revelación hecha por las entrevistadas es que todas han tenido que sortear esa dificultad a lo menos una vez en la vida escolar de sus hijos.

Esta circunstancia queda a libre interpretación, pero conforme a este estudio se puede apreciar que además de la marginación y condicionamiento que se aplica a los casos con TDA - que de seguro no deben ser los únicos sometidos a estas tentativas negativas - una vez más el sistema opera con métodos de control con el fin de homogenizar la población a base de cánones determinados que imponen el deber ser y cómo comportarse frente a espacios de disciplina. Esto último resulta interesante de modo que un lugar como la escuela puede resultar provechoso, ya que, convergen diferentes ámbitos de la vida, para ser más claros un niño o niña no deja en la puerta de la escuela quien es, a donde pertenece y su subjetividad para entrar vacío a la sala de clase sino que entra con todo este contenido personal,

cultural y familiar para recibir reciprocidad y aprehender pero es lamentable pensar que hoy los que pudieran ser espacios para conocer se reducen a sitios hostiles llenos de rigor y materias asignadas.

Un tercer hallazgo es el cómo enfrentan los niños las condiciones materiales en las que deben desarrollarse o desempeñarse, dentro de una de las entrevistas realizada uno de los niños estuvo presente y él señaló como algo importante el hecho de los cuestionamientos personales que se le hacen a causa de su diagnóstico. A lo que este pequeño apuntaba era a la innecesaria intencionalidad de los profesionales por intervenir o saber qué es exactamente lo que le sucede, por supuesto el objetivo de indagar es poder tener mayor capacidad de control sobre él, pero el niño expone que se siente incómodo permanentemente y que no le gusta atender a situaciones que lo sometan a entrevistas o preguntas porque el análisis que se hace respecto a él es muy personal, señala que se le realizan preguntas muy íntimas que le afectan y que prefiere no contestar. Esto acusa una sobrecarga del tema que origina un desgaste que va más allá de lo físico, no sólo se les exige a estos niño normas, responsabilidades y comportamientos socialmente aceptados sino que se les presiona de manera que su emocionalidad se ve involucrada e interpelada sólo por presentar características que pueden distinguirlos del resto, cuando una situación de conflicto se repite una y otra vez la vida del ser humano este termina por conformarse con lo que resulta de eso los niños y niñas se conforman porque una de las características que distingue la niñez es la capacidad de creer y el deseo imbatible de conseguir lo que quieren por eso se habla de niños soñadores o fantasiosos, entonces entenderemos que siendo niño jamás dejamos de luchar y en estos casos ellos no dejan de luchar frente a la desacreditación que el entorno les expresa por lo que hace aún más agotadora su realidad.

Para cerrar este apartado, el último descubrimiento y sin duda el más impactante develado por las entrevistadas es el dolor y sufrimiento con el que cargan ellas por ser la madre de. Si bien ser madre o padre en ningún caso es tarea fácil, cuando los pequeños y pequeñas tienen necesidades especiales o

capacidades diferentes la vida adquiere otro valor y se agrega algún costo, a esto se ven enfrentadas aquellas mamás.

Señalan con frecuencia que vivir la marginación y exclusión de sus hijos es doloroso y que el estigma no las deja fuera de esta realidad, se ven constantemente enfrentadas a ser la mamá de tal y cual niño, a las críticas hacia su labor como madres, adultas responsables, expuesta a comentarios de como deben hacerlo y de lo malo o incompetente que son sus hijos, pero sin duda lo más doloroso para ellas es ver la marginación y exclusión dirigidas hacia ellos. Desde un inicio esta investigación está planteada con el objetivo de recoger la percepción de aquel adulto significativo que está presente durante todo el desarrollo de los sujetos, esto con el fin de no sentenciar ni exponer a los niños y niñas a recordar y relatar las difíciles experiencias que han tenido que vivenciar, pero no se tuvo en consideración la vivencia en primera persona de lo que es ser madre de un niño o niña con TDA.

De forma sorpresiva este tema aparece con una sensación de ingratitud, las experiencias vividas son lamentables e incluso desoladoras, cuando las mujeres hablan de todo lo que han hecho y lo que han conseguido hasta el momento, que sin duda son condiciones básicas y dignas para sus hijos es totalmente alentador, porque deja de manifiesto que hay un trabajo de resiliencia e persistencia de no flaquear para conseguir algo mejor, es un lucha constante por tener la dignidad y respeto que merecen sus hijos solo por ser personas, es la búsqueda del ambiente propicio para el óptimo crecimiento, es un grano de arena para la felicidad de los niños y niñas en la adversidad.

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

Para concluir este trabajo de investigación que se llevó a cabo, donde se revisan las aristas más importantes sobre la temática presentada -Trastorno de Déficit Atencional y Capacidades Resilientes- esta última sección da cuenta de los aportes que brinda esta investigación realizada para la disciplina del Trabajo Social en consecuencia de lo expuesto.

Lo primero en enunciarse será que las entrevistas realizadas además de mostrar las experiencias de cada uno de los casos, presentan la materialidad de una realidad que está un poco obviada frente a otras contingencias.

Para este apartado lo inicial es comprender que esta problemática se encuentra potencialmente invisibilizada, si bien es de renombre dentro de las aulas de clases no existe un estamento que se haga cargo de ellos y mucho menos acciones dirigidas a afrontar lo que este síndrome conlleva. De acuerdo a lo revisado en el estudio llama la atención que para cada uno de los casos el TDA va asociado a problemáticas socio-afectivas, la presencia de situaciones de vulnerabilidad como VIF, quiebres familiares y la ausencia de figuras importantes en el núcleo no son causantes de la desorganización pero si la acentúan de manera que los niños y sus adultos responsable se ven más expuestas. Así la familia se ve constantemente inestable poniéndolos en un un escenario adverso pensando en que el espacio protector en algún momento fue de riesgo.

Destaca entre eso la perseverancia de los núcleos por avanzar a pesar de las dificultades, pero cuando existen situaciones que ponen en peligro la integridad de quienes lo conforman se desarrollan dinámicas de mayor subordinación por lo que se condicionan a tolerar todo tipo de discriminaciones o marginación que se les realice. La idea de comprender estas realidades desde la resiliencia en justamente visualizar que a pesar de las marcas que dejan las variables transversales en el cotidiano luchan por interponerse a los obstáculos que se les presentan. Para el Trabajo Social es relevante reconocer que algo patológico traiga consigo

problemáticas más del orden social, esto podría marcar un precedente en la forma de intervención de estos casos. Por ahora la actualidad es desfavorable para aquellos que se encuentran y sienten parte de la comunidad afectada, ya que esto deriva básicamente en la falta o focalización de las intervenciones que se realizan. De momento en que se revisan las normativas técnicas correspondientes a cada ministerio vinculado podemos ver que no hay un trabajo real que facilite o mejore las condiciones de desarrollo de los niños, niñas y jóvenes con TDA, más bien encontramos medidas de mitigación frente a un problema que por su alcance y sobrediagnóstico es de carácter nacional.

Frente a esto se puede identificar que en materias de educación y salud el Trabajo Social no tiene cabida, por ende no se reconoce la disciplina como un agente complementario, no se abren espacios de trabajo directo para intervenir. Pero es cierto y necesario reconocer que en términos de experiencia la materia de lo social prioriza otros espacios de desarrollo como la labor con comunidades más abiertas, participación en los diferentes niveles de organizaciones, el contacto directo con la familia, temáticas de abandono, abuso, violencia y vulnerabilidad.

Esto resulta contradictorio considerando que el área educacional es parte fundamental de la formación y crecimiento de los niños, niñas y jóvenes, desde la rectificación de la Convención sobre los Derechos del niño uno de los que toma mayor relevancia es el derecho a la educación, para esto los lineamientos nacionales dirigen la atención en dar respuesta y resolver el trabajo a realizar con la materia de infancia de la mano de los respectivos ministerios, pero qué sucede cuando estos no contemplan las piezas claves para obtener fruto de las inversiones que se realizan.

Es importante volver a reiterar que el quehacer social no se encuentra validado dentro del área de sanidad y mucho menos en salas de clases, esto ha sido una disputa de larga data en donde esos lugares se han intentado recuperar con nuevos roles y cada vez con mayor insistencia, es necesario expresarlo de manera clara porque en esta disyuntiva se conciben dos aristas importantes. La

primera es que ambos gremios mencionados son herméticos en sus funciones y ven la entrada de otras especialidades como una amenaza para la articulación que mantienen, considerando quizás contraproducente una unión entre una o más de estas negándose a la posibilidad de ser materia dispuesta de un nivel operativo más completo y eficiente que abarque todas las necesidades que presenta la población infantil.

Y lo segundo es plantear que no existe una especialización de base sobre temas psicosociales o cognitivos para poder plantearse nuevos desafíos y encarar el panorama de hoy. Entendemos que la formación de un(a) Trabajador(a) Social no está indispensablemente ligada a estos contenidos, dando prioridad a otras destrezas que se vinculan directamente con las experiencias de campo, revisando con mayor detención otras materias pero es de suma relevancia reconocer que tampoco se desarrolla una continuidad en la especificación de algunos temas o interés posterior de adquirir herramientas que faciliten la actuación en estos escenarios.

Desde este punto podemos comprender que el Trabajo Social no logra instalarse en las materias de educación y salud -en especial salud mental- porque un vacío de material y conocimiento que limita el trabajo, las tareas a realizar y las nuevas formas de accionar generando un menor despliegue, restringiendo el impacto que se puede provocar en comunidad más cerradas y acotando los lugares de intervención.

Estos contextos son en sí dificultosos porque consideran puntos de vistas propios de cada campo de los cuales el Trabajo Social se encuentra alejado, por lo que además de querer abrir espacios nuevos de trabajo tienen que haber un interés por aprender e incorporar al diario vivir nuevos conceptos. Si nos detenemos aquí podemos incluso plantear una pregunta como si ¿hay un real interés por conocer y adquirir conceptos desde áreas como la salud y la educación o más bien hay una inclinación a rechazarlas?. Para ser honesto pareciera ser que hay una reticencia palpable y un cúmulo de prejuicios que acompañan estas materias, como se

menciona al principio en este apartado el quehacer social desde siempre ha priorizado la labor con comunidades mucho más abiertas, pero ¿hasta cuando será sostenible esa perspectiva?. Lo que vemos en la actualidad es que los organismos garantes de derechos como los establecimientos educacionales y los centros de salud públicos se ven colapsados y no solo por sus propias demandas, sino que hay un interdisciplinaria que no da respuesta a las necesidades de las personas.

Frente a esto el cuestionamiento a plantearse es el qué estamos haciendo, para este caso, por los niños y niñas y en qué campos estamos dispuestos a participar, se habla de forma reiterativa del exceso de patologización, diagnosticación, estigma y rendimiento, los responsables del área social somos los primeros en señalar que estas son prácticas que queremos combatir, rechazando de manera tajante las apreciaciones de profesionales de la psicología y la docencia, pero lo real es que con este comportamiento estamos siendo irresponsables, porque a diferencia de contribuir se cristaliza la función de las otras áreas, se enjuician sus procedimientos y actuar y reproducimos la misma dinámica.

Esto sólo aumenta la brecha de conexión entre un trabajo y otro, impidiendo una armonización de los distintos ámbitos que involucra la vida de un ser humano, para relevante comprender que el sujeto si bien se desempeña en diferentes escenarios esto no implica que estos no se entrelazan, una de las ideas que se señala durante el marco teórico es que un niño o niña no deja de ser quien es para ingresar como recipiente vacío a algún lugar y adquirir conocimiento, en esta ocasión es igual. No podemos pretender hacer labores separatistas como si se trataran de faenas sino que muy por el contrario se debe unificar todas las acciones que impulsen las respuestas y mejoras en la calidad de vida de las personas.

Para finalizar es necesario situar este punto con el objetivo de visualizar la envergadura de este problema, que así como nos afecta en privado lo es también en lo público, hoy somos parte de un problema estructural donde el no entrometerse en otras disciplinas significa no funcionar como un organismo cohesionado que pueda asegurar lo básico, condiciones dignas para la vida de los niños y niñas.

Bibliografía

Asociación Americana de la
Psiquiatría DMS IV.

Manual diagnóstico y estadístico de
los trastornos mentales. Barcelona.

Barragán-Pérez, E; Peña-Olivera, F;
Ortiz-León, S; Ruiz-García, M;
Hernández-Aguilar, J;
Palacios-Cruz, L y Suárez-Reynaga,
A.

Primer Consenso Latinoamericano
de trastorno por déficit de atención
e hiperactividad. México.

Centro de Atención Psicológica
Universidad Academia de
Humanismo.

Manual de funcionamiento y
procedimientos. Santiago, Chile.

Cyrulnik, B y Anaut, M.

¿Por qué la resiliencia?: Lo que nos
permite reanudar la vida

De Certeau, M.

La invención de lo cotidiano.
México.

Durkheim, E.

Representaciones individuales y
representaciones colectivas.
Quebec.

Fernández Jaen, A

Trastorno por Déficit de Atención
y/o Hiperactividad (TDAH).
Abordaje multidisciplinar. Madrid,
España

- Goffman, E.** El estigma. Buenos Aires, Argentina.
- Gómez, E y Kotliarenco, M.** Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. Santiago, Chile.
- Instituto de estudios peruanos.** Taller Interactivo: Prácticas y Representaciones de la Nación, Estado y Ciudadanía en el Perú. Lima, Perú.
- Janin, B; Frizzera, O; Heuser, C; Rojas, M.C; Tallis, J y Untoiglich, G.** Niños desatentos e hiperactivos. Argentina.
- Korzeniowsk, C y Ison, M.** Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. Revista Argentina de clínica psicológica. Argentina.
- Kotliarenco, M; Cáceres, I y Fontecilla, M.** Estado de arte en resiliencia. Suecia.
- Kubia, K.** “Cool” inferior frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder versus “Hot” ventromedial orbitofrontal-limbic dysfunction in conduct disorder.

Llabet, V.	La promoción de resiliencia con niños y adolescentes. Buenos Aires, Argentina.
Marx, C y Engels, F.	Obras escogidas en tres tomos. Moscú.
Ministerio de Educación.	Guía de comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educación Básica. Santiago, Chile.
Ministerio de Educación.	Orientaciones para dar respuestas educativas a la diversidad y necesidades educativas especial. Santiago, Chile.
MINEDUC, División General de Educación y Unidad de Educación Especial.	Política Nacional de Educación Especial. Nuestro compromiso con la diversidad. Chile, MINEDUC.
Ministerio de Educación.	Programa de Integración escolar, Manual de orientaciones y apoyo a la gestión. Santiago, Chile.
Ministerio de Salud.	Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Santiago, Chile.

- Ministerio de Salud.** Norma técnica para niños y niñas con TDAH. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud.** Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral. Santiago, Chile.
- Moñivas, A.** Epistemología y representaciones sociales: Concepto y teoría. Madrid.
- Morris, C y Maisto A.** Introducción a la Psicología. México.
- Sances Macero, C.** Intervención familiar grupal con niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Barcelona.
- Sampieri, R.** Metodología de la investigación. México.
- Tonia, R.** Una reflexión sobre resistencia y arte hoy. España.
- Vásquez, J; Cárdenas, E; Feria, M; Benjet, C; Palacio, L y De la Peña, F.** Guía clínica para el Trastorno por trastorno por déficit atencional e Hiperactividad. México.
- Vigotsky, L. S.** Interacción entre aprendizaje y desarrollo. Barcelona.

Fuentes electrónicas

- Burgos, B; Estay, F y González, S.** Sistema Floral de Edward Bach, una herramienta complementaria. Santiago, Chile.
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2204/tpdif28.parcial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carrasco, K; González, B y Ramírez, D.** La terapia floral como apoyo complementario. Santiago, Chile.
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2472/tpedif08.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castex, A; Montecinos, P y Quiroz, A.** Sentimiento de ser útil y necesario en el mundo. Santiago, Chile.
<http://bibliotecadigital.academia.cl/jspui/bitstream/123456789/906/1/TPEB%20119.pdf>
- Gobierno de Chile, MINEDUC.** Déficit Atencional, Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educ. básica.
http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201305151612430.Deficit_Atencional.pdf

Félix Mateo, V.

Perspectivas recientes de la evaluación neuropsicológica y comportamental del Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad

https://www.researchgate.net/publication/28106792_Perspectivas_recientes_en_la_evaluacion_neuropsicologica_y_comportamental_del_Trastorno_por_Deficit_de_Atencion_consin_Hiperactividad?enrichId=rgreq-df26e8f486683cbad6f4fb3f0f8ee825-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI4MTA2NzkyO0FT0jExOTMwODM3ODE4NTcyOUAxNDA1NDU2NzQyOTYw&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

Ministerio de Educación.

Ley N° 20370 (Ley General de Educación). Santiago, Chile.

Miquel, L y Sáez, Y.

Apoyo a los padres en el rendimiento escolar de sus hijas e hijos. Santiago, Chile.

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1911/tpeb741.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ried, P; Riquelme, A y Rodríguez, A.

La resiliencia una ventaja de esperanza para niños pre-adolescentes. Santiago, Chile

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/387/tesis%20tpsico109.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Saavedra, J.

La negligencia parental en los sistemas familiares. Santiago, Chile
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1770/TTRASO%20435.pdf?sequence=1>

Sandoval, A; Acosta N; Crovetto F y León, M.

Enfrentamiento terapéutico del trastorno por déficit atencional en una población infantil escolar perteneciente a la RM de Chile (2009):
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272009000100005&script=sci_arttext

Vicente, B; Saldivia, S; De la barra, F; Melipillán, R; Valdivia, M y Kohn, R.

Salud Infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Chile.
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n4/art05.pdf>

ANEXOS

Operacionalización de variables

Variable: Capacidades resilientes que desarrollan los niños y niñas entre 7 y 12 años.

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Items
<p>Capacidad: Oportunidad, lugar o medio para ejecutar algo. (LARAE)</p> <p>Resiliencia: La resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad. (Grotberg, 2001;20)</p>	<p>Capacidades Resilientes:</p> <p>Consisten en el medio u oportunidades que desarrollan los seres humanos para sobreponerse a las situaciones o experiencias de adversidad en diferentes contextos de la vida del sujeto.</p>	<p>1. Contexto personal</p> <p>2. Contexto familiar</p> <p>3. Contexto escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima - Empatía - Motivación - Confianza - Control de emociones - Afectividad - Contención - Apoyo - Normas - Socialización - Interacción - Aprendizaje cognitivo 	<p>1. El niño o niña, ¿muestra confianza en sí mismo, para realizar alguna actividad?</p> <p>2. Desde lo que ud. puede observar, ¿su hijo/hija se desborda con facilidad?</p> <p>1. ¿El niño/niña se que tan a menudo se muestra cariñoso?</p> <p>2. ¿Ud. cree que su hijo/hija necesita más apoyo en alguno de los escenarios en los que se desenvuelve?</p> <p>1. ¿Qué tan tímido se muestra su hijo/hija al momento de interactuar con otros pares?</p> <p>2. Desde su opinión personal, ¿ud cree que el aprender le cuesta mayor trabajo aprender?</p>

Variable: Trastorno de Déficit Atencional

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Items
<p>El Trastorno Hiperactivo o Trastorno de la Atención (THA) constituye un cuadro clínico que se identifica cuando se presentan déficit de la atención, hiperactividad o impulsividad, en forma persistente, y en más de uno de los ambientes de vida del niño, niña o adolescente. (Ministerio de Salud, 2014;288)</p>	<p>El Trastorno de Déficit Atencional es un desorden neurobiológico que presenta características como desatención, hiperactividad o impulsividad que persisten en el comportamiento del niño o la niña mientras se relaciona en diferentes ambientes de su vida.</p>	<p>1. Desatención</p> <p>2. Impulsividad</p> <p>3. Hiperactividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Distracción - Concentración - Comprensión - Representación - Interpretación - Memoria - Tolerancia - Estrés - Reflexión - Frustración - Angustia - Miedo - Ansiedad - Actividad permanente - Estado de ánimo - Ambivalencia - Oralidad 	<p>1. Desde lo que ud. puede ver, ¿cree que su hijo/hija se desconcentra con facilidad?</p> <p>2. ¿Podría estimar el tiempo que el niño/niña permanece concentrado/a realizando alguna actividad?</p> <p>1. ¿Qué emociones manifiesta más recurrentemente su hijo/hijo?</p> <p>2. Considera ud, ¿que su hijo/hija se frustra con facilidad?</p> <p>1. Considera ud. ¿qué al niño/niña le cuesta permanecer en estado de quietud?</p> <p>2. Desde su opinión, ¿cree ud que su hijo/hija cambia de humor abruptamente?</p> <p>3. Con respecto a lo que ud observa, ¿que tan recurrente señalaría la comunicación verbal de su hijo/hija?</p>

Resiliencia y Trastorno de Déficit Atencional



Solicitud de consentimiento

Estimada:

Por este medio se le invita a participar de manera voluntaria en la recolección de datos para un estudio de niños y niñas entre 7 y 13 años, diagnosticados con *Trastorno de Déficit Atencional*, el que tiene como objetivo visualizar otras características en la persona que le permiten desarrollar formas diferentes de aprendizajes.

Esta investigación será realizada por Adriana Robles Ulloa RUT 19.056.664-1 estudiante de Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, en el marco de la tesis de pregrado para la obtención del título de asistente social.

La entrevista a desarrollar se estima en un período de 45 minutos (aprox), llevando a cabo una pauta guía de preguntas que nos permitirá profundizar en la temática y esclarecer aspectos que no hayan quedado claros.

Es importante mencionar que las respuestas serán recibidas sin prejuicio de lo correcto o incorrecto, sino con el objetivo es poder conocer cómo ha sido la experiencia durante el proceso.

Cabe señalar que la información recabada será grabada para guardar su testimonios, poder analizar, hacer notas y citas posteriores, aun así el carácter de esta reunión es confidencial, resguardará su identidad y los datos entregados quedarán a cargo de la investigadora responsable, acreditando que nadie tendrá acceso sin una autorización escrita del entrevistado.

Es por esto que me dirijo a ud. en esta entrevista, con el fin de no exponer al niño o niña y reconocer capacidades y habilidades de su hijo o hija.

Para finalizar agradecer la colaboración en este trabajo, ya que todo lo recogido de este diálogo contribuirá en mi aprendizaje del estudio.

Yo Sra. _____ manifiesto conforme a lo informado, me encuentro en conocimiento del propósito de entrevista y estoy de acuerdo con los términos. Declaro haber comprendido la información, he podido realizar preguntas y aclarar dudas antes del inicio de la entrevista tomando libremente la decisión de ser parte de esta investigación, contestando lo que me parezca pertinente y pudiendo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

_____ Autorizo que el testimonio brindado sea grabado y utilizado con fines académicos, sin que este sea expuesto de manera abierta.

_____ Autorizo la utilización de los enunciados para la publicación en formato de tesis de pregrado, sólo en condiciones de anonimato.

Firma

Pauta de preguntas

1. Contexto personal

- a) ¿Qué percibe ud. de la autoestima en su hijo/hija?
- b) ¿Qué opinión tiene ud sobre la capacidad empática de su hijo/hija? Entendiendo que la empatía es la habilidad de posicionarse en el lugar del otro.
- c) El niño/niña, ¿muestra confianza en sí mismo, para realizar alguna actividad? ¿cree que tiene iniciativa?
- d) Desde lo que ud. puede observar, ¿el niño/niña se desborda con facilidad?
- e) ¿Cómo reacciona a situaciones difíciles?

2. Contexto familiar

- a) ¿El niño/niña se que tan a menudo se muestra cariñoso?
- b) ¿Cómo reacciona su hijo/hija ante la contención de un adulto o sus pares frente a una situación en la que se siente expuesto? ¿Cómo aborda los momentos difíciles con su hijo/hija?
- c) ¿Ud. cree que su hijo/hija necesita más apoyo en alguno de los escenarios en los que se desenvuelve?
- d) ¿Qué podría decir con respecto al niño/niña y las normas?

3. Contexto escolar

- a) De momento en que el niño/niña se ve en un escenario social ¿como cree que ud. que se desenvuelve?
- b) ¿Qué tan tímido se muestra su hijo/hija al momento de interactuar con otros pares? ¿Le parece a ud. a que su hijo le cuesta entablar relaciones con otros?
- c) Desde su opinión personal, ¿ud como ve a su hijo/hija en el aprendizaje? ¿cómo recibe la educación formal?
- d) ¿Podría identificar en su hijo/hija las formas o métodos en los que se le facilita el aprender?
- e) ¿Podría identificar alguna red de apoyo?

4. Desatención

- a) Desde lo que ud. puede ver, como indicaría que es la concentración de su hijo/hija
- b) ¿Qué tipo de distracciones reconoce ud. en su hijo/hija?
- c) ¿Podría estimar el tiempo que el niño/niña permanece concentrado/a realizando alguna actividad?

- d) En términos de comprensión ¿cree ud. a su hijo/hija le cuesta realizar esta acción? o más bien ¿comprende de formas diferentes?
- e) En base a las diferentes percepciones que tienen todos los sujetos, ¿cree que el niño/niña realiza reflexiones elaboradas de situaciones significativas para él/ella?
- f) Como indicaría que es la memoria de hijo/hija

5. Impulsividad

- a) ¿Qué emociones manifiesta más frecuentemente su hija/hijo? ¿cree que le cuesta lidiar con algunas situaciones?
- b) ¿Diría que el niño/niña manifiestan episodios de estrés? ¿cómo reaccionaría a estos?
- c) Después de algún eventual momento que no salió como su hijo/hija esperaba ¿cuál es su reacción? ¿visualiza ud que él/ella reflexiona el porqué?
- d) ¿Qué situaciones le producen angustia y a qué nivel? ¿cree que las situaciones de presión podrían generar angustia?
- e) En ocasiones, ¿el niño/niña se muestra más temeroso?
- f) ¿Reconocería ud a su hijo/hija como ansioso?

6. Hiperactividad

- a) De acuerdo a su experiencia diaria ¿cómo definiría a su hijo/hija? (tranquilo, inquieto, etc)
- b) Considera ud. ¿qué al niño/niña le cuesta permanecer en estado de quietud?
- c) Desde su opinión, ¿cómo describiría el humor de su hijo/hija?
- d) Con respecto a lo que ud observa, ¿qué tan recurrente señalaría la comunicación verbal de su hijo/hija?