



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y
ARTES DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

TESIS

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH),
EL MALESTAR DE LA FAMILIA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ALAIN ARREOLA LÓPEZ

DIRECTOR

DR. GERMÁN ALEJANDRO GARCÍA LARA





Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas
Dirección de Servicios Escolares
Departamento de Certificación Escolar
Autorización de impresión



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
28 de agosto del 2019

C. Alain Arreola López
Pasante del Programa Educativo de Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado "Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el malestar de la familia" en la modalidad de tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. René de Jesús Muñoz Coutiño

Mtro. José Luis Maldonado Román

Dr. José Luis Hernández Gordillo

Firmas:

Índice

Agradecimientos	
Prólogo	
Introducción	
Planteamiento del problema	
Justificación	
Objetivo	

CAPÍTULO I. METODOLOGÍA

1.1 Enfoque y método	13
1.2 Contexto de estudio	14
1.3 Técnicas e instrumentos	15
1.4 Guía de la entrevista	15
1.5 Participantes	16
1.6 Procedimiento	19
1.7 Análisis de información	20

CAPÍTULO II. EL LLAMADO TDAH, UNA ETIQUETA SOCIAL

2.1 La patologización de la vida infantil	22
2.2 El lenguaje del cuerpo	26
2.3 Subjetividad infantil	31
2.4 Desdibujando la infancia a través de la medicalización	34

CAPÍTULO III. FANTASMAS FAMILIARES, EL DEVENIR DE UNA ANGUSTIA

3.1 De lo vincular al mal(estar)	38
3.2 Madre-hijo: una relación simbiótica	43
3.3 El nombre del padre: de lo triangular a la identificación	50

CAPÍTULO IV. TDAH, DECODIFICANDO UN MAL-ESTAR EN LA INFANCIA

4.1 Un recorrido por el malestar	54
4.2 TDAH, un sentido oculto	55
4.3 La etiqueta infantil	59
4.4 La familia, un conducto al malestar	64
4.5 Un diagnóstico incomprendido	71

Conclusiones	
Referencias	

ANEXOS

Agradecimientos

Dedico estas líneas a todas las personas que de algún modo directo o indirecto ayudaron a que este documento haya existido, a cada uno les agradezco tantos consejos, tantas pláticas y sobre todo la compañía que me han brindado en este trayecto.

Agradezco infinitamente a mis padres, Versain Arreola Gutiérrez y Rosa Elena López Palacios, que nunca dejaron de creer en mí y que encontré en ellos siempre un espacio de tranquilidad y sabiduría cuando no sabía qué hacer. A mis hermanos, que a pesar de las distancias no existieron barreras para no sentirme apoyado en todo momento.

Agradezco al Dr. Germán Alejandro García Lara, por sus enseñanzas durante el servicio, el congreso y cómo director de tesis, por sus consejos y sobre todo por su amistad.

A mis amigos, los cuales no olvidaré por haber compartido conmigo tan inolvidables momentos, que son sin duda, importantes en mí vida y que sin ellos mi estancia universitaria no habría sido la misma.

A los distintos maestros de la carrera de psicología que me motivaron al verlos y escucharlos en cada clase impartida y que sin duda han dejado mella en mi persona.

Agradezco a Dios, el cual me ha dado la oportunidad de coincidir con todas aquellas personas las cuales han hecho, sin duda, una maravillosa experiencia.

Por último, agradezco a todas las personas involucradas en la realización de la tesis, a mí compañera y amiga Esthela Marina Velasco, que me acompañó en gran parte de la producción de este documento, a los padres de familia que me brindaron su valioso tiempo, a maestros y directivos que ayudaron que este trabajo existiera y me agradezco a mí, por dedicar el tiempo necesario para que fuera realidad algo que inició cómo un sueño.

Quién lo diría, los débiles
de veras nunca se rinden.
Mario Benedetti

Prólogo

El estudio de casos referidos por Trastorno por déficit de atención e hiperactividad ha sido objeto de múltiples perspectivas teórico metodológicas y debates en distintos campos disciplinares.

Las líneas de análisis se han centrado en el propio sujeto, metodologías para la intervención de los escolares con esta condición, el quehacer clínico, pero solo de manera tangencial se le ha considerado desde la institución familiar, ámbito en que resulta de sumo interés el abordaje de la función parental, el amasijo de voces, silencios y quebrantos que entrelazan el espectro relacional de sus integrantes y del malestar subyacente a dicha dinámica.

El texto que nos comparte el Ps. Alain Arreola López, constituye uno de dichos trabajos, en el cual nos lleva al intrincado camino de la vida familiar a través del discurso de padres de niños en quienes se ha diagnosticado este trastorno. El recorrido, guía al lector hacia la comprensión de las complejidades del diagnóstico y sus sinsabores, profundiza en la reflexión en torno de los enfoques bajo los cuales se ha comprendido el trastorno, y da cuenta del proceso de simbolización que mediante el movimiento incorpora el infante en su subjetivación y estructuración psíquica.

La familia, como depositaria social del investimento del infante, ofrece a través de las relaciones vinculares que establece, el soporte psíquico del niño. Al respecto, el autor expone las distintas aristas desde las cuales la madre y el padre configuran dicha estructura, pero también de los conflictos y malestar que los fantasmas y proyecciones previas a la llegada del infante, coadyuvan a enhebrar y dar cuenta del psiquismo infantil, los que agregados a las dificultades conyugales y de la familia en su conjunto, subyacen a las manifestaciones sintomáticas de los niños, mismas que se cualifican a partir del devenir de su historia.

En el análisis del discurso de los participantes, se da cuenta de estos aspectos y se examina el malestar, su sentido y los sinsabores acaecidos a partir del diagnóstico, el cual se sugiere como incomprendido.

La revisión teórica y la claridad conceptual con que se presentan las ideas en el trabajo son dignas de reconocimiento. El cuidado del abordaje metodológico da cuenta de los aprendizajes construidos en el curso de su formación.

Al ser parte de la forja de este proceso, en conjunto con los compañeros del programa de licenciatura, guardo con ufana satisfacción el haber acompañado la elaboración de este trabajo, desde sus ideas iniciales, en la comprensión de utilizar un enfoque teórico coincidente con la propuesta metodológica, hasta la exigencia conceptual que enmarca el conjunto de autores revisados e incorporados al trabajo. En el camino, se ha pulido el propio discurso del autor, la argumentación de ideas y una claridad expositiva que permite la comprensión de un asunto de especial complejidad.

La ventura de este trabajo espero sea la base de futuros proyectos formativos y de un quehacer profesional que se exija a sí mismo un sentido ético, de compromiso social, con basamento científico, sin desdeñar por ello la crítica y aportes de la disciplina psicológica.

Germán Alejandro García Lara

Otoño de 2019

Introducción

El presente estudio se aborda desde un enfoque cualitativo de tipo interpretativo, el campo de interés se centra en la narrativa de cinco padres de familia con hijos con el diagnóstico de TDAH de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, la investigación parte desde la mirada psicoanalítica con la cual se explora el denominado trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), como síntoma que se expresa a partir de conductas inapropiadas, disruptivas e inadaptativas, lenguaje cifrado que expresa todo aquello que le aqueja o aqueja a sus padres, teniendo como desencadenante la relación dual entre el núcleo parental y el infante, el cual se ve investido por el malestar que impera en la familia.

Durante la investigación se ha venido relatando como las conductas que el infante reproduce dentro de los entornos donde socializa son percibidas como inapropiadas, pues su hacer [para el mundo adulto] representa un acontecer disruptivo que atenta a las normas emitidas por ellos, la sociedad. Esta observación a la conducta, conlleva distintos nombramientos para describir al infante. Sin embargo, las etiquetas que surgen de las observaciones y juicios del mundo adulto soslayan y silencian la actividad infantil, el niño ya no puede ser niño sin ser nombrado como el “travieso, el que no entiende, el que no para” etcétera.

Es a partir de las observaciones y etiquetas de padres de familia, maestros de grupo, que en primer momento canalizan [si la escuela cuenta con el servicio] con la unidad de servicios de apoyo a la educación regular (USAER), los cuales realizan las evaluaciones pertinentes y determinan el diagnóstico preliminar del infante. El diagnóstico brindado por los profesionales del comportamiento traerá consigo formas y métodos distintos para abordar, tratar y en algunos casos erradicar la conducta inapropiada del infante, una de las alternativas con más auge es la medicación infantil.

El tratar las conductas inapropiadas del infante con medicalización, se construye una barrera que silencia la palabra del niño. Se soslaya la vida infantil, la subjetividad y su entorno, dentro de ellos, se vislumbra a la familia, como el primer vínculo social que el infante conoce en el

amanecer de su vida, y que se encuentra encargada de la subsistencia de la vida del niño, de los procesos formativos, emocionales y conductuales.

El vínculo que surge entre el núcleo parental y el infante estará construido por deseos, anhelos, mismos que se catectizaron aún antes del nacimiento del hijo, esto plantea para los padres una expectativa del infante, y que sin duda es confrontada desde el nacimiento del mismo, existiendo una ruptura entre el ideal y lo real, entre el hijo imaginario y el hijo real, esta situación será parte de la relación dual, padre-hijo.

Al recibir este diagnóstico, dentro del núcleo parental se experimenta una nueva ruptura del hijo ideal, sin embargo este diagnóstico representa para la familia en sí, la forma de silenciar aquello que duele, que los aqueja, y que sin duda es malestar del núcleo parental, es entonces que el infante a través del cuerpo exterioriza ese acontecer disruptivo familiar.

Por tanto, se concluye que el TDAH es un síntoma que se expresa a partir de la motricidad del infante, tal malestar advierte respecto a la inhibición del malestar nuclear-parental, lo que indica que a partir de las conductas disruptivas del niño, el adulto deposita en el hijo la problemática familiar, por lo que este se vuelve un sostén simbólico e imaginario, como una barrera de contención que inhibe el malestar que impera en la familia.

Planteamiento del problema

En la actualidad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, (que desde ahora será mencionado como TDAH) es un tema sumamente recurrente en el entorno escolar. Las conductas que el infante muestra son consideradas por el mundo adulto como incómodas, nombrando a los niños que las reproducen como “traviosos, incansables, distraídos e hiperactivos”, etiquetas que surgen en ocasiones de un padre de familia o de un maestro cansado, aburrido, harto de lidiar con las conductas que presenta el niño.

En ellos solo se ven comportamientos inadecuados que no se apegan a las reglas de una institución o de un “hijo normal”. Levin (2008) comenta que:

...generalmente se define a este tipo de niños por lo que no pueden hacer. Por ejemplo, no pueden parar, no tienen límites, no hay quien los pueda controlar, no responden a los castigos, no pueden estar concentrados, relajados, atentos, tranquilos, sin pegar, sin molestar, no se les aguanta, nadie puede con ellos, no aceptan las reglas, no pueden...,etcétera. (p. 96).

Las conductas que el infante muestra en los distintos entornos sociales son percibidas como inapropiadas para el adulto, su atención es motivo de intervención para una gama de profesionales que lo denominan como TDAH. En su intervención, se atiende el comportamiento disruptivo como un trastorno de la conducta infantil, de origen “intrínseco y que se señala que es debido a una alteración neuropsicológica que provoca disfunciones en los mecanismos del comportamiento, que afecta en un modo directo a los procesos psicológicos” (Romero & Lavigne 2005, p. 9).

La evaluación de los profesionales tiende a ser una observación superficial del síntoma, mismo que da pie a la realización de un diagnóstico, que más allá de ayudar, etiqueta, segrega y en ocasiones dictamina la medicación del niño, desplazando y borrando de toda consideración la disposición afectiva, la complejidad de la subjetividad del niño y la relación del entorno del

infante y sobre todo la infancia, todo ello es reducido a un proceso sináptico. El modelo médico prevalente, más que comprender el trasfondo de las conductas disruptivas que muestra el infante, se enfoca en diagnosticar, recetar y administrar medicamentos.

Por tanto, plantear las diversas conductas del infante como un trastorno orgánico no permite abordar el malestar que le aqueja y que puede estar relacionado con un contexto más complejo como el de la trama familiar; es decir, el síntoma como reflejo inconsciente y subversivo del conflicto familiar, pues desde la constitución psicoanalítica, este [el síntoma] “no constituye el signo de una enfermedad, sino la expresión de un conflicto inconsciente” (Chemama, 1995, p. 413).

Toda situación familiar será una influencia en la conducta y tendrá como resultado la angustia del infante como un afecto de displacer que manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente en un individuo que se encuentra a la espera de algo que no puede nombrar (Chemama, 1995) y que exterioriza por vías alternas al plano discursivo, pues, “la pulsión al no poder ser hablada, ante la dificultad de poner en palabras lo que les pasa, la convierten en acto, acto desenfrenado” (Maldonado, 2008), acto incomprensible, cifrado, misterioso e incómodo para el adulto, que al no saber cómo actuar ante tal situación libera su angustia a partir de un diagnóstico que supone solucionar el problema.

Ruiz (2014) hace una reflexión crítica acerca del quehacer profesional al emitir estos diagnósticos:

El niño diagnosticado con TDAH es un sujeto que está emitiendo un conjunto de señales y mensajes a aquellos que se ocupan de él. ¿Se busca con una etiqueta desviar la atención del conjunto de metáforas y símbolos a los que él apela, para expresar inconformidad, inquietud, extrañeza, angustia y otros afectos por lo que ocurre en su mundo, en la relación con quienes le rodean, a su vez afectados por la compleja realidad amplia en que vivimos? (p. 3).

Sin embargo ¿Qué se busca con el diagnóstico, la aplicación de pruebas, de exámenes médicos? Se podría decir que calmar la angustia; sin embargo, algo es irreductible, la angustia que se

calma es la del adulto, la del padre que busca ponerle un mote a lo que el hijo intenta comunicar, al del profesional que etiqueta con la misión de sanar, a las instituciones educativas que intentan llevar un modelo normalizado que se opone a conductas que se encuentren fuera de su norma, dejando a un lado la angustia del niño, que surge a partir de lo angustia del mundo circundante.

La angustia que aqueja al infante deviene del conjunto de malestares que se generan en los contextos sociales, ante la imposibilidad de satisfacer las demandas de los otros. Esta situación no es ajena a la experiencia del infante, pues, dentro del seno familiar se tipificaron experiencias similares. Debido a que la familia es la institución en que emerge el primer lazo social que el infante conoce en el amanecer de su vida, constituye el modelo a seguir para las relaciones posteriores, más allá de lo biológico representa para el cachorro humano un acontecer simbólico dentro de la estructura de la familia.

La relación madre, padre e hijo tendrá un acontecimiento fundamental en lo que Lacan (1981) llama *Estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia analítica*, donde plantea como el Yo del infante gana su identidad a partir de reconocer su imagen (fragmentada en un inicio) reflejada en el espejo como una unidad [el imaginario] (Conde, 2017). A su vez, la identificación del infante a partir de la relación que tiene con los otros (Lacan, 2009), los padres y sus semejantes [lo simbólico], simboliza al Yo mediante la palabra (Lacan, 2009), en una relación de significantes que devienen del lenguaje.

Dentro de este estadio se vislumbra la dialéctica de la trama que vive el infante en relación de su núcleo familiar, pues entre la madre y el padre tienen un rol determinado que trae consigo “la identificación con la imago del semejante y el drama de los celos primordiales” (Lacan, 2009, p. 104) es aquí donde retomaremos un poco lo que Freud vendría a proponer como el complejo de Edipo, en tanto que el infante vuelca toda su atención a ser el deseo del otro, construye a su vez una rivalidad con el prójimo, es aquí el principio de lo simbólico en el estadio del espejo, pues, en tanto Freud en 1910 (citado por Vega, 2015, p. 2), señalaba que...

El hijo, ya de pequeño, empieza a desarrollar una particular ternura por la madre, a quien considera como su bien propio y a sentir al padre como un rival que le disputa

esa posesión exclusiva; y de igual modo, la hija pequeña ve en la madre a una persona que le estorba su vínculo de ternura con el padre y ocupa un lugar que ella muy bien podría llenar.

Es decir, que mientras para Freud el infante tomaba como un objeto amoroso a la madre volviendo una rivalidad con el progenitor del sexo contrario, esto daba cuenta de la ambivalencia que el niño siente hacia sus padres, así como del desarrollo de los componentes hetero y homosexuales, a esto lo corresponde como...

...fase fálica (entre los 3 y los 5 años) momento que toma su nombre de la primacía del falo tanto para el niño como para la niña. Este primado del falo se articula con la amenaza de castración, cuyo papel es definitivo para la entrada al Complejo de Edipo en el caso de la niña y para su sepultamiento, en el caso del varón. (Vega, 2015, p. 3).

Sin embargo, Lacan le da una dialéctica simbólica al complejo de Edipo, pues advierte que el infante busca ser el deseo que desea la madre, el falo, es decir la falta, es entonces que aquello que se denota como la castración para Freud, para Lacan serán las normas y reglas que fundan el nombre del padre. El padre como una institución de ley plantea las regulaciones sociales y es “este proceso progresivo de significación del cuerpo hace que pase de ser una imagen a transformarse en una totalidad de elementos discretos que se articulan gracias al lenguaje” (Conde, 2017, p. 12).

Es entonces, que la familia deviene a ser un eje simbólico, pues es el primer contacto con la vida social con el infante, y es en la cual se adquiere las normas y reglas.

García, Roblero, Herrera & Pérez (2017) indican que:

La familia puede simbolizarse como un espacio de preparación, de construcción, de encuentro, de red de apoyo y mediación ante las transiciones y demandas de los sujetos; un escenario que posibilita hacer emerger un proyecto educativo en la crianza de los hijos, cuya función más importante es la de prodigar un entorno estimulante, afectivo y de apoyo, que le permita desarrollarse en otros contextos (p. 109).

Esta semblanza familiar compone un orden simbólico que suscita en el infante un lugar en el orden del Otro, la sociedad, pues, es a través de la mirada de los padres que el infante existe, se registra en un lugar simbólico dentro de la estructura y dinámica jugando un papel específico para la familia. López (1998) lo explica de la siguiente manera:

El estatuto de hijo sólo puede registrarse en el orden simbólico. Para reconocerse como hijo es necesario que en el lugar en que antes no había nada se inscriba un significante fundamental: el del nombre del padre referencia que funda el ingreso del pequeño bebé a una comunidad humana. Antes de tener un referente, de adscribirse a alguien, de ser nombrado, se es un ser biológico sin posibilidades de autorreconocerse y de ser reconocido como parte de una integración social, de una familia. (p. 4).

El infante existe a partir del reconocimiento del Otro, “la palabra permite nombrar la serie de sucesiones que inscribe el parentesco.” (López, 1998, p. 4) y hace que navegue en una red de simbolismos que lo recubre de la energía pulsional del deseo parental y que desemboca en el infante como una carga emocional que se asienta en la estructura somática del sujeto, lo que acontece en el plano “*simbólico* [con] el cuerpo como un investimento, primer objeto que se catectiza. Lo que viste son deseos, necesidades, exigencias, apetencias, placeres, goces” (Unzueta & Lora, 2002, p. 9).

El deseo parental como investidura libidinal es un generador de angustia y malestar que se exterioriza a partir de una motricidad sintomática, “el niño vive una experiencia de displacer: no puede agarrar la angustia, es ella la que lo toma, dominándolo, estrechándolo a lo corporal. Es un movimiento que lo defiende frente a ese rostro con el cual se ve confrontado” (Levin, 2008, p. 93).

Esto se acompaña por un rechazo de los anhelos parentales, debido a que la investidura libidinal familiar tiene un efecto dominó en el propio malestar del núcleo parental. Lacan (1969) explicó que “el síntoma del niño en esta posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar [...] puede representar la verdad de la pareja familiar” (p. 55). El infante se convierte entonces en una barrera de contención para el propio malestar del

núcleo parental, centrando la atención en una conducta disruptiva infantil que convoca al olvido de aquello que aqueja al adulto.

El papel que juega el niño diagnosticado con TDAH en la familia es el de inhibir, sostener y regular el malestar en el seno familiar, pues, ante ello, el núcleo parental centra su atención en el infante y deja de ver aquello que le molesta como pareja; también se convierte en el receptor de los deseos parentales, es el conducto de la búsqueda de satisfacción de los anhelos no cumplidos por alguno de los padres, convirtiéndolo en el síntoma de los malestares que imperan dentro de la familia.

Debido a lo anterior, es necesario analizar cómo estos síntomas expresados a partir de conductas inapropiadas, disruptivas e inadaptativas, se vislumbran como lenguajes cifrados para los adultos y expresan todo aquello que le aqueja o aqueja a sus padres, teniendo como desencadenante una relación dual ríspida entre el núcleo parental y el infante, misma que se ve investida por el malestar que impera en la familia.

En este marco, se plantea el siguiente cuestionamiento: ¿Qué representa el infante diagnosticado con TDAH en la dualidad del núcleo parental, de cinco padres de familias de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

Justificación

La presente investigación se desarrolla en una perspectiva que considera lo psicológico y psicosocial, con una lectura psicoanalítica que conjunta a las dos aristas. Se parte de la idea de que el TDAH es un síntoma que se expresa por vías alternas al plano discursivo y que da cuenta del malestar que impera en el seno familiar.

Cuando el síntoma que expresa el infante por medio de lo corporal es visto como un lenguaje cifrado, se transgrede la autonomía del infante y la mirada del Otro aterriza las expresiones del malestar como enfermedad...

...es ahí donde el psicoanálisis abre un espacio a la escucha de la experiencia y violencia que viven los niños, colocándolos en un lugar distinto, produciendo la reinención de su “enfermedad” e incluso descriptándolos de los significantes “enfermo”, “TDAH”, “niño problema” entre otros tantos que no hacen más que arraigar y producir las manifestaciones de las que tanto buscan deshacerse, más los adultos que ellos mismos. (Jacobó, Rodríguez & Manzo, 2017, p. 144)

Hoy en día los niños diagnosticados con TDAH son cada vez más, la modernidad implementa nuevos estilos de crianza, nuevas formas de vida, en las cuales los malestares de los niños se han tomado como pasajeros y sin importancia, por lo que las afectaciones son cada vez más notables en las diferentes áreas de vida del sujeto.

La familia es el primer contexto de aprendizaje y sociabilización para el niño, ya que por medio de la crianza parental se pueden transmitir aptitudes, actitudes y conocimientos que el infante más adelante desarrolla y utiliza con la finalidad de relacionarse con el mundo externo.

En mención a lo anterior, Grau (2007) menciona que:

...la crianza es un proceso complejo que incluye, por una parte, la obligación de los padres de cubrir todas las necesidades del niño tanto físicas como afectivas y psicosociales, y por otra, posibilitarle unos aprendizajes y unas condiciones estimulares que favorezcan su desarrollo biopsicosocial. (p. 45).

La familia desempeña para el infante un papel de vital importancia, pues, es la que le provee las herramientas para adaptarse a los demás entornos sociales, sin dejar de mencionar que es salvaguarda de su vida. Jacobo, Rodríguez & Manzo (2017) mencionan “es a partir del discurso del Otro, casi siempre de los padres o las instituciones (fuente permanente de demanda) que se enlaza inevitablemente con la mirada depositada hacia los niños, entretejiendo entramados libidinales con los deseos de estos”. (p. 144).

El niño es catectizado por todos los anhelos, sueños, esperanzas, ideales de los padres, y empieza a formarse al mismo tiempo que en el vientre de la madre, la concepción imaginaria del grupo parental, Berenstein, 2007 (citado por Menchaca, 2014) menciona “el hijo deberá aceptar ser narcisizado por sus padres, así como también actuará de portavoz de los ideales familiares y de la cultura a la cual pertenece” (p. 13).

Sin duda se espera de este niño grandes realizaciones, se le depositan altas expectativas, las cuales, en el acto de nacimiento, el hijo-ideal se rompe y distancia con el hijo-real, debido a que lo que esperaban los padres y la realidad del hijo es totalmente diferente; en función de esta brecha entre lo real y lo ideal, será la aceptación o rechazo que los padres tengan hacia el niño.

Es entonces que los deseos de los padres son investidos en el infante con la finalidad de cumplir en muchas ocasiones las metas que ellos no cumplieron durante su infancia, mismas que parten de los deseos heredados de los abuelos, como si los fantasmas de ellos rondaran dentro de la vida del infante, es por esto que ante el diagnóstico, surge una nueva pérdida, pues, la primera fue la ruptura del ideal del hijo, y la segunda es la ruptura de la normalidad de este hijo.

Los padres son los principales y los únicos que pueden llegar aceptar si existe un problema en el infante y si será necesaria la ayuda de un profesional. Es por eso que Roselló, García, Tárrega y Mulas (2003) comentan que:

En primer lugar, suelen ser los padres quienes valoran si existe o no un problema, y quienes deciden si necesitan ayuda profesional. De hecho, no todos los niños con TDAH se derivan a profesionales, con lo que una información interesante, sobre todo de cara a la actuación temprana y eficaz, se relaciona con las posibles circunstancias que empujan a una familia a buscar la ayuda de un experto. (p.79).

El núcleo familiar al encontrarse en un estado de inestabilidad emocional, ruptura, la llegada de un nuevo bebé, la muerte de un familiar, etcétera. Estos acontecimientos pueden llegar a generar malestares dentro del núcleo, lo cual inevitablemente será experimentado e investido con una carga sintomática por el infante, quien al no poder expresar dicho malestar, busca formas alternas, como lo es el plano corporal a través del cual el cuerpo del niño habla de aquello que lo aqueja. Ante lo anteriormente citado, el presente trabajo pretende develar la sintomatología de un malestar que impera dentro de la familia y que en la actualidad se aborda como un trastorno.

La intención de la investigación es analizar las distintas vivencias que la familia ha tenido ante el diagnóstico de TDAH, surcando cuestionamientos sobre: ¿cómo fue el embarazo?, ¿qué sintió cuando recibió el diagnóstico de TDAH para su hijo/a? y ¿qué es para usted ser papá/mamá?; las respuestas a estos cuestionamientos por medio de las respuestas que los padres expresan dentro de la entrevista da cuenta sobre el sentir, la percepción que tienen del infante, así como vislumbrar qué es lo que se espera de su hijo y como el diagnóstico representa un cambio dentro de la subjetividad del entramado familiar, lo anterior nos permitió analizar los simbolismos que se presentan la trama discursiva de los padres en función del hijo con diagnóstico de TDAH .

Objetivo

- Analizar la representación que el infante diagnosticado con TDAH procura en la dualidad del núcleo parental, de cinco padres de familias.
 - Examinar cómo se reconfigura el seno familiar a partir del diagnóstico de TDAH
 - Indagar como los juicios del mundo adulto estigmatizan la conducta infantil.

CAPÍTULO I. METODOLOGÍA

1.1 Enfoque y método

La presente investigación busca conocer el entorno, la estructura y dinamismo familiar, en función de visualizar los simbolismos, malestares y vicisitudes que se generan en esta instancia y que exterioriza el infante a través de ciertos comportamientos, mismos que son diagnosticados como TDAH. La sintomatología que presenta el niño con TDAH, oculta un lenguaje que intenta comunicar un malestar que impera dentro de la familia. Ante esta situación se pretende analizar cuál es el lugar simbólico que ocupa el infante, dentro del núcleo familiar. Debido a lo anterior, la investigación se realiza bajo el enfoque cualitativo, el cual ayudará en la reflexión y análisis de los significados y símbolos recuperados a partir de las entrevistas realizadas a los padres de familia.

Según Jiménez-Domínguez, (2000) explica que:

Los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. (Citado por Salgado, 2007, p. 70).

El método a utilizar es de tipo fenomenológico mismo que se enfoca en investigar las experiencias individuales subjetivas de los participantes, conformado desde el campo de las percepciones y recuerdos al que un individuo puede tener acceso a la información en cualquier momento.

Salgado (2007) plantea que este modelo responde a la pregunta...

...¿Cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona (individual), grupo (grupal) o comunidad (colectiva) respecto de un fenómeno? El centro de indagación de estos diseños reside en la(s) experiencia(s) del participante o participantes. (p. 73).

De acuerdo con Crewsell, 1998; Alvarez-Gayou, 2003; & Mertens, 2005 (citado por Salgado, 2007) la fenomenología se basa en los siguientes aspectos:

Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente. Se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados. Las entrevistas, grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales. (p. 71).

La experiencia de vida de los participantes será fundamental para el entendimiento del fenómeno que acontece, como lo es el diagnóstico de un hijo con TDAH. Se vislumbra a partir del discurso de los padres el lugar del infante dentro del núcleo y los cambios que se presentan en la dinámica familiar.

1.2 Contexto de estudio

El contexto de estudio se relacionó con el sector educativo, en prescolares y primarias que tuvieran la asistencia de la Unidad de Servicios de Apoyo a las Escuelas Regulares (USAER) y alumnado con el diagnóstico de TDAH. Debido a que en el periodo de trabajo de campo, ocurrió la interrupción de labores por el movimiento magisterial, se buscó una población externa al sector educativo, mediante el llamado a través de las redes sociales. Otro sector de la población de investigación fue a través de psicólogos de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

1.3 Técnicas e instrumentos

Para la obtención de información de esta investigación se aplicará como técnica la entrevista, la cual consta de un proceso de diálogo entre el entrevistador y el entrevistado, uno con la función de realizar preguntas que ayuden a la indagación de la información y el otro en generar respuestas para enriquecer el contenido. Para Canales 2006 (citado por Díaz, Torruco, Martínez & Varela, 2013) la entrevista es: “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes sobre el problema propuesto”. (p. 163).

Se optó por una entrevista semiestructurada, la cual estará centrada en los padres de familia, a quienes se harán preguntas generadoras, a partir de las respuestas que expresen se profundizará en el tema abordado y las categorías de interés. Para Díaz *et al.* (2013):

Se puede definir como una “conversación amistosa” entre informante y entrevistador, convirtiéndose este último en un oidor, alguien que escucha con atención, no imponen ni interpretaciones ni respuestas, guiando el curso de la entrevista hacia los temas que él le interesa. (p. 164).

1.4 Guía de la entrevista

En el presente trabajo se elaboró una guía de entrevista con el fin de recabar información sobre la crianza que ejercen las figuras parentales en los niños con trastorno del déficit de la atención e hiperactividad. Para esto se utilizan preguntas puntuales y, como se ha citado, a partir de la respuesta del sujeto, ello llevará al surgimiento de nuevas interrogantes.

Los temas de interés dan cuenta de la relación dual entre el padre e hijo, y cómo esta relación subyace como aliciente de malestar que a la postre el infante exteriorizará por medio de signos y síntomas conductuales en los diversos escenarios sociales.

La información proporcionada por los padres a través del plano discursivo genera un esquema imaginario acerca de cuál es el lugar que ocupa el infante en el núcleo familiar, además de conocer la estructura y dinámica, así como los roles, de la familia, las normas, reglas y métodos de educación que implementan los padres, a su vez, se plantea visualizar la concepción que tiene el núcleo parental sobre la parentalidad. Para ello se formuló una sucesión de preguntas que tienen la intención de propiciar la información necesaria en función de los temas abordados. (**Ver anexo**)

1.5 Participantes

Los participantes de la presente investigación son padres de cinco familias, cada una con un hijo diagnosticado con TDAH. Son padres de familias con edades que oscilan entre los treinta y cinco y los cincuenta años de edad.

La selección de los primeros dos padres se dieron por medio de dos maestros que fungen como docentes de USAER, el Mtro. José Girón, de la escuela primaria Educación Popular y la Mtra. Silvia Toraño, del jardín de niños Ignacio Allende.

La primera participante, Ana, es casada, de 35 años, madre de un solo hijo, el cual fue planificado por más de 3 años, tuvo problemas para la concepción, y debido a esto, fue necesario ayuda de profesional ginecológico para llevar tratamiento y cuidados hormonales. Ella y su esposo trabajan en distintos horarios, debido a ello se turnan para cuidar al infante. Por las mañanas es ella quien cuida del hijo y por las tardes el padre. Comenta que su esposo presentó durante su infancia conductas similares a las de su hijo, aunque nunca fue diagnosticado o atendido por ello.

La segunda participante, Sofía, es casada, de 40 años, hermana del padre de la niña diagnosticada con TDAH (tía). Refiere que la concepción del infante es producto de un segundo matrimonio por parte de ambos padres, contando con dos hermanos mayores, los cuales no viven dentro del hogar. Explica que ambos padres trabajan, la madre se ha

desempeñado gran parte de su vida como policía y el padre actualmente se dedica como conductor de transporte público, motivo por el cual no pueden destinar tiempo para ocuparse de las actividades escolares de su hija. La cuidadora y tía de la niña, explica que residen en la misma vivienda, la madre, el padre, la niña, los tíos, la abuela y tres sobrinas, ella (la tía) comenta que recibe un pago por cuidar a niño de lunes a viernes, mientras que la madre lo hace en fines de semana. La relación con la madre es distante y conflictiva, mientras que con el padre muestra una mejor comunicación. La niña diagnosticada con TDAH cursa el segundo grado en la Escuela Primaria Educación Popular.

Debido a las suspensiones laborales de los docentes, hubo la necesidad de contactar por otros medios a los padres de las tres familia restantes.

La tercera participante, Daniela, de 30 años de edad, casada, madre de dos hijos, el mayor de ellos es quien presenta el diagnóstico de TDAH; previo a este, fue diagnosticado con autismo y antes, con Trastorno de Asperger por el psiquiatra. Del hijo menor no se refiere algún antecedente de alteración o trastorno. La madre refiere que el hijo mayor es muy consentido a partir de ser diagnosticado. Ambos padres trabajan, la madre lo hace un día a la semana en la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA) como observador meteorológico, mientras que el padre trabaja como ingeniero civil de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs. La participante se contactó a través de la psicóloga Dulce Chávez, de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, quien apoya al niño como maestra *sombra*¹, al explicarle los motivos de las entrevistas para la investigación (a la Ps. Chávez), ella en primer momento se comunica con la madre de familia y le hace una invitación para colaborar dentro de la investigación, siendo positiva la respuesta de la participantes, la Ps. Chávez, nos compartió el número telefónico de la madre de familia, con quien se agendó una cita en las instalaciones de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

La cuarta selección de padres de familia, se inició con una consulta con el director de la USAER N° 6, el Mtro. Adolfo Trujillo Farrera, a quien se le explicó acerca del trabajo a realizar en función de las entrevistas, el cual nos remitió con la maestra Maricruz Velázquez

¹ El termino maestro *sombra* o maestra de apoyo se refiere a los profesionales que prestan atención profesional a aquellos alumnos con necesidades especiales y que están integrados en aulas regulares (Bautista, citado en Parrilla, 2012, p. 53)

Avendaño que trabaja en la escuela primaria Emiliano Zapata Salazar como parte del personal de la USAER, ella le comentó a varias madres de familias y agendó citas en determinadas fechas, siendo la señora María quien aceptó colaborar con la entrevista. La cuarta entrevistada, María, casada de 38 años de edad, quien es madre de dos hijos, el mayor de ellos es quien presenta el diagnóstico de TDAH, mientras que el menor de los hermanos cuenta con apenas meses de nacido. Vive con su familia en la casa de sus suegros. Refiere que su cónyuge presentó conductas similares a las de su hijo en la infancia, aunque tampoco fue diagnosticado y atendido por ello.

Para contar con la quinta familia, se posteó la solicitud en las diferentes plataformas sociales, en que se indicó la actividad a realizar, al igual que se informó a conocidos y amigos. El señor Servín (amigo de la participante) respondió al llamado que se hizo a través de las redes sociales, contactándonos para informarnos que él conocía a una candidata para la entrevista, nos proporcionó el número telefónico de la señora Fernanda, con el consentimiento de la participante, la cual después de explicarle la dinámica de la entrevista aceptó a colaborar.

La última de las entrevistadas, Fernanda, casada, de 27 años de edad, es madre de dos niñas, una de doce años (la mayor) y otra de 5 años (con el diagnóstico de TDAH). La madre ocupa dentro del hogar la función de ama de casa, mientras que el padre trabaja en la Secretaría de Educación Pública. Con ellos vive la hermana de la madre, la cual actualmente estudia la universidad. Relata que las conductas inapropiadas de la niña se maximizan cuando el padre se encuentra en el hogar, pues es este, quien cumple con todas las exigencias de la hija.

Las cinco familias están conformadas por padre y madre, extendiendo la invitación a ambos padres a participar en la entrevista, considerando la importancia de conocer la opinión de cada uno; sin embargo, en la primer entrevista es la madre la que asiste, en la segunda es la tía paterna y en la tercera, cuarta y quinta entrevista, es la madre quien asiste a las citas.

1.6 Procedimiento

En un primer momento se tuvo un acercamiento con el Dr. Jaime Gabriel Vázquez Madrigal coordinador de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, el cual nos proporcionó el número de la Mtra. Julieta de Paz Ramos, directora de la USAER N^o 15, zona doce de educación especial, una vez teniendo el número, se le marcó y se agendó una cita en la UOP (Unidad de orientación pública) para comentarle y explicarle sobre la investigación, se le explicó que se llevaría un proceso de entrevistas a padres de familias con hijos diagnosticados con TDAH.

Una vez explicado, se agendó una segunda cita en las instalaciones del CRIE vespertino, y nos presentaron a dos maestros colaboradores de la USAER, el maestro José Girón, el cual labora en la escuela primaria educación popular, y la maestra Silvia Toraño, que trabaja en el jardín de niños Ignacio Allende. De igual modo se les explicó a los maestros el objetivo de la investigación, nos proporcionaron sus números telefónicos, se acordó que en la primera semana de labores del ciclo en curso (21-25 de agosto) se contactarán a los docentes para agendar una cita con los padres de familia, todo esto a petición de los catedráticos, ya que mencionaron que tenían que organizarse y supervisar la asistencia de los alumnos.

Al volver a contactarnos por vía telefónica con ambos maestros en diferentes tiempos se agendó la primera entrevista para día 5 de septiembre de 2017 con la profesora Silvia.

La cita con el profesor José Girón para la segunda entrevista se logró concertar hasta el día 6 de septiembre de 2017 debido que anteriormente ya se le había citado al padre de familia; sin embargo, el padre no asistía. En este caso, es importante hacer mención que no se logró entrevistar a ninguno de los dos padres de familia, se entrevistó a la tía debido a que ella cuida de la niña durante la semana.

La tercera entrevista se realizó el día 20 de octubre de 2017, en las instalaciones de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, esta entrevista fue proporcionada por la psicóloga Dulce Chávez.

Para la cuarta entrevista se visitó la USAER N° 6 donde nos atendió el director el Mtro. Adolfo Trujillo Farrera, después de dialogar sobre la investigación accedió puntualmente a contactarnos con la maestra Maricruz Velázquez Avendaño de la escuela primaria Emiliano Zapata Salazar, la maestra de USAER convocó a tres padres de familia de la primaria con los que trabaja, de los cuales solo una madre de familia aceptó a apoyarnos con dicha entrevista, la cual se realizó el 27 de noviembre de 2017, en la instalaciones de la primaria.

La última entrevista se obtuvo a través del señor Servín, amigo de la participante, quien nos proporcionó el número telefónico de la señora Fernanda a quien se le comentó sobre la investigación en curso y de la importancia de su participación para realizar una entrevista, después de hablar y aclarar dudas, se agendó con la señora Andrea una cita el día 2 de diciembre de 2017 en su propio domicilio.

Las entrevistas que se realizaron, transcurrieron como una charla amena y cordial, con preguntas puntuales que sirvieron de referencia para conocer como percibían a su hijo, quienes vivían dentro de casa, qué estrategias implementaban para la educación dentro de casa, etcétera. Mediante el discurso de los padres se iba profundizando en temas que tuvieran importancia para la investigación.

1.7 Análisis de información

Para esta investigación se utilizó la técnica de análisis de contenido para la abstracción de la información. Para el análisis de dicha información Krueger (citado por Álvarez-Gayou, 2007) propone los siguientes pasos:

1. La recaudación de información mediante la entrevista de forma escrita y en audio.
2. La captura, la organización y el manejo de la información
3. La codificación de la información, lo que se refiere a las etiquetas que se dan a los textos con comentarios. Cuando se han identificado las categorías se pretende ordenar

en una red de relaciones especificando los tipos de conexión, la importancia y posición que mantiene cada una de ellas. La codificación no es de ninguna manera un proceso rígido, sino que se flexibiliza durante todo el análisis.

4. Verificación participante que consiste en brindar una retroalimentación de lo dicho durante la entrevista entre el entrevistador y el entrevistado
5. Después de la sesión, el investigador se reúne con el colaborador para ver si se observaron y escucharon las mismas cosas.
6. Se plantea la conveniencia de que los resultados se compartan con los participantes y otros investigadores.

CAPÍTULO II. EL LLAMADO TDAH, UNA ETIQUETA SOCIAL

2.1 La patologización de la vida infantil

La sociedad de hoy se construye a partir normas sociales, estas a la postre marcan una diferencia entre el bien y el mal, entre lo enfermo y lo sano, entre lo normal y lo anormal. Foucault (1974-1975) señalaba que “la anormalidad es una construcción discursiva atravesada por la definición biopolítica de lo que es normal. Los criterios de normalidad se obtienen haciendo estudios, observaciones y pruebas a grupos humanos que después se generalizan”. (Citado en Ribeiro, 2015, p. 151).

Como sujetos dentro de esta sociedad nos vemos regulados por estos constructos, se espera que la población se maneje a través de ciertos parámetros de la moralidad y del bien, cuando esto no sucede, el individuo pasa a ser parte del ámbito de lo anormal. Todo ello ha generado que vayan en aumento diagnósticos que anteriormente no lo eran.

Ribeiro (2015) explica que...

...desde la década de los 1990's comenzaron a aparecer más y más niños diagnosticados con desórdenes que antes no existían en la infancia como Trastorno Bipolar (TB), Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) o el más reciente Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). (p. 149).

El rol que toman los juicios de valor, la normalidad y anormalidad es adentrarse en un juego estadístico y de normas culturales, donde la mayoría representa a la normalidad (construida por ideales, perfeccionismo social) y la minoría la anormalidad quienes representan todo lo contrario a lo que se espera de un sujeto sano, lo cual genera segregación, señalamientos y etiquetas, convirtiéndose en “un discurso que oculta que la “norma” son sólo reglas a las que

se debe ajustar la conducta según lo dicta ese propio discurso científico ligado al poder.” (Ribeiro, 2015, p. 151). Por tanto, este discurso parte del juicio de valor emanado por un hombre, quien decide quién ha de ser normal y quién debe cargar con el peyorativo de anormal.

El comportamiento de los seres humanos es variado, pensar en una normalización del comportamiento es totalmente ilógico, pues, la diversidad es una de las características esenciales de toda sociedad (Fernández, 2015).

Freud, en 1937, comenta:

...quienes consideran que las neurosis (o cualquier otro tipo de comportamiento considerado negativo) son algo que no tiene derecho a existir. Aún más, son estas mismas creencias las que buscan que todos lleguen a ese “yo normal”, que como la normalidad en general es solo una ficción ideal (citado por Fernández, 2015, p. 48).

Las conductas que muestran los niños con TDAH, son observadas desde el ángulo de la anormalidad, pues, ante la incapacidad del adulto de descifrar el lenguaje de su motricidad que el infante exterioriza, éste, etiqueta, hace diagnósticos, receta y medica. “El proceso de patologización comienza desde el momento en que los problemas inherentes a la vida cotidiana se están trasladando al campo médico. Se definen como trastornos, se convierten en problemas mentales y se tratan con medicamentos” (Ribeiro, 2015, p. 149).

Por tanto, la mirada del otro, es un traspie para patologizar la vida infantil. Ruiz (2014) señala que:

...el niño diagnosticado con TDAH es un sujeto que está emitiendo un conjunto de señales y mensajes a aquellos que se ocupan de él [...] el niño, al igual que los adultos, enferma de sociedad, sus síntomas son lenguajes cifrados para dar cuenta de un saber que no se sabe. (p. 3).

Regularmente estos diagnósticos inician desde la observación del profesor que apegado al sistema educativo exige al alumno cumplir estándares normativos, de lo contrario, tiene el deber de informar las irregularidades de conducta, el docente platica con el padre, y este le refiere que el infante no cumple con las expectativas del sistema educativo; sin embargo, más allá de informar lo que no puede hacer el niño, es en realidad, lo que no puede hacer el maestro y/o padre familia, pues, no pueden entender lo que el infante intenta expresar a través de su motricidad.

Ruiz (2014) explica que:

El TDAH puede considerarse más bien una etiqueta producto de un consenso social logrado por las rígidas exigencias de rendimiento y ‘calidad educativa’, que alejan a los educadores de la sensibilidad tanto en relación a los niños como a ellos mismos, preocupados por hacer informes y pasar pruebas para su calificación, estamos ante un fenómeno que da cuenta de la creciente psicopatologización de la infancia. (p. 4)

El padre de familia, ante la imposibilidad de entender los síntomas del infante, genera en el núcleo parental cierto malestar, de no saber qué hacer.

Janin (2014) comenta que nos encontramos a...

...padres desbordados, que se presentan diciendo “no doy más”, no sé qué hacer, y niños que sufren en un mundo en el que hay poco espacio para desplegar el sufrimiento y que se mueven sin rumbo, gritan, exigen, y a la vez se sienten mal por necesitar al otro. Suelen borrarse las diferencias niño-adulto, lo que deja a los niños absolutamente desprotegidos. (p. 9).

Ante ese sentimiento de no saber qué hacer, se busca ayuda con los profesionales, los cuales, sin duda, desde la esperanza de los padres, se piensa que ellos [los profesionales] los que sí sabrán qué tiene el infante, por tanto...

...se opta por buscar ayuda de un tercero (aunque muchas veces el “problema” aqueja a alguien que no padece los síntomas, por ejemplo maestros y maestras). En gran cantidad de casos, el tercero (en este caso el médico o la médica) utiliza la medicina y receta fármacos que en teoría curarían los síntomas (Fernández, 2015, p. 49).

Buscar un tercero, es desplazar la culpa al niño, pues él es el enfermo, también se busca encontrar un alguien que tenga certeza de lo que le pasa al niño, buscar una respuesta en los profesionales, solo por el hecho de creer que saben de aquello que es cifrado para ellos [los padres], es por esto que “recurren al especialista con la fuerte ilusión de que este hombre o mujer, resolverán pronto y sin contratiempos las problemáticas, ya que para eso estudiaron” (Jacobo, Rodríguez & Manzo, 2017, p. 146).

¿Cómo se generan estos diagnósticos?, ¿de dónde parten? Untoiglich, (2013) plantea que “en sus prácticas cotidianas, los especialistas generalmente emiten sus diagnósticos con base en los síntomas que reportan los padres y profesores” (Citado en Ribeiro, 2015, p. 151). También, existe una gran influencia en la sobre-patologización de la vida infantil que surge de la mano de los manuales, como lo son el DSM o el CIE en cualquiera de sus versiones más actualizadas, estos libros encasillan comportamientos y permiten el registro de seudónimos a las conductas infantiles, los profesionales lo utilizan como si fuera la verdad absoluta. “Se patologiza la infancia cuando esos niños quedan atados a las etiquetas construidas en los manuales”. (Untoiglich, 2013, citado en Ribeiro, 2015, p. 151).

Desde la otra cara de la moneda, nos encontramos con “niños a los que no se les pregunta, no se los escucha, no se les ubica en un contexto. Se busca el camino más rápido, catalogando al niño como “cuadro psicopatológico”, perdiendo toda idea de subjetividad”. (Janin, 2014, p. 1).

Dentro de estos diagnósticos, hay mucho más en juego y que no responde directamente con el infante diagnosticado, sino a la demanda del mercado capitalista, al producción y consumismo, donde se busca demostrar la productividad de sus profesionales, estas instituciones se ven regidas por este discurso, el de producir, el de buscar resultados a la orden del día, pues pareciera que cuanto más se diagnostique, mayores logros se obtienen.

Pizarro & Sierra, (2015) lo plantean que:

Esto revela que está en juego un discurso dominante donde opera un ideal pseudocientífico que posibilita que algo puede ser observado, medido y evaluado; ubicando como problemático a todo aquello que perturba el orden establecido, por lo cual deber ser erradicado, ofreciendo para ello tratamientos comportamentales o psicofarmacológicos. (p. 94).

Puede decirse, que el diagnóstico de TDAH, surge en un primer momento en la mirada del otro, de ese otro normalizador y no como una problemática orgánica del sujeto. Se toma la vida infantil con lupa para revisar y cotejar cada una de sus características, las cuales se encasillan en un cuadro nosológico, a partir del cual se le segrega, discrimina, evalúa, diagnostica, receta y al final medica. Donde más allá de tratar de localizar el problema de fondo...

...se ocultan las condiciones sociopolíticas y económicas en que vive; se oculta que los niños son sujetos en un entramado político, social, histórico y familiar; se oculta que los problemas escolares ocurren en una escuela que intenta educar con referentes del siglo XIX a niños del siglo XXI. (Ribeiro, 2015).

Por tanto, se desplaza la responsabilidad al sujeto al infante, pues es él quien presenta estos síntomas y por lo tanto deberá ser tratado, desdibujando el orden simbólico en el que se encuentra, la dinámica familiar, la historia de vida y el contexto en el que se desenvuelve. Sin duda, estos diagnósticos surgen de un orden simbólico y social.

2.2 El lenguaje del cuerpo

El cuerpo del ser humano es tan impresionante que es capaz de expresar cuando tiene un malestar. En la actualidad, es usual escuchar en la mayoría de los adultos que están preocupados, estresados, angustiados por alguna situación decir, *cuando me angustio, no paro,*

expresión que da cuenta de la incapacidad que se tiene de verbalizar el malestar, aunado a la utilización de su motricidad como un agente regulador a dicha angustia. La incapacidad de expresar aquello que aqueja a un adulto, no es ajena al infante, se ven rebasados por aquello que los angustia.

En el caso de los niños diagnosticados con TDAH, las conductas mostradas son un síntoma que se expresa como un lenguaje alterno a través de la motricidad del infante. Estas conductas, convierte al infante en un blanco fijo de las observaciones, puesto que para el mundo adulto son conductas disruptivas, que atentan al conjunto de normas y reglas sociales, las cuales no existirían sin la determinante del lenguaje, Marx señalaría “es el ser social el que determina la conciencia y no la conciencia la que determina el ser social” (Citado en Braunstein, 2008, p. 69), lo cual implica que vivir como sujeto es estar inmerso dentro de la cultura y del lenguaje, por tanto cuando se plantea el TDAH como un malestar es indispensable comprender la significación que tiene el mundo del lenguaje.

Brauntein (2008) comenta al respecto:

El problema teórico que podemos sino dejar planteado es el de la medida en que esta estructura del sistema de la lengua impone sus leyes a los procesos conscientes, incidiendo de alguna manera en su curso y en sus características. (p. 73).

Por tanto, la forma más adecuada para explicar dichos malestares será la del orden de la palabra; es decir, brindar al infante la oportunidad de comunicar aquello que no se ha querido escuchar (Laplanche y pontalis, 2004).

Sin embargo, aquí habría que pensar qué es lo que está tratando de comunicar ese niño que se mueve de un lado para otro, sin parar, sin callarse, que golpea la mesa todo el tiempo o al que se le llama y no atiende. Levin (2008) plantea que “ese hacer excesivo del infante tiene como función la de “construir un maquillaje —el síntoma— que lo defiende y protege de la aparición de la angustia, así utiliza el movimiento y la distracción para no angustiarse” (p. 102). Se puede señalar que el cuerpo es una instancia donde emergen aquellos malestares que no pueden ser simbolizados, y que requieren ser expresados por una vía alterna.

Levin (2008) recuerda que...

...la angustia en la infancia es un afecto ciego y mudo encarnado en el cuerpo. No hay un solo rostro para la angustia; indudablemente el niño vive una experiencia de displacer: no puede agarrar la angustia, es ella la que lo toma, dominándolo, estrechándolo a lo corporal. Es un movimiento que lo defiende frente a ese rostro con el cual se ve confrontado. (p. 102).

El exceso de movimiento o desatención de los infantes, son provistos como defensa de aquello que lo angustia, de aquello que se le demanda. Por tanto, la sintomatología que el niño con el llamado TDAH manifiesta es resultado de la angustia que busca de algún modo ser descargada, ante esta situación Tallaferro (2002) advierte que...

El factor dinámico considera que el síntoma proviene de la represión de [...] un afecto. El concepto económico presenta el síntoma como un equivalente o sustituto de esa energía que pudo haberse expresado en otra forma. Es decir, que el síntoma es el resultado o el equivalente de la energía que, si se hubiese expresado directamente, no hubiera dado lugar a tal manifestación. [...] Si la fuerza [...] no puede expresarse en forma directa da lugar a un síntoma, y si éste no resulta suficiente para la descarga de la energía, necesitará crear otros sustitutivos. (p. 91).

Los afectos, constituyen la expresión de los conflictos del sujeto, los cuales han sido desplazados, metabolizados, invertidos, ligándose en sus significantes por la palabra; no son sino manifestaciones, cuya significación tiene que develarse en quien lo exprese. De acuerdo con Chemama (2012): “Los afectos y los sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas manifestaciones finales son percibidas como sensaciones” (p. 11), que pueden comprenderse como “la traducción subjetiva de una cierta cantidad de energía pulsional” (Conde, 2012, p. 124); en este sentido, el afecto trasmuta en angustia, lo que emerge ante la experiencia no es sino lo reprimido, referido a la vida anímica y anclado a diferentes periodos de la historia del sujeto.

Los afectos están estrechamente ligados con la historia que comparte el infante con el grupo parental, donde entran en juego los deseos investidos (de los padres) hacia su hijo, lo cual irreductiblemente traerá un conflicto dicotómico entre el deseo parental y la realidad del niño.

Pues, un niño es un sujeto que está en constante desarrollo, está creciendo, experimentando, cambiando y respondiendo a lo que pasa a su alrededor, pero parece que los adultos tienen la tendencia a concebir como problemas algunas conductas naturales de la infancia, los padres hoy en día instruyen a sus hijos para que guarden silencio, se les indica que no deben de llorar, que deben estar quietos, negando al niño poder experimentar su mundo, su expresión de carga emocional. Estos acontecimientos son una agresión a la subjetividad, pues, al nombrar estas conductas como inapropiadas, al negarlas, al intentar curarlas, se desdibuja la infancia, se genera violencia simbólica, misma que “se observa al eliminar al sujeto, olvidando su subjetividad, olvidando su particularidad y lo más importante, olvidando su inconsciente” (Carrasco & Santilla, 2017, p. 362).

Actualmente se exige que el niño sea el mejor en todos los ámbitos, por lo que se le introduce en un sin fin de actividades, debe ser el mejor en natación, en matemáticas, en español, química, inglés, se busca por todos los medios que estos niños cumplan las demandas del mundo adulto. Para los padres, estas conductas no representan algo más allá que un acontecer disruptivo, se mira al infante como un ser desafiante a las demandas del adulto, a las normas de la escuela, y no se llega a concebir la idea de que los niños también se angustian, sufren y sienten displacer, lo cual termina siendo un lenguaje cifrado. Ante esta posición:

Recordemos que la angustia en la infancia es un afecto ciego y mudo encarnado en el cuerpo. No hay un solo rostro para la angustia; indudablemente el niño vive una experiencia de displacer: no puede agarrar la angustia, es ella la que lo toma, dominándolo, estrechándolo a lo corporal. Es un movimiento que lo defiende frente a ese rostro con el cual se ve confrontado. (Levin, 2008, p. 93).

El niño necesita expresar su angustia, no lo puede decir de forma verbal pero lo actúa corporalmente. El niño que es denominado “hiperactivo y desatento” solamente está defendiéndose mediante el movimiento y la distracción de la angustia, pues lo hace de manera

involuntaria, sin planear su conducta, sin darse cuenta de tal manifestación. Además de la descarga, busca también la manera de que el Otro a quien tanto demanda atención, se fije, hable, esté pendiente y no se distraiga de él.

El niño con el llamado “TDAH” obtiene la mirada de sus espectadores, hace notar que está presente, la atención se centra en él cuando los otros buscan que no haga lo que no debe de hacer, por lo que Levin (2008) expresa:

Desde este lugar, pueden y logran muchas cosas. Por ejemplo, inteligentemente logran que todos hablemos de ellos, que los que estén a su alrededor estén pendientes y no se distraigan, pues están atentos a su hacer (que no golpeen, no molesten, no muerdan); logran que todos los conozcan (por ejemplo, en un jardín de infantes), que los miren, los cuiden, piensen en ellos. Obtienen la presencia permanente del otro, colocan todo su empeño, cuerpo y la motricidad para no pasar desapercibidos. (p. 93).

Sin embargo el problema surge cuando al hacerlo, lo hace en el lugar equivocado, como por ejemplo, en la escuela. La acción acelerada en su comportamiento, su falta de atención, lo inducen a ser calificado por los otros como un niño inadaptado. Ante esta demanda, los otros intentan aplacar su conducta, eliminarla y el niño nuevamente responde otra vez por medio del cuerpo, que lo ayuda a dramatizar todo aquello que no puede explicar o entender.

El niño busca expresar su malestar, su sufrimiento mostrándose ante el otro bajo un medio permisible desde su psiquismo; es decir, desde su propio cuerpo, a través del movimiento corporal, y que “a falta de una elaboración por la vía de la metáfora o, más en general, por la vía del discurso, el exceso se localiza en una descarga motriz ajena al sentido.” (Berenguer, 2006, p. 117).

Por tanto, cada historia, cada situación es diferente, ya que lo que está en juego es lo que el niño simboliza, lo que hay en su historia de vida, en su desarrollo, en su propia singularidad, por lo que el trabajo a realizar sería el de comprender, intervenir sobre lo que conduce al niño a ese movimiento, a la inatención o a la impulsividad.

2.3 Subjetividad infantil

La subjetividad es propia de cada sujeto, siendo una estructura que se forma a partir de las experiencias tempranas del individuo, de la relación con los otros, de los vínculos, y fundamentalmente es su devenir en función de las subjetividades de los otros. Es entonces que para la construcción de la subjetividad es necesaria la interacción con los otros, bajo la idea de que la sociedad antecede al individuo.

En este proceso, el lenguaje juega un papel fundamental, no solo entendiéndolo desde el lenguaje verbal, sino también, dentro del lenguaje no verbal. Para Mélich 1997 (citado por Concha, 2009):

...el mundo comunicativo es el circundante, el entorno, convirtiéndose en el espacio de la intersubjetividad, del encuentro con el otro, donde se construyen los sentidos y los significados de acuerdo a las interacciones que el actor social tenga en él. Todo esto impactará de forma positiva trayendo consigo un proceso de relación adecuada con el ambiente que genera una relación dual positiva (p. 32).

Es aquí donde entra en juego la familia, la cual da pie a construir relaciones que forman una historia a partir de interacción dual, determinante en la experiencia que el niño requiere para nutrir su propia subjetividad, de las cuales algunas son más importantes que otras dentro del esquema y la historia del desarrollo infantil, Castoriadis, 1997 explica que la familia, haciendo referencia de la madre y el padre son:

Claramente la sociedad en persona y la historia en persona inclinados sobre la cuna del recién nacido; siquiera porque hablan... En y por medio de la lengua se expresan, se dicen, se realizan, se transfieren las significaciones de la sociedad. Padre y madre transmiten lo que viven, transmiten lo que son, proveen al niño de polos identificatorios simplemente siendo lo que son. (Citado en Janin, 2014, p. 5).

Los padres ofrecen al infante un mundo plegado de significantes, los cuales representan la realidad para el niño, a través de la historia de vida que los padres como sujetos han llevado, mismo que se catectiza en el infante a partir de la identificación. Es por esto que la realidad del infante se estructura a partir del núcleo parental.

Los actores principales para una subjetividad estable son los padres, pero ¿en qué momento la subjetividad del infante empieza a crearse? Indudablemente desde el momento en el cual los padres cruzan sus caminos y conciben una idea, la fantasía de ser padres, pero antes de ser padre o una madre, fueron una pareja que compartió un objetivo en común, formar una familia, por lo que dentro del seno familiar se ha venido preparando un lugar vacío y específico para la llegada de un hijo, que será el receptor de todas las concepciones, ideologías y deseos de cada uno de los padres, es ahí donde se advierte el primer fragmento de la subjetividad del neonato, a partir de todos los deseos paternos, es por esto que la subjetividad infantil se construye desde las primeras conversaciones de los padres, de las expectativas, anhelos, sueños y de una historia que crean aun antes de que el infante nazca.

Acerca de esta construcción subjetiva, Renes (2014) explica que:

Estas fantasías no van ausentes de emociones que se sienten con cada imagen o cada signo que va apareciendo. También muchas veces o incluso a la vez, éstas son verbalizadas de modo consciente y se van incorporando así al discurso familiar [...] poco a poco se va conformando una historia, una identidad a modo de libreto particular, decíamos que antes incluso de nacer. Y esta historia tiene mucho más que ver con la vida inconsciente, que “consciente” de sus padres (p. 3).

Es por esto que las vinculaciones familiares son un factor a tomar en cuenta para la construcción de la subjetividad, ya que el vínculo con la madre toma un sentido más complejo debido a la relación directa que ha sostenido con el niño desde la concepción hasta el primer contacto que tiene con él.

Los vínculos sociales dentro de la familia son precisamente un ensayo y error para el infante, que posteriormente llevará a cabo en el mundo social, Renes (2014) comenta que “aunque se

habla de mundo interno, no se pierde de vista su realidad externa, porque el entorno que rodea al niño puede favorecer su desarrollo o por el contrario, crear patologías graves” (p. 10).

Debido a esto, debe de tomarse en cuenta la forma como se relaciona el infante con su entorno exterior y notar la existencia de un choque de realidades, donde lo que ha aprehendido en casa es totalmente diferente con lo que presencia en este nuevo mundo, lo que genera un nuevo aprendizaje dentro de la subjetividad, el de la vida social.

Renes (2014) explica que:

Cada sujeto se representa el mundo según esté organizado a nivel interno y según se haya relacionado con su entorno más cercano. La forma en la que este entorno haya respondido a las necesidades de este sujeto, que en un primer momento viene al mundo indefenso y vulnerable, facilitará o no, su desarrollo posterior (p. 6).

Para ejemplificar este hecho será importante hacer una analogía. Antes de que el infante nazca, los padres aun sin conocerlo, ya tenían una idea de cómo sería su hijo, a quien se parecería, estos padres en un mundo imaginario formaron a su hijo, lo idealizaron y cuando este nace chocan dos universos, el idealizado y el real, desde ese primer momento el infante lucha contra una realidad sub-alterna a sí mismo, donde todo lo que anhelaron los padres no fue, por lo que aparece la primera fractura del ideal.

Lo mismo sucede cuando el infante reúne aprendizajes de su primera locación de sociabilización que es la familia, y esta es enfrentada contra un mundo exterior que mantiene ya una estructura de lo que se espera de un niño, el ideal social, acontece un segundo choque contra la realidad.

Para Renes (2014):

...es evidente, que la realidad de fuera es un dato importante que marca un destino para la historia de cada sujeto, ya que nacer dentro de un entorno, y dentro de una cultura particular, hace que uno se desarrolle de una manera determinada. Y todo ello, contribuye a hacerle único (p. 15).

La subjetividad devendrá de toda experiencia y aprendizaje que el infante aprehenda y de todo el libreto fabricado por su dinámica familiar; es decir, de cómo la familia influye en la psique del infante y como esta se moldea a partir de cómo se desenvuelve dentro de su entorno social.

2.4 Desdibujando la infancia a través de la medicalización

Cuando el niño es evaluado, y se le etiqueta con TDAH, la familia opta por ir en busca de una solución; sin embargo la falta de pruebas sobre el origen de dicho trastorno ha generado diversas controversias, mismas que diferencian las maneras de abordarlo, tanto en los profesionales de la salud como en los educadores, por ende los tratamientos que se ofrecen son variados, pero lo que está en juego aquí es que, a la familia no le importa si al niño se le tratará desde un enfoque sistémico, conductual, o por medicalización, lo que les interesa es buscar una solución a su problemática, no importando los medios, las teorías, los profesionales. Bajo esta situación, la respuesta más vendida es la de que el llamado TDAH, que es de origen neurológico lo que consecuentemente nos arroja un tratamiento biológico, es decir la medicación del niño.

Se sabe en la actualidad que es en el TDAH donde se sitúa la mayor cantidad de niños medicados a nivel mundial, existen profesionales que comparten la idea de que si se medica al individuo con los medicamentos correctos, el síntoma desaparecerá y el niño podrá prestar atención en clases, podrá quedarse quieto y actuará de forma “más normal” logrando estos resultados de forma más rápida y supuestamente eficaz.

Sin embargo, este método de tratamiento ha tenido muchas controversias, ya que muchos casos expuestos han dado a conocer que no existe tanta efectividad, no todos los niños con TDAH contrarrestan su sintomatología, y en la mayoría de casos no se logra minimizar los síntomas, ya que los medicamentos utilizados, como por ejemplo el Metalfenidato (comercialmente conocido como Ritalin, el cual no es el único pero si el más difundido), lo que hacen es dopar al niño, dejarlo quieto.

En México, gran parte de profesionales que atienden a este tipo de infantes se apega a la normatividad impuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés) difundida por el DSM en sus distintas versiones, que da cabida a diagnósticos que señalan que las conductas parten de orígenes intrínsecos. Braunstein (2008), claramente señala que “una clasificación internacionalmente aceptada, reconocida, utilizada y enseñada no es, por fuerza, una buena clasificación. El consenso no dispensa del análisis. Y el análisis puede llevar al disenso”. (p. 13) de tal forma que el mismo consenso de las clasificaciones, como lo son el DSM o CIE (ambos en sus distintas versiones) no plantean un análisis con respecto a las demandas reales que se suscitan día tras día en los consultorios, escuelas, y distintos sectores donde se analizan las conductas disruptivas.

Tomando en cuenta lo anterior, las evaluaciones (en su mayoría basadas en las clasificaciones) minimizan la importancia de los factores psicosociales, que dan como resultado un diagnóstico “reduccionista y [que] desestima tanto la subjetividad del niño, como el hecho de que tiene una historia, en la cual también están involucradas las historias particulares de sus padres y las condiciones culturales del entorno en que vive” (Esparza, 2015, p. 15).

Estos tratamientos tienen como lógica suprimir la conducta inapropiada, volviéndola un acontecer orgánico, una enfermedad, excluyendo otros factores, como el ambiente, la familia, el estrés en la escuela, problemas en la casa, todo aquello que angustia y hace sufrir al infante, se deja a un lado el conflicto interno que de algún modo y en otro momento tendrá que descargarse.

Respecto a esto Janin (citado por Debenedetti 2015) expresa:

...los niños van haciendo el recorrido que pueden, entre su historia, la de sus antepasados, las urgencias internas y externas, los vínculos cercanos y el medio socio-cultural en el que les tocó vivir. Cuando lo que hacen los profesionales es patologizar y medicalizar, sin tener en cuenta las vicisitudes particulares de la constitución subjetiva y se desestiman las peculiaridades de cada historia, se replica el movimiento desubjetivante [...] Frente a esto, es muy importante implementar intervenciones que

posibiliten el despliegue de la subjetividad y devolver una mirada que reinstale el tiempo de la infancia como un tiempo de transformaciones (p. 18).

Lo que se obtiene con la medicación es suprimir la conducta espontánea, el niño reduce su curiosidad, se torna dócil, disminuye su movimiento, en pocas palabras, le dejan con una expresión sombría y apagada, como un ser pasmado que se convierte en objeto, alienándolo y privándolo de su autonomía, libertad y creatividad.

Por ello Rebas (2006) menciona que:

...se puede pensar que actuando en el organismo, el efecto del fármaco sobre la subjetividad, al esquivar el territorio del sentido, conlleva un riesgo de destierro del sujeto. Así como la elusión del tránsito siempre singular y difícil de lo que toda verdadera experiencia implica. (p. 87).

El niño no pide ser medicado por el sufrimiento psíquico que lo aqueja, al contrario, se rebela al fármaco, no es agradable para él que a cada cierta hora le estén recordando que debe tomar sus pastillas para que “se sienta mejor”, para que “se porte bien”.

Janin (2014) cuestiona esta situación:

¿Qué implica medicar a un niño por molestar en clase, no copiar lo que se escribe en el pizarrón o estar distraído? ¿Qué le transmitimos cuando le planteamos que toma tal pastilla para quedarse quieto, atender al docente, hacer tareas que no le gustan? Los niños traducen: “tomo una pastilla para portarme bien”. Lógica que se podría replicar después, durante la adolescencia, en: “tomo pastillas para poder bailar durante 10 horas seguidas”. Idea de un cuerpo-máquina que debe recurrir a un estimulante externo para mantener un funcionamiento “adecuado” a lo socialmente esperable. (p. 2).

He ahí la explicación de que las industrias farmacológicas surtan cada vez más con mayor abundancia su producto milagroso, elogiado por todos aquellos quienes interactúan con el niño. Pero, qué hacer ante la demanda impregnada en el cuerpo del niño, cuando el discurso

médico se niega a la escucha de la subjetividad, se aferra a ver al sujeto desde sus particularidades sintomáticas y se impone a él como un acto de autoridad.

La respuesta nos conduce a que lo único que se medica es la angustia, evitando de alguna manera el despliegue real de la demanda, y entonces (Stiglitz, 2006) si lo que se medica es la angustia, una cuestión a tener en cuenta cuando se médica a niños es con qué contamos, qué madre, qué padre, y que de ese entorno se está medicando en él, ya que las experiencias que dejan huellas en nuestra psique marcan de una u otra forma la historia de vida de cada sujeto.

Es importante repensar si lo que se quiere es tener niños sin inquietudes, sin particularidades propias de un infante, a base de regular tanto la vida escolar como la familiar de una forma excluyente y deshumanizante, desterrándolo de su singularidad y marcando de forma brutal la vida infantil. Ante esta idea Rafael Garoz (citado por Stiglitz, 2006), expresa que “Es una contradicción el intento de preservar la infancia jurídicamente, con principios universales, y luego combatir los problemas de los niños a base de pastillas. Eso desembocará en un mundo más feo y deshumanizado” (p. 15).

La respuesta farmacológica desresponsabiliza y desconoce al sujeto como respuesta de lo real, rechaza su singularidad, por ello su uso debería ser con cautela, reconociendo sus límites. Quizá para los padres y maestros sea más fácil pensar que una pastilla puede solucionar un problema, que pensar que se trata de un proceso, ya que definitivamente el abordaje psicológico en las cuestiones conductuales del infante requiere de mucho mayor tiempo en comparación al efecto que provoca una sola pastilla.

Sin embargo, lo que debería ser prioridad, es investigar lo que ocurre, conocer el trasfondo de los síntomas, Rebasea señala que “de esta manera la medicación farmacológica hace a lo orgánico como causa, evitándose así toda pregunta por la verdad que el síntoma pueda encarnar” (2006, p. 88). Nos encontramos hoy en día que la medicación es un riesgo, pues da pie a suprimir la instancia de la pregunta subjetiva, alejando la operación de reflexión, quitándole la palabra a aquel que es visto como enfermo, el niño con el llamado TDAH.

CAPÍTULO III. FANTASMAS FAMILIARES, EL DEVENIR DE UNA ANGUSTIA

El ser humano se encuentra en constante conexión con su ambiente, somos por excelencia seres sociables, la interacción con el otro siembra en el sujeto nuevas vivencias las cuales estarán acompañadas por temores, incertidumbres, desconfianza y sobre todo, miedo, la interrelación con los distintos agentes de sociabilización, como lo son la escuela, la familia, los maestros, los amigos, los vecinos, generan en el individuo cambios significativos en la percepción, llenándolo de nuevas vivencias que genera angustia, ante esta situación. Strachey & Freud (1996) reflexiona al respecto, señalando que el nacimiento es la primera vivencia de angustia que el sujeto experimenta en el devenir de ser un ser sociable, el acto de nacer representa ocupar un lugar dentro de la familia y de su entorno social, deja de ser el neonato, para ser el hijo.

La familia es quien recibe al neonato y le brinda un lugar simbólico dentro de su estructura, y le da todos los aditamentos para que este subsista de las adversidades. La familia, como unidad de encuentro e interrelación el cachorro humano, es una institución marcada por los distintos cambios socio-culturales según la época en la que se encuentre.

3.1 De lo vincular al mal(estar)

La relación con el Otro, es la esencia de donde parte el término “vínculo (“link”, “lien”) en el sentido de una estructura inconsciente que liga dos o más sujetos, a los que determina en base a una relación de presencia” (Berestein, 2001, p. 5). En este sentido, hablar de la vinculación familiar, es denotar la relación que tienen los integrantes de esta institución a partir de lazos afectivos e inconscientes.

La relación que se efectúa en la familia, genera un cambio dentro del psiquismo de cada integrante. Beresntein (2001) explica que...

...la relación entre los padres y el hijo, relación de estructura, donde hay lugares que invertirán al Yo así como éste deberá investirlo, convirtiéndolo en un lugar propio, el de cada uno y el de los otros de la estructura de parentesco. (p. 7).

La unidad de parentesco, la familia, es una estructura que tiene la funcionalidad de cuidar a sus integrantes para su sobrevivencia e instaurarlos dentro del orden social.

López (1998) concibe a la familia como:

...institución social y como entorno de constitución de la subjetividad de hombres y mujeres es un espacio de significados, de sentidos, que como producto del lenguaje escriben e inscriben la historia social e individual de quienes la constituyen en tanto seres hablantes. (p. 1).

El discurso en el que se mueve el sujeto dentro de la familia es a partir del orden simbólico en el que se encuentra, pues, el discurso del Otro permite que el sujeto exista en un ordenamiento social.

Para López (1998):

El lenguaje permite nombrar y saber los significados, los sentidos que en el tejido de las relaciones de cada grupo tiene la posición de los distintos individuos que lo conforman. La palabra permite nombrar la serie de sucesiones que inscribe el parentesco. (p. 4).

El parentesco no sólo deviene de un origen orgánico, sino que se sitúa desde un plano imaginario y simbólico, donde los integrantes de la familia cumplen una ley implícita, la cual “prohíbe el incesto y que como mandato universal subtiende la estructura de intercambios permitidos entre los sujetos pertenecientes a un mismo linaje” (López, 1998, p. 4).

El amor que surge en la familia permitirá la cohesión de los integrantes de la misma, tomando en cuenta que hablar de amor desde el psicoanálisis, alude a lo sexual, sin embargo no se remite a una sexualidad coital en su sentido estricto, sino a la ligazón que surgen de los lazos afectivos entre el sujeto y los que lo rodean, esta interacción de los otros, será un agente de placer y displacer a lo largo de la vida del sujeto (Ortiz, 2016).

Se cree que la familia debe de contar con actores que escenifiquen el ideal familiar, conformada por un padre y una madre, propios al linaje, que cumplan con los roles de padres, para que la estructuración de los sujetos sea óptima; sin embargo, desde el psicoanálisis, estos lugares pueden ser sustituidos por otros actores no biológicos, pues los lugares de madre y padre son visto como funciones, la función materna es la de salvaguardar la vida del infante, y la función del padre, la de proclamar la ley y no permitir el incesto.

Nos encontramos en la actualidad, que existe la diversificación de la esencia familiar, con configuraciones extensas, nucleares, reconfiguradas, mixtas, monoparentales, homosexuales, etcétera.

A pesar de estos cambios de estructura dentro de la familia Braunstein, (2001, citado por Ortiz, 2016) señala que:

...la realidad es que a pesar de los reconocimientos oficiales las familias siguen existiendo, en su variedad disfuncional como siempre han existido y seguirán siendo la encargada de instaurar la ley en los sujetos, de hacerlos hablantes y de inscribir el deseo. (p. 78).

Sin embargo, estos nuevos ordenamientos familiares, al igual que los tradicionales, generan escenarios donde el malestar es instaurado en los sujetos. Velásquez (2013) reflexiona acerca de estos malestares que se ven tipificado por diversas formas de la estructura familiar.

...la caída del referente familiar genera escenarios donde se está más cerca de lo Real (lo inasible, lo imposible) en cualquiera de sus formas: la agresión, la violencia, la adicción, la intolerancia, la promiscuidad, la prostitución y los nuevos modos de

relación con otros, como por ejemplo las tribus, las bandas, las conductas extremas, etc. (s.p).

La construcción de las estructuras familiares que se inscriben dentro del inconsciente, se da tanto en las familias que responden a los ideales sociales, como en las que se consideran “atípicas” o “marginales”. (Rocha, 2013).

Las nuevas formas de vida familiar traen consigo consecuencias dentro de la crianza y educación, por ejemplo, el infante percibe una formación a partir de un adulto el cual se encuentra en un proceso de adaptación a una época cambiante, ajena a la que ellos [los adultos] vivieron en su infancia, sin embargo, el niño es por excelencia una obra de la época actual, vive como un elemento más de la época, obligado a estar al margen de un padre que busca conocer todo aquello que desconoce, educado y criado con serios márgenes generacionales en perspectiva con el padre.

Velásquez (2013) explica que:

...a diferencia de los adultos, el niño no trae en su propia experiencia la carga de otros discursos; él no tiene que hacer cambio de mentalidad, no tiene que adaptarse. El niño simplemente responde de forma directa a la contemporaneidad, y en esa medida se estructura. (s.p).

Es a partir de que el niño responde las demandas de su época contemporánea que adquiere ciertas expectativas que el adulto le inculca durante su crecimiento, mismos que se ven influenciados por los deseos, anhelos y fantasmas del propio núcleo parental, y que se constituye como el goce del adulto.

Velásquez (2013) señala al respecto que:

Nos encontramos con situaciones en las que un niño es el sostén (imaginario y simbólico) de uno de los padres o de la pareja, o también que sostienen el goce de uno de sus padres. Este tipo de situaciones provoca un reordenamiento familiar, en el cual

los menores han ido ganando un gran poder, encarnan el ideal, son las promesas de los padres, no para el futuro sino para el presente. (s.p).

El lugar que ocupa el infante dentro de la familia tiene como sentido ser el soporte de alguno de los padres o incluso del núcleo familiar, pasar del lugar inexistente al de centro de recepción de deseos es un paso demasiado grande, que sin duda alguna le cobrará factura tarde o temprano tanto al infante como a la familia.

Untoiglich, 2013 (Citado por Gallaztegui, 2017) plantea que el lugar del infante es investido por un conjunto de factores:

...no es sólo un hijo, no es simplemente el resultado de la sumatoria de una madre y un padre con sus historias, deseos, fantasmas-, sino que es un ser con su propio componente genético, histórico, con un modo singular de procesar las vivencias. Plantea que el niño es un sujeto activo que trabaja en su constitución, con elementos de su mundo interno y otros que le llegan del mundo externo, y que realiza su propio procesamiento de los mismos. (p. 12).

En la actualidad, los niños constituyen el núcleo central de la institución familiar, son el principal grupo poblacional que determina el consumo, además de ser el elemento que potencialmente debe ser más capacitado y entrenado para sostener y enfrentar el mundo del futuro.

Al ocupar la centralidad del núcleo se ven cacterizados por los deseos y expectativas de los padres, mismas que surgen desde tiempos remotos, donde ni siquiera se tenía conciencia de la concepción o nacimiento del infante, cuando aún eran ajenos a la paternidad. El infante deviene del deseo del Otro, se instaura dentro del lugar de significativo dentro de la subjetividad parental.

Díaz (1998) refiere:

El hijo ingresa a la familia como valor que representa para la madre y el padre algo particular. Es esperado con un nombre, con una serie de significantes que lo aguardan en el mundo y hablan de los ideales que los padres tienen con relación a él. Ocupa, además de la dimensión significativa, un lugar en el deseo del Otro que determinará su posición en la estructura familiar. (p. 1).

Es por esto que cuando el niño nace y crece se ve en conflicto con el deseo parental y sus expectativas impuestas, es tal el afán de que el hijo obtenga éxito y llegue a obtener las mejores opciones y oportunidades que es presionado a responder a las demandas del mundo adulto y de las carencias de los padres; es por esto que no se tolera que el niño sea diferente a lo soñado o que no vaya a la par con las expectativas propuestas; cualquier desviación voluntaria o involuntaria del niño. Cuando el niño rompe el ideal del padre, al no satisfacer el deseo paterno, se vuelve el receptor de las decepciones, desilusiones, añoranzas y culpas del mundo adulto.

3.2 Madre-hijo: una relación simbiótica

La unión de la pareja, representa el reconocimiento dentro del orden social de una unión entre dos sujetos que inician una vida conyugal.

López (1998) lo explica como:

La unión [...] en cualquiera de sus formas opera como condición de reconocimiento social y jurídico de la prole, lo que inscribe para padres y descendientes obligaciones y derechos en clara relación con las posiciones y las atribuciones que el parentesco otorga a cada uno de los miembros de la familia. (p. 3).

La pareja en la asunción del matrimonio o unión en cualquier de sus formas, está basada como respuesta simbólica al deseo, pues van en busca de alcanzar aquello que imaginariamente

prefigura y representa dentro de la subjetividad de cada uno de los miembros como felicidad, siendo esto por lo que se lucha, sufre y se trabaja.

La relación funda a los sujetos, es decir, el padre es padre hasta el nacimiento del hijo (Beresntein, 2009) y esta relación dual entre los padres y el infante tendrá un rol significativo dentro de la instauración de la subjetividad y de la historia de vida del sujeto.

Esta relación entra en juego en un plano imaginario aun antes de haber nacido el infante, el embarazo representa para la pareja la culminación del deseo, el vínculo de amor que los une; es ahí cuando se empiezan a construir a partir de anhelos, afectos, deseos y añoranzas una idealización del infante. La pareja, posteriormente, iniciará preparativos tanto físicos como psicológicos para la llegada del infante. Moguillansky (1998, citado por Esparza, 2015, p. 107) argumenta que “la narcisización del niño comienza desde el momento en que los padres imaginan su llegada, aspecto fundamental en su constitución subjetiva”.

La vivencia del embarazo es tanto biológica como psicológicamente representa para la madre un acto distinto al padre; pues la relación que se da entre la madre y el infante, se sitúa en el momento en que la madre alberga al hijo en el vientre, el vínculo afectivo se da sin la necesidad de un tacto real entre ambos.

Es a partir del deseo de maternidad que se infiere toda la significación a una relación en el plano afecto-imaginario, donde los ideales maternos tienen un rol importante dentro de la historia del sujeto. Esparza (2015) explica que la historia del infante no comienza con su nacimiento sino que...

...inicia a partir de que la mujer sabe que está embarazada y percibe los primeros movimientos del feto; así, se instaura una relación imaginaria con un embrión en desarrollo al que se imagina con los atributos de un cuerpo completo, cuerpo imaginado sobre el que la madre deposita su libido, investimento narcisista de un anhelo de ideal, proyección de los sueños incumplidos de los padres que actúa como factor estructurante. (p. 107).

A medida que la gesta avanza, la relación afectiva que la madre introyecta al infante es mayor, pues dedica todo su interés al embarazo, por lo cual deja a un lado todo aquello que no sea exclusivamente el cuidado del infante. Winnicott (citado por Esparza, 2015) lo explicó como “preocupación maternal primaria”, refiriéndose a la creciente capacidad de la mujer para centrar todos sus intereses en el embarazo, lo que posibilita que pueda identificarse con ese niño que se gesta dentro de ella.

Aunque se advierte que esta situación no es una regla para las madres, puesto que también se pueden encontrar casos en que no exista interés por el cuidado interno del niño, Winnicott (citado por Esparza, 2015) reafirma, por otra parte, existen madres que no pueden abandonar sus intereses personales y son incapaces de desarrollar el estado de preocupación maternal primario.

La preocupación y cuidados maternos son esenciales durante todo el proceso del embarazo, en función de los cuidados, se construye una sólida estructura psíquica, que sienta las bases para su formación como sujeto social.

...los orígenes tanto de un desarrollo emocional sano como de otro que no lo es, se ubican antes del nacimiento, durante el embarazo y es que la gestación es un período esencialmente ambivalente, que si marcha bien sienta las bases del posterior desarrollo afectivo del bebé, ya que todo se dispone para acogerlo en un ambiente de alegría y aceptación (Winnicott, citado por Esparza, 2015, p. 109).

Este ambiente aceptable y deseable fundamenta la conformación de vínculos afectivos, los que de no existir o ser negados, serían un factor que determine el rumbo subjetivo del infante. Aulagnier (citado por Esparza, 2015) comenta:

Si las cosas no funcionan bien, el embarazo no se acompaña de placer, es vivido como una calamidad, quedando impregnado de la pulsión de muerte; de lo que se desprende que el parto será vivido como una desgarradura, una pérdida que tendrá consecuencias funestas en la instauración de la relación madre-infante. (p. 109).

Habitualmente el niño llega a un mundo donde se le espera ya con ansias, donde se le desea y se le piensa como un ser completo, es por esto que su nacimiento es el evento más importante de su vida. El parto precede a un acontecimiento que es anhelado pero a la vez temido por la madre, puesto que por un lado el embarazo se aprecia como lo más bello y hermoso que pueda existir, por otro, en el parto, se teme por las complicaciones, la pulsión de muerte acecha a la madre.

La madre juega un papel trascendental en la construcción de la psique, la personalidad y la subjetividad del infante, siguiendo la idea psicoanalítica, el lugar de la madre deviene como una función, que podrá ser realizada por cualquier persona que procure y brinde los cuidados para que el niño sobreviva, le procure caricias, tacto, amor, etcétera.

El infante se introyecta dentro del deseo de la madre, este deseo permite la sobrevivencia del neonato, se instaura una comunicación legible solo para ambos, madre e hijo, donde la palabra de la madre buscará encontrar la significación de lo que el infante reclama con el llanto, sus risas, sus movimientos, sus gritos, pues ella (la madre) a partir de su saber del mundo interpreta desde su deseo, lo que cree saber acerca de las necesidades del infante. Sin embargo la palabra coloca en el pequeño mediante su corporalidad el deseo de la madre. (López, 1998).

Es entonces que el infante:

...no puede orientarse en el discurso más que a medida de lo que construye de su cuerpo a través de la demanda y deseo del Otro. El discurso que se constituye alrededor del niño, viene a ocultar un no dicho extremadamente complejo en el cual se bañan las primeras relaciones. (Rojas & Lora, 2008, p. 238).

La relación dual entre madre e hijo funda el primer vínculo socializador y afectivo que conoce el niño dentro de su universo, pues, es con la madre con la que primero convive, con la que habla, con la que juega y experimenta ser el objeto de deseo amoroso. Freud (citado por Esparza, 2015) explica que:

...la condición de larga dependencia infantil influye en que la madre se constituya en el primer objeto amoroso; tanto para la niña como para el niño, la madre se instituye para toda la vida en el primero y más intenso objeto de amor, paradigma de todas las relaciones posteriores.

Tanto para el hijo varón como para la hija, la madre constituye el primer vínculo afectivo, mediante sus cuidados podrá enfrentar todas las adversidades que devengan. Este vínculo se relaciona con la sobrevivencia del neonato a partir de la función alimenticia. Freud (citado por Esparza, 2015) señala que al inicio de la vida, esta relación se apuntala en la función nutricia, después se desliga de ésta debido a la excitación y satisfacción generada por las caricias, besos, arrullos y en general, todos los cuidados que la madre proporciona al bebé.

Los cuidados maternos inauguran el polo del placer, se conforma un mapa erógeno, de lo que en principio habría sido un cuerpo “casi pura biología”. Se configuran ciertos recortes en el cuerpo del infans, que en tanto zonas erógenas, privilegian determinados circuitos pulsionales. (Freud, citado por Aranda, s.f., p. 3).

La postura débil que muestra el infante al inicio de la vida es un factor para que la ligazón entre madre e hijo se estreche; tal condición es un pretexto para adueñarse y esbozar todos los anhelos sobre la historia del sujeto. Ulriksen (2005) afirma que:

Las condiciones de inmadurez biológica, de desamparo y dependencia del recién nacido, considerándolo propiedad del adulto que lo cuida, objeto de sus intereses, sus deseos y sus proyectos, en el supuesto de que es “por su bien” ya que “necesita” cuidados adecuados para su supervivencia. (p. 1692).

Debido a esa necesidad de cuidados del neonato, la madre tiene un lugar preponderante y este uno sumiso o subordinado, la vivencia subjetiva conforma un imaginario. Al paso que las necesidades del infante sean satisfechas, se establece una experiencia donde el neonato siente que es exactamente lo que él necesitaba y se convierte en base de la repetición, en una experiencia de “yo he creado esto”, planteando la premisa de que el infante deviene como el creador de todo aquello que lo satisface. (Aranda, Ochoa & Lezama, 2013).

Estas vivencias de completud y perfección en las primeras relaciones al "pecho" sostendrían la experiencia alucinatoria de ser el creador del objeto, fantasía fundadora del narcisismo primario: "Yo soy el pecho, por lo tanto yo soy". Siendo ser una abreviación de "ser amado". Existe en tanto es objeto de amor. Tanto como el hijo fantasea sobre ser el creador de objeto, la madre en cambio cree, bajo el supuesto de "necesita cuidados para su sobrevivencia" el cual empieza a volverlo parte de sí mismo. (Ulriksen, 2005, p. 1694).

Antes de conocer a la madre, el infante conoce primero el pecho por medio del tacto oral que trae consigo placer o displacer, significados como la falta que buscarán a lo largo de su vida de forma inconsciente. Sobre ello, Esparza (2015) argumenta que:

Al comienzo de la vida, el pecho no es identificado como un objeto externo, el niño lo considera como parte de su cuerpo; solamente más tarde podrá reconocer su ajenidad y ubicará a la madre como el objeto que nutre y al mismo tiempo provoca un sin número de sensaciones tanto placenteras como displacenteras. (p. 121).

Si bien la importancia de la relación madre-hijo proviene de una función nutricia, es necesario aclarar que no solo esa función es necesaria para el desarrollo del infante, sino que, también se debe de tener en cuenta los cuidados psicológicos, las caricias, el tacto y la mirada. Winnicott (citado por Esparza, 2015) subraya que para el establecimiento de una relación efectiva con el objeto primario, es necesario el contacto físico, la proximidad con el cuerpo cálido de la madre, dispensador de un placer que a todas luces, es inigualable.

En otro sentido el infante deviene al mundo como un ser frágil, pues el infante nace con un conjunto de desorganizado de impulsos, instintos, capacidades perceptuales y motrices, los cuales ayudarán durante el desenvolvimiento del infante en su entorno, Aranda, Ochoa & Lezama (2013) plantean la función de la madre ante esta imposibilidad de subsistencia autónoma del niño:

...el papel de la madre es la de proveer al bebé de un yo auxiliar que le permita integrar sus sensaciones corporales, los estímulos ambientales y sus nascentes capacidades motrices, protegiendo con su sostenimiento el débil núcleo del yo infantil. (p. 1017).

A través de la interacción con la madre y sus cuidados, el niño desarrolla una plasticidad simbólica que hace referencia a los conocimientos obtenidos a partir de las experiencias que vivencia a partir de la relación con el Otro, con el que intercambia significaciones por medio de miradas, tactos y sensaciones.

Ulriksen (2005) explica que:

...en los primeros tiempos del encuentro madre-bebé se construye un sistema a dos, dual; apuntalado en los cuidados corporales y la atención a las necesidades fisiológicas del niño, son también esenciales la voz y la mirada de la madre en el intercambio sensorial y afectivo con el bebé. (p. 1696).

La madre se comunica con el neonato a partir de la mirada, del tacto, de las caricias, interpreta aquello que el infante hace, gritar, moverse, llorar, se juega una dialéctica entre madre e hijo a partir del deseo materno, la cual posibilita una interacción de significantes.

Esta impotencia del infante, este estar indefenso hace que la madre pase de ser sujeto a objeto de cuidados de supervivencia, supliendo a un ser humano que satisface sus necesidades, pierde totalmente su autonomía para convertirse en aquello que el niño necesita. Esto conlleva un quehacer bastante complicado, con conflictos psíquicos tanto para el niño como para la madre, uno de los cuales es que en los primeros vínculos que tienen, la madre pierde el sentido de sí misma y se vuelve el cuidador. Jean Bergés 1999, citado por (Ulriksen, 2005) señala que...

...el punto de partida de la relación con el hijo es el desborde de la madre en cuanto al control de su cuerpo. La cuestión para la madre se juega entre quedar atrapada en un sistema de dominio y poder hacia el niño, o dejarle un margen, no ser "todo" para él, no saturar la relación. Esta relación madre-hijo trae consigo una exclusión a un tercero

que en este caso será el lugar del padre, otorgando un mayor grado de importancia a la vinculación que se obtenga con la madre (p. 1696).

La función materna no refiere únicamente a la madre, sino que también el padre tiene una función, con su ausencia o presencia representa un acto subjetivante para la relación en la triada, madre, padre e hijo. La madre como función de salvaguardar la vida del infante, representa el primer agente sociabilizador y el primer objeto de deseo amoroso. El tacto, la mirada y las caricias erotizan dentro del infante sus primeras sensaciones de placer. La madre como conducto de aprendizaje, puesto que desde su saber refleja en el infante aquello que sucede en el exterior.

3.3 El nombre del padre: de lo triangular a la identificación

Tras generaciones se ha ubicado al padre como una figura de autoridad, de respeto, quien protege y provee, quien brinda seguridad, impone sus leyes. Siendo una postura histórico-social sobre la figura del padre (Aray, citado por Vilche, 2016). Existen una serie de características que requiere tener esa persona que ocupe el lugar del padre, ante esta situación, surge una pregunta ¿qué es el padre? Desde la perspectiva lacaniana se explica al padre a partir de tres registros: lo imaginario, lo simbólico y lo real.

El padre imaginario es aquel de la fantasía del niño, es el padre del fantasma, el padre tal como es percibido por el niño, este padre se opone al padre real, que es el padre como ser en su falibilidad [...]es el pobre hombre que como todo el mundo está provisto de inconsistencias. Resta el padre simbólico, que es en sí la función del padre, o mejor, el padre en función. (Cruz, 2010, p. 2).

Hablar del padre desde el psicoanálisis, es abordar la función paterna, misma que se ve reflejada dentro del complejo de Edipo, el nombre del padre tiene como función instaurar la ley, la prohibición del incesto, tomando en cuenta que el hijo para la madre viene a ocupar el lugar del falo, es decir el lugar del deseo y de la falta, si bien, es importante que el infante

juegue el papel del falo en primera instancia en la relación dual que sostiene con la madre, pues, es esa significación la que ayuda a salvaguardar la vida del infante e instaurar la subjetividad, la imagen corporal y la constitución del narcisismo, por otra parte, también es necesario que el infante deje de serlo, pues estaría rebasando los límites a una relación incestuosa, y para eso el Nombre del padre juega una significación importante para el corte de esta relación dual. Fernández, (2008) explica que:

...la función del padre en el Edipo será fundamentalmente la de separar a la madre del hijo, de tal modo que: por un lado el niño deje de tomar a esa madre como objeto de deseo incestuoso y, por otro lado, que la madre deje de tomar a ese hijo como falo (que no lo sea todo para la madre). (p. 2).

Entonces, el padre ejerce una doble prohibición, tanto al infante como a la madre, pues, al niño se le genera la prohibición de “acceder a la madre como objeto de goce sexual” (López, 1998, p. 1), por otra parte, a la madre hace que la mirada de amor se vuelque a él [al padre] con la finalidad de que no se conciba el incesto. Esta función tiene como efecto cortar, y prohibir la relación simbiótica entre madre-hijo (Roncha, 2013).

La relación entre el infante y el padre deviene a partir de la castración, Lacan (citado en León, 2013) explicita que “el padre ejerce su función edípica cuando es castrador y lo suficientemente fuerte y duro como para encarnar la rivalidad edípica (ni demasiado afectivo o gentil, ni demasiado blando o complaciente, ni demasiado enfermo o disminuido)” (p. 58). El padre al cumplir con la función simbólica de la castración, lo cual anula el complejo de Edipo y permite que el infante se inserte a la sociedad.

En este punto, la inserción de la ley en el desarrollo psíquico es función del padre, cuando éste falla, el equilibrio emocional, la socialización y el ajuste al medio circundante del niño se ven comprometidos (citado en Esparza, 2015). Por tanto la ley es también...

...el orden regulador de los lazos sociales, pues éstos sólo pueden constituirse en función de ella, que así posibilita la coexistencia más o menos pacífica de los sujetos en

la medida en que funda el derecho, destinado a poner límites al goce y procura hacerlo compatible con la preservación de los lazos. (Ocaña, 2018, p. 27).

Por tanto, si el niño no goza de un vínculo estable con el padre, surge la omisión de la presencia real del padre, no solo como objeto de identificación si no como objeto sexual para la madre; es decir, como mediador o barrera del incesto.

León (2013) reflexiona acerca de la función del padre y cómo esta puede llegar afectar si es desdibujada por diversos factores:

...el padre será el agente de la sublimación y del progreso hacia el principio de realidad (acceso a la cultura), operando como ideal tanto para el niño como para la niña, función que podría verse menoscabada si la imago paterna se ve deteriorada (por muerte, enfermedad o defecto del padre), situación que favorecería la reclusión narcisista del sujeto en la relación dual e imaginaria con la madre. (p. 55).

La figura paterna suele estar debilitada en algunos casos por la propia madre; otras veces esta debilidad procede del estado emocional del padre. De esta forma el padre asume una importancia que se revelará en el orden del significante, esto tendrá sentido en la medida de aceptación o rechazo de un orden establecido, de la estructuración del inconsciente (Icart, citado en Esparza, 2015), lo que Lacan vendría a llamar la declinación del imago paterna, pues la imagen del padre estaría viéndose como carente, ausente, humillada, dividida o postiza o sustituida por la madre, Dolto (Citado en Mannoni, 1979) hace hincapié en decir que “toda asimilación de la madre al rol del padre es patógena, tanto cuando la madre decreta que el padre es incapaz y se coloca en su lugar, como cuando él está ausente o ella no toma en cuenta sus deseos” (p. 22).

Sobre esta situación, cabe preguntarse, ¿en relación a qué o con quién, la madre lo compara y lo juzga cómo insuficiente y lo sustituye? Dolto (Citado en Mannoni, 1979) responde de forma puntual...

...la madre se refiere obligatoriamente a su propio padre, o sino a un hermano, o a su propia homosexualidad latente o a otros hombres de más valor que el padre del niño, hombres idealizados por ella, quien se siente impotente por no haberlos escogidos como compañeros. (p. 22).

Sin embargo, es preciso señalar que toda situación en la que el niño sirva de prótesis a uno de sus padres es patógeno, sobre todo si no se le comunica que esta situación de compañerismo y relación dual es falsa y que él puede escaparle con toda libertad. (Dolto, citado en Mannoni, 1979).

Por lo tanto, a medida que el nombre del padre simbolice la ley y la prohibición, su función comprenderá el pacificar los goces, siendo la función del Nombre del padre el eje que corte la relación que se avista como incestuosa entre la madre-hijo. León, (2013) plantea que “en la medida en que el padre asuma esta función, que sea Nombre-del-Padre y también padre sexuado, lo real quedará cubierto por lo simbólico, esto es, el goce incestuoso quedará acotado por una realidad mediada por el lenguaje” (p. 59).

La figura del padre tiene como función el corte de la relación amorosa entre el infante y la madre, convirtiendo la relación dual en una triada, siendo entonces una relación donde converjan tanto madre, hijo y padre. Es decir, el Nombre del padre, representa una figura simbólica que frena la relación simbiótica entre la madre y el hijo, imponiendo la prohibición incestuosa y generando la identificación del hijo.

CAPÍTULO IV. TDAH, DECODIFICANDO UN MAL-ESTAR EN LA INFANCIA

4.1 Un recorrido por el malestar

En este capítulo se describirán los bloques temáticos que se realizaron a partir de la recopilación de información por medio de las entrevistas aplicadas a los sujetos participantes. Para ello, se siguió el procedimiento de análisis secuencial mediante la transcripción, categorización y comprobación de grupos de categorías, con las cuales fue posible estructurar cuatro bloques, el primero de ellos: *TDAH un sentido oculto*, aborda como se reconfigura el seno familiar a partir del diagnóstico, en esta se incluyen aspectos como la información que posee la familia sobre el TDAH, el reconocimiento del trastorno y su aceptación o no por parte de los integrantes de la familia; en el segundo bloque temático denominado, *La etiqueta infantil*, se enfoca el análisis sobre los juicios que otorgan los adultos y que estigmatizan la conducta infantil, lo que incluye la descripción de dicha conducta y la perspectiva parental acerca de la evolución del comportamiento del niño; en el tercer bloque temático, *La familia un conducto al malestar*, se indaga acerca de la vivencia de los padres sobre el hijo idealizado y la ruptura de dicha idealización, para lo cual se exploran aspectos como parentalidad, la dinámica familiar y las formas de crianza utilizados; finalmente, en el último eje temático, *Un diagnóstico incomprendido*, se explica cómo a partir de diagnósticos ambivalentes se atenta contra las expectativas que tiene los padres hacia el infante, a partir de información referida a la negación que se plantea del diagnóstico de TDAH, la desconfianza sobre este y la ausencia de dicho diagnóstico en el niño. De la descripción de dicha información, fue posible avizorar algunos aspectos interpretativos mismos que se exponen en el siguiente apartado.

4.2 TDAH, un sentido oculto

La vivencia parental al recibir el diagnóstico otorgado por un profesional o institución, genera dentro del núcleo nuevas dinámicas y reconfigura el discurso parental, situándolo en el saber de la enfermedad. Sobre ello, expone uno de los entrevistados:

...¿Qué estudia su esposo? (pregunta el entrevistador)

Estudia la licenciatura en intervención educativa, si, por eso si sabemos esto como lo manejan y yo no lo tomo a mal, también lo que me preguntan aquí [en la USAER], para mí mejor si alguien viene a entrevistar, sean proyectos de psicólogos o lo que sea, pues que me digan cómo le hago para mejorar a mi hijo (Ana, entrevista 1).

La búsqueda de distintos profesionales que avalúen, diagnostiquen e intervengan al infante es la forma de asumir que “mientras más profesionales estén atendiendo un niño, mayor “certeza” de que estará bien, y de que nosotros, los adultos responsables de ellos [los hijos] estamos haciendo bien las funciones encomendadas” (Jacobo, Rodríguez & Manzo, 2015, p. 143).

A partir de las observaciones de profesionales o instituciones se instaura un discurso que aborda qué es lo normal y lo anormal, el niño es visto como desatento, hiperactivo (lo anormal), formando así un pre-diagnóstico que deja huella en la familia y el infante:

...en el kínder porque los niños estaban jugando o algo así, los aventaba o si no ya los pellizcaba, los mordía, me dijo la maestra que eso no es normal ¡y siempre en la dirección!, ¡en la dirección!, en la dirección me mandaban (María, entrevista 4).

...me dicen [en la escuela] que en tanto en el salón de clases no se está quieto, no presta atención ni nada (Ana, entrevista 1).

Sin duda, el comportamiento del infante provisto como disruptivo implica un cambio en la subjetividad parental, debido a que este diagnóstico se vuelve un saber que no se tiene idea de cómo solucionar, y que sin duda, genera malestar.

Este lenguaje oculto surge a partir de la falta de información que se tiene acerca de este malestar, mismo que evidencia una patologización excesiva en las instituciones, pues, se generan diagnósticos que devienen del análisis y segmentación de la conducta infantil, mismas que terminan siendo significadas por el otro como anormales, inadecuadas e inadaptativas.

...como lo van checando al niño este, lo primero que nos dijeron pues es que era, que posiblemente era autismo [...] luego paso a tener lo del trastorno de Asperger, del trastorno de Asperger [...] después cambio el diagnóstico y pues ya con lo de td, tdah también sería más o menos unos 4 años, que una paidopsiquiatra porque nos dijo que también tenía. (Entrevista 3).

Los padres al llevar a su hijo con un profesional se topan con una sucesión de términos y conceptos que definen el comportamiento del niño. Sin embargo este lenguaje que utiliza el profesional puede ser inaccesible al discurso de los padres.

Que sea hiperactivo, pues nunca he entendido bien ese concepto (Entrevista 1).

En sí, un concepto definido de qué es, no, realmente no lo tengo, pero siento que es o sirve para más, para niños que tengan problemas más de hiperactividad, que no pueden estar en un lugar, sentado, que no, este, oye consejos, este órdenes (Entrevista 5).

La terminología con la que abordan las evaluaciones pueden llegar a ser tan escuetas, que no dan pie a entender completamente que es lo que sucede, en muchos casos la definición que el profesional le señala es ajena al discurso de los padres, las limitaciones que representa comprender el TDAH como un conjunto de disturbios corporales y de atención plantea un reordenamiento de la vida del infante en los distintos contextos en los que socializa, pues en la escuela, se cataloga como el molesto, distraído, y que en muchos casos trae como consecuencia el rezago del niño con sus pares.

Sin embargo, aquello que solo se ve como una conducta desafiante, molestosa e inquieta termina siendo un acontecer incomprensible que da cuenta del mal-estar que vive el infante y que al no saber expresar por la vía discursiva utiliza otros medios, la motricidad y la inatención son los medios alternos con el que el niño puede transmitir su sentir.

La conducta del infante es un indicador de normalidad o anormalidad para estos diagnósticos, mismos que están basados en expectativas sociales, es decir, cómo interactúa el infante con su entorno y si éste se adapta a las condiciones del mismo, en caso de no ser así se vislumbran juicios de valor que señalan la conducta del infante como inapropiada. Esto lo podemos observar en el día a día en las escuelas de educación básica donde maestras y colaboradoras de la USAER observan, analizan, detectan y señalan conductas inapropiadas que se encuentran distantes de los estándares comportamentales de la institución educativa, este caso se ve reflejado por una madre de familia que comenta que:

Me dice [la maestra] que en tanto en el salón de clases no se está quieto, no presta atención ni nada y J. no es así, si ahorita lo ven está normal, que sí es un poquito inquieto cuando quiere jugar. (Ana, Entrevista 1).

La normalidad se teje a partir de normas socialmente impuestas, cuya asunción deviene no solamente de aspectos como la crianza, y en este sentido, de lo que se espera un padre o madre enseñe a su hijo.

Por otra parte, también está la aceptación en los padres, pues ellos mismos refieren dichas conductas como inapropiadas, las nombran a partir de la descripción de la conducta:

Sí, si lo tiene mijito, la desatención si lo tiene, también es bien inquieto pue, y cuando era más pequeño pue le pegaba a sus demás compañeros, era como muy agresivo (María, Entrevista 4).

Es característico que los padres se preocupen cuando se percatan que el niño presenta conductas agresivas, por tanto, se espera que el infante llegue a la escuela y siga las reglas,

accepte las normas que ahí se establecen, porque en caso contrario es un niño problema, y esto se intensifica si dentro de esta ruptura de idealización se adjunta la agresión.

Cuando estas conductas son nombradas por un maestro o profesional, los padres buscan medios, estrategias, alternativas que conduzcan a ayudarlos a salir del problema o al menos controlarlos, tanto en el ámbito educativo como en el familiar.

Daniela expresa:

En qué le puedo ayudar, tal vez, en lo que son las terapias no, o sea o ponerles reglas o no sé qué, o medicarlos, pues es lo único que podría saber de eso (Entrevista 3).

La búsqueda de ayuda se presenta como una necesidad desesperada por regresar al niño a la normalidad, a ese engranaje social que exige “un niño como los otros”. Los padres, necesitan a un hijo “normal” y utilizan los medios que sean necesarios para que el niño encaje en la familia, en la escuela y en todas partes, lo cual contribuye a que el trasfondo de la sintomatología no se analice, y no surjan cuestionamientos como, ¿Cuál es el motivo de estos comportamientos?, ¿qué intenta comunicar el niño con el cuerpo? Más allá de intentar comprender el malestar que el infante trata de comunicar, se recurre a distintos profesionales que ven el malestar desde una perspectiva que intenta eliminar dichas conductas inapropiadas.

Los padres de familia siguen las recomendaciones de tales profesionales de forma estricta, con la esperanza de obtener resultados.

Daniela lo plantea de la siguiente forma:

Por lo general todos coinciden en que lo que le va ayudar a D. es la eh, terapias... terapias de conducta (Entrevista 3).

O en el caso de María quien comenta:

La profe M. dice nos ha dejado unas actividades pues *de lazo*, llevé mi pedazo de lazo a mi casa, “veni vas a pisar descalzo” “¿y pa qué?” “porque así dice la maestra” le digo “todo tu estrés está en la planta de tu pie” le dije yo “que ahorita lo vas a pisar” y ahí ta jugando y cositas así que me dice la maestra ahí lo va (Entrevista 4).

Más allá de pensar qué resultados obtienen los padres al realizar las recomendaciones de los profesionales, es pertinente preguntarse ¿qué representó en ellos realizarlas? Sin duda, refuerza (en primera instancia) la idea de que ellos ayudan a su hijo, pues están bajo la supervisión de un profesional que los orienta.

Por tanto, cuando se aborda el llamado TDAH, se tiene que analizar que más allá de un conjunto de conductas infantiles que no responden a las expectativas del orden social, constituyen un modo alterno de comunicación, es el vínculo conductor para que aquello que no puede ser hablado se exprese, alrededor de este mal-estar comportamental circula una cantidad innumerables de aconteceres que entretejen su trama subjetiva, pues este es parte de una familia, va a la escuela, tiene amigos y toma clases, todo este acontecer forma parte de la propia dialéctica del malestar que se encuentra codificado y aceptado silenciosamente, pues estas conductas disruptivas juegan parte importante para el mal-estar que se suscita en el núcleo parental.

4.3 La etiqueta infantil

Dentro de este apartado se vislumbra cómo es interpretada [por el mundo adulto] la conducta de los niños diagnosticados con TDAH, y que más allá de verla como parte de la vida infantil es retratada dentro de un espectro de anormalidad. Estas conductas son de primer momento observadas dentro de los distintos espacios sociales donde interactúa el infante, como lo son el hogar, en casa de familiares, en la escuela, etcétera.

Los niños diagnosticados con TDAH son definidos “por lo que no puede hacer” (Levin, 2008, p. 96)...

...¡no se puede estar quieta en un solo lugar!, de hecho, yo la he notado que, ¡siempre!, por ejemplo, para que vea una caricatura no termina de ver la caricatura, la ve por cinco, diez minutos ¡y se para!, se va a otro lado, ¡no puede estar quieta! y no juega tranquilamente, si va a jugar un juguete ¡tira todo!, aunque solo juegue una cosa, ¡tira todas las cosas!, no puede estar en un solo lugar (Fernanda, Entrevista 5).

Ante este reconocimiento de lo que no pueden hacer, surge la etiqueta que pasará hacer el punto de encuentro, y forma de nombrar y reconocer al infante dentro de los distintos entornos. (Noel & Sánchez, 2015).

Es así como a estos niños que “no se les pregunta, no se los escucha, no se les ubica en un contexto. Se busca el camino más rápido, catalogando al niño como “cuadro psicopatológico”, perdiendo toda idea de subjetividad” (Janin, 2014, P. 1).

La percepción e interpretación del adulto hacia la conducta del infante, deja afuera de toda consideración que está conducta no es sino una vana demostración de la vida infantil, es decir, que aquel comportamiento tan señalado tan solo parte de los azares de la diversión del infante, la cual no está presa de una atención singular por un objeto, juego o demanda en específico, retomando una denominación de Freud, el infante es un perverso polimorfo, pues dirige sus deseos hacia cualquier objeto, podríamos señalar que la estructura de la atención parte de esta primicia, el niño dirige su atención a cualquier objeto.

Es así, como la infancia y todas las características que conlleva esta etapa es estigmatizada a partir del significante del otro, el cual advierte una enfermedad, y no un malestar que fractura la psique infantil. Es decir, la sintomatología está estrechamente ligada a la propia angustia o inquietudes del núcleo familiar.

Debenedetti, (2015) plantea dos situaciones, en el primero que...

...el síntoma que nos expresan los padres, no sea realmente el síntoma con el que va a trabajar el analista, o que el niño no lo viva como un padecimiento, sino que represente

una conducta que aparece como una molestia para éstos, es decir, quienes padecen, son justamente los padres. (p. 16).

La importancia del lugar que ocupa el infante en el nudo del núcleo familiar, Lacan lo vendría a señalar como “el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar” (Lacan, 1969, p. 55). Es entonces que encontramos que el niño ocupa dentro del seno familiar la función de portavoz de la demanda de los padres, y que los expresa a través de sus síntomas que son reflejados en aquellos movimientos azarosos del infante.

Dolto (Citado en Mannoni, 1979) lo fundamenta como:

Donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta; cuando se trata de niños perturbados, es el niño quien, mediante sus síntomas, encarna y hace presentes las consecuencias de un conflicto viviente, familiar o conyugal, camuflado y aceptado por sus padres (p.15).

Es entonces necesario reflexionar cómo el lenguaje corporal del infante no pasa desapercibido por el adulto, el cual observa y problematiza, puesto que esta conducta no es vista por el otro como apropiada. Los padres o encargados del infante perciben su actuar y lo catalogan:

La niña, lo que hace es travesuras, grita, tiene una voz, esta chamaquita. Dios santo es un, tiene una vocezona tremenda, pero es lo mismo, es, es lo mismo, es la convivencia le digo yo, todo lo viene a reflejar en la escuela (Sofía, Entrevista 2).

Estos comportamientos son vistos como inadecuados desde la mirada del adulto, y catalogados como patológicas y no como una conducta que refleja un malestar, esta etiqueta de la conducta no deja ver la significación del acto, lo que quiere decir el infante con ese andar disruptivo.

¿Qué más le queda al infante que adueñarse de ese lugar al cual sus padres lo han llevado a partir de la palabra?, palabra que es importante para todo niño y que es tomada como verdad. En otras ocasiones el mismo malestar del infante deviene de los fantasmas del núcleo parental,

es decir, de los deseos, sueños incumplidos y angustia de los padres, mismo que hace mella en la conducta del infante.

Cuando lo llevaba a una fiesta, al parque porque si lo llevo y todo eso miraba yo que se salía no (risa y expresión corporal) cambiaba mucho su comportamiento pero ya de aquí para acá no he recibido quejas (Ana, Entrevista 1).

Pero ¿qué pasa con estos niños y sus conductas inaceptables? Es quizá el malestar mismo reflejado dentro de las instituciones educativas, el malestar se construye en casa, donde surgen sus primeros vínculos de sociabilización, el núcleo parental demanda no sólo al niño que se porta bien, sino también, a la institución educativa, que se le exige en la mayoría de los casos un trato paternalista, de cuidado, mismos que sobrepasan su labor como un medio del aprendizaje y sociabilización.

Sinceramente no, no hay ahí ese, ese amor digo yo para que, esa paciencia (Sofía, Entrevista 2).

El adulto se ve envuelto en lo que la sociedad demanda, en el discurso del saber, puesto que hay un otro que le dice que todas estas conductas que fueron observadas y descritas muchas veces tanto en el entorno familiar como el educativo, dejan entrever que el niño (a) era percibido como inquieto:

Me decía la maestra que cada cosa se salía, no se sentaba en su lugar o si no cada ratito que él “maestra deme usted permiso voy al baño” o si no ya se quedaba jugando en los árboles y no, o sea nunca hacia tarea (María, Entrevista 4).

...tiene sus defectos porque es este, muy hiperactiva, o sea no se puede estar quieta en un solo lugar de hecho yo la he notado que siempre, por ejemplo para que vea una caricatura no termina de ver la caricatura este, la ve por, cinco diez minutos y se para se va otro lado, no puede estar quieta y en, no, no juega a este, tranquilamente, o sea ella este, si va a jugar un juguete tira todo aunque solo juegue una cosa, tira todas las cosas y este, ahí está, no solo puede estar en un solo lugar (Fernanda, Entrevista 5).

El núcleo parental como los demás integrantes de la familia están expuestos a comentarios que tienen los otros, es decir, maestros, amigos, conocidos y familiares que también observan al niño, también lo describen y ellos a su vez ven al infante relacionarse en entornos conocidos mismos que da pie para poder describirlos cómo:

Llega a su casa a lado y quiere sacar todas las cosas como que si fuera su casa, a sacar todas las muñecas, todos los juguetes y yo le digo no, y empieza a hacer su berrinche (Fernanda, Entrevista 5).

Cuando las conductas de los niños son interpretadas como disruptivas, siendo evaluadas desde la patología y no como parte de su infancia, requiere la intervención del profesional, el cual emite un diagnóstico y en ocasiones plantea un tratamiento con psicoactivos que plantean contrarrestar la conducta del infante.

Ya hace tarea un poquito más, este primero si no los niños que estaban ahí los aventaba si no ya les pegaba y ahorita como ya está un poquito más grande como lleva tratamiento también controlado ya he visto cambios pues (María, Entrevista 4).

El objetivo de la medicalización en la infancia es contrarrestar la conducta inapropiada, la cual elimina una conducta; sin embargo no cuestiona el malestar, lo cual termina siendo un desplazamiento del síntoma.

Nos encontramos que la vida infantil es patologizada por la mirada del adulto, pues encasilla las conductas y se da pie a la medicalización del infante, sin tomar en cuenta que el lenguaje del cuerpo intenta comunicar aquello que le aqueja.

4.4 La familia, un conducto al malestar

En este bloque temático se señala cómo a partir de la concepción del hijo soñado por los padres en el plano imaginario, el infante se ve conflictuado por la ruptura entre lo real y el ideal...

...a menudo, su impotencia [del infante] es la copia, a escala reducida, de la impotencia de uno de los padres, desplazada del nivel en que se manifiesta en el adulto al nivel de la organización libidinal precoz de la personalidad del niño (Dolto, citado en Mannoni, 1979, p.17).

Es decir, existe una gran influencia del infante con los acontecimientos cotidianos de sus padres y que generan que reproduzcan una copia casi exacta de los malestares parentales.

...si lo escucharan hablar, todavía me dicen, qué de dónde saca ciertas palabras que no entiende, ¿de dónde?, y a lo mejor y es que tiende a imitarme un poquito, porque como yo doy clases, entonces, este, a veces me ve que estoy haciendo trabajos y yo soy muy perfeccionista (expresión corporal) e igual él (sonríe), si ve que un niño está haciendo su tarea y lo está haciendo mal, se levanta y dice: “oye lo estás haciendo mal, así no es” (Ana, entrevista 1).

La importancia latente que surca dentro del comportamiento del infante por la relación con las figuras parentales, Dolto (Citado en Mannoni, 1979) lo señala como “los adultos gravemente neuróticos, considerados como maestros y como ejemplos, son quienes aportan confusión, o una organización enferma o perversa, a la estructura del niño en crecimiento” (p. 19) por tanto, las conductas del niño son un síntoma que emerge en el marco parental y que es evidenciado a partir de la repetición disruptiva:

...si vamos a fiestas tanto el niño, como él [el padre] se vuelve como el payasito de la fiesta, no, y mijito es igual, si alguien quiere participar, quien levanta la mano son los dos [el padre y el hijo], al mismo tiempo (Ana, entrevista 1).

La ruptura del ideal del hijo, provoca malestar en el núcleo parental, debido a que existe una brecha entre el ideal y lo real, lo cual repercute en la subjetividad del adulto, pues la paternidad no es vista como placentera:

...me imaginaba, ser mamá, no sé, ¡disfrutar de tu hijo!, o este, ¡cambiarlo, bañarlo, darle su lechita! y no, la verdad no es así, es, no sé si porque, mi hija es con este carácter o no sé, ¡se me ha hecho muy difícil, muy difícil! (Fernanda, entrevista 5).

Puede llegar a existir una conmoción parental el cual Raimbault (citada por Díaz, 1998) plantea como que “el niño puede ser investido igualmente no por el amor sino por el odio y ser blanco de una agresividad que apunta a él de manera completamente específica.”

Ante esta situación el displacer paternal, provoca (de forma inconsciente) que el adulto mire al infante como una carga:

...le digo (a la madre):

-mami, me voy a dormir un rato, ¡estoy muy cansada! (como a los dos días que me alivie), es que, no he dormido, yo voy a esperar, ¿hasta cuándo voy a dormir bien?, ¿ya cuando tenga sus cuarenta días?

Me dice mi mamá:

-no hija, si mira tú tienes treinta y tantos y no sigo durmiendo por tu culpa (Ana, entrevista 1).

En “Se habla de Gabriel”, un poema de la autora Chiapaneca Rosario Castellanos, en el se vislumbra como alude de una manera directa a la maternidad, pues a través de sus versos nos regala una imagen cruda y tajante de lo que percibe como maternidad, la cual está siendo vivida como una agonía que le quita tiempo, lugar y sobre todo femineidad.

Como todos los huéspedes mi hijo me estorbaba
ocupando un lugar que era mi lugar,
existiendo a deshora,

haciéndome partir en dos cada bocado.

El inicio del poema viene de primer momento a concretar lo que el título nos reflejaba y que se vislumbra cierta animadversión al hablar de su hijo con cierto desprecio, pues “rompe con el estereotipo de la mujer latinoamericana maternal, ya que el hecho de aseverar que un hijo es un estorbo, es un atentado contra los parámetros de la sociedad, y se juzga a la madre, dejando a un lado a la mujer” (Ramírez, 2004, p. 84).

Como se ha mencionado anteriormente, es a partir del deseo de maternidad que se infiere toda la significación a una relación en el plano afecto-imaginario, donde los ideales maternos tienen un rol importante dentro de la historia del sujeto.

Esparza (2015) explica que la historia del infante no comienza con su nacimiento sino que...

...inicia a partir de que la mujer sabe que está embarazada y percibe los primeros movimientos del feto; así, se instaura una relación imaginaria con un embrión en desarrollo al que se imagina con los atributos de un cuerpo completo, cuerpo imaginado sobre el que la madre deposita su libido, investimento narcisista de un anhelo de ideal, proyección de los sueños incumplidos de los padres que actúa como factor estructurante. (p. 107).

La búsqueda infantil por independizarse de los deseos parentales, convoca dentro del núcleo familiar relaciones carentes de comprensión y encuentros colmados por la hostilidad:

...la mamá tiene carácter fuerte y D. [la hija] es de carácter fuerte [...] yo he visto [menciona la tía] que la niña se da al tú por tú con la mamá. No es posible, que la niña se esté dando al tú por tú con su mamá (Sofía, entrevista 2).

El malestar no es solo del niño, sino también, del núcleo familiar, solo que la presencia del infante se vuelve un sostén parental que convoca al olvido de aquello que los aqueja, por lo que centran total atención en las conductas del infante. La conducta disruptiva infantil se convierte en un condensador del malestar que se suscita dentro de la familia.

Dolto (Citado en Mannoni, 1979) argumenta que...

...el niño o el adolescente se convierten en portavoces de sus padres. De este modo, los síntomas de impotencia que el niño manifiesta constituyen un reflejo de sus propias angustias y procesos de reacción frente a la angustia de sus padres. (p.15).

El grupo parental al verse rebasado por el malestar, se vuelve presa del síntoma que expresa el infante, lo cual advierte una fractura entre lo real y lo ideal, debido a esto las conductas son percibidas cómo desafiantes, inapropiadas y/o disruptivas, desplazando la responsabilidad al infante. Dolto, (Citado en Mannoni, 1979) lo expresa como:

...donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta; cuando se trata de niños perturbados, es el niño quien, mediante sus síntomas, encarna y hace presentes las consecuencias de un conflicto viviente, familiar o conyugal, camuflado y aceptado por sus padres. (p. 15).

Es decir, la inestabilidad comportamental del infante es más aceptable y plantea una distracción de aquello que aqueja al núcleo familiar...

...conmigo [el niño] sabe que soy más estricta, no le hago caso [...], cuando está llorando hago de cuenta de que no la escucho, y este, incluso hasta me pongo así como papeles [en los oídos], de que no lo escucho, le digo:

-¡no, no te escucho! [...].

Deja de llorar como diciendo:

-Mi mamá no me escucha, ¿para qué estoy llorando?

Y se calla, y ya queda tranquila. [...]. No nos ponemos de acuerdo con mi esposo porque él, ¡él lo consiente!, ella vuelve con sus berrinches o hace sus cosas cuando está aquí [...], si alguna cosa quiere ¡todo se lo dan!, con su llanto con su grito, “ya, ten hijita” o todo se lo dan a ella (Fernanda, entrevista 5).

La estabilidad infantil se ve fracturada por las demandas del otro, los padres, los cuales a partir de su subjetividad luchan para evidenciar quien tiene el poder en el hogar, esta lucha parental provoca ambivalencia en el comportamiento del niño.

Así podemos encontrarnos con casos en los que el anhelo de ser padres es mayor cuando se tienen dificultades para concebirlo, partiendo de la idea de que...

...el hijo ingresa a la familia como valor que representa para la madre y el padre algo particular. Es esperado con un nombre, con una serie de significantes que lo aguardan en el mundo y hablan de los ideales que los padres tienen con relación a él.

Los anhelos que son investidos en el infante pueden partir por la concepción tardía del infante, mismo que se nos relata en la entrevista 1:

..ser mamá, ¡ay!, es una responsabilidad muy grande, si, aparte de que no te puedo decir, no, como lo puedo decir... es este, como una, la profesión más bonita que se puede tener. Me costó mucho trabajo embarazarme de J. este, antes, este, siempre tenía yo la noción de querer ser mamá. (Ana, entrevista 1).

El embarazo representa para la pareja la culminación del deseo, el vínculo de amor que los une; Mannoni (2007, citado por Jacobo, Rodríguez y Manzo, 2017, p. 146) comenta que el infante vendrá a ocupar “un sitio determinado en el fantasma de cada uno de los padres” de todo aquello que fue formado por los anhelos durante la espera del nacimiento del infante.

De este mismo modo, puede notarse que el método de crianza que los padres tienden a ejecutar se da en torno al como la familia experimente la ruptura de su idealización. Es así como se percibe que los modelos que los padres ejercen son en su mayoría de casos una red de protección al niño con la supuesta “enfermedad”, donde en muchos casos, la sobreprotección, la ausencia de límites y la permisibilidad son muy comunes, este hacer de los padres frente al hijo enfermo se convierte en un limbo, debido a que la inusual conducta infantil y el terrible diagnóstico del infante que exhibe una franca enfermedad apuntala a la culpa parental, la cual convierte este acontecer un efecto secundario de las conductas.

Ahí el papel, el que hace el papel de exigirles, eso de, de las tareas y todo lo demás es mi esposo. Entonces lo ven como que un poquito de, es un poquito el malo, el que les exige (sonrisas) pero porque ellos quieren pues jugar nada más o no hacer lo que tengan que hacer, él les exige un poco más como recoger sus cosas o ayúdame con esto el otro, es mi esposo (risas) yo por lo general no lo hago o sea prefiero hacerlo yo y dejarlos a ellos. (Daniela, Entrevista 3).

Las observaciones no sólo deviene de la familia nuclear, sino que la también surge de la externa, quienes de algún modo, contribuyen a proteger los actos de los niños en busca de la atención única, como en el caso que nos compartió Ana...

...si lo llevo a la casa de la abuelita pues no hay ninguna queja, o sea lo consienten, no hace nada malo (Entrevista 1).

Mediante los comportamientos expresados hacia el núcleo familiar, los niños obtienen una ganancia secundaria, como se refleja en las palabras de Fernanda:

Aparte de que es muy consentida por el papá porque este, como es la más chica, siempre se le da todo, cuando pelea con la hermana el papá esta, no, dale a la niña o deja la niña o si alguna cosa quiere todo se lo dan, con su llanto con su grito, ya “ten hijita” o todo se lo dan a ella (Entrevista 5).

La relación familiar será un factor a tomar en cuenta a la hora de la realización de los diagnósticos de TDAH. En todos los casos, es notable que la figura paterna se encuentra ausente, pues son las madres de familia quienes expresan su posición a la experiencia vivida. La experiencia de cada padre será distinta, pues pueden existir ciertos comentarios hostiles hacia el otro progenitor, debido a que se crea que no aportan la misma dedicación en los quehaceres correspondientes, así lo expresa Fernanda:

Yo soy la que me dedico también con las tareas de las dos, prácticamente, y mi esposo, porque supuestamente viene cansado, ya después de que come se duerme, se acuesta y este, yo soy la que estoy más tiempo con ellas. (Entrevista 5).

Pero no solamente es la ausencia paterna, sino también la ausencia materna quien se distingue claramente en la vida de estos niños, tal es el caso de Daniela, tía del infante, expresa que la madre es poco interesada:

Llegando el fin de semana, la mamá (representa con las manos, estar con el celular) entonces, mami ¿me das permiso de ir ahí nada más afuerita?, bueno, la suelta, entonces le digo yo [la tía], yo mucho se los digo mi gente, yo digo que falta mucho ahí. Porque mamá no le pregunta, a ver hijita, ¿hiciste tarea, como te fue en la semana?, a ver este, mamita eh, como ¿cómo te portaste?, ¿qué te paso? Platicar con ella o este, jugar un ratito con ella, no estamos diciendo que todo el día se lo va a pasar jugando con la niña, pero un ratito, digo yo no (Sofía, Entrevista 2).

No cabe duda que la figura materna es la base primordial para la estructuración psíquica del infante, por lo que habría que preguntarse qué consecuencias podrían surgir, cuando esta relación no se establece en las etapas de vital importancia, cuando el niño necesita del amor, del cuidado, de la satisfacción materna. Porque si bien es cierto, el cuidado del niño va más allá de lo biológico, importa la satisfacción de las necesidades psicológicas y emocionales (Winnicott, 1947). Esta experiencia la comparte Ana quien menciona:

...siempre tratamos de que por lo menos un día sí, un día no, J. salga o si mi esposo ya está muy cansado lo saca a un parque, porque tenemos un parqucito enfrente de la casa, que juegue con los demás niños, pero eso es hasta ahorita, pero antes, era diferente, J. se levantaba y no había mamá, solo había papa, no, y mama venía a traerlo aquí a las doce, no, y ya a partir de ahí mi esposo se iba a trabajar en la tarde y ya no lo miraba hasta el otro día, porque cuando llegaba J. ya estaba durmiendo (Entrevista 1).

En conclusión, a través de esta sección, se pudieron puntualizar temas que ayudan a comprender de forma general y minuciosa, la experiencia que se ha vivido en la casa de cada

una de las familias entrevistadas, ya que bajo el discurso, se descubrieron ideas que abrieron paso a entender el rol que cada integrante de la familia ejerce a través del movimiento de un diagnóstico en casa, y que de forma indirecta incide en la crianza del hijo/a.

4.5 Un diagnóstico incomprendido

Este último apartado considera la dualidad entre diagnóstico y familia, debido a que este sugiere para el padre de familia un cambio drástico en las expectativas futuras para con su hijo, situación que se elabora a partir de la ambivalencia de resultados y evaluaciones de distintos profesionales, mismos que dejan entrever un conflicto entre lo real y lo ideal.

Cuando un padre de familia llega a consulta con un profesional de la salud, médico, psicólogo, psiquiatra, etcétera. Llegan con la firme convicción de que “resolverán pronto y sin contratiempos la problemática, ya que para eso estudiaron” (Jacobo, Rodríguez & Manzo, 2015, p. 146). En la entrevista uno podemos ver reflejado lo anterior mencionado:

Lo llevo, le hace su estudio y el doctor me dice que no lo tiene [TDAH]... pero, no me dio nada, yo llevé el expediente y decía que él me tenía que dar un análisis de competencias y habilidades ¡y no sé qué tanto!, se lo muestro al doctor y él me dice:

-Es que no entiendo que te pide tu maestra, tu niño no tiene nada (suspira y ríe), ¡si es hiperactivo!, ¡si lo es!, pero no a un grado que requiera un, [¿cómo me dijo?, auto-preguntándose] un tratamiento.

Comparó a mi hijito con un niño que estaba atendiendo (Ana, Entrevista 1).

Como se citó previamente, diversos profesionales participan en el proceso de diagnóstico de niños con estas características, de igual modo se establecen distintas modalidades de intervención, desde el uso de fármacos, hasta las actividades pedagógicas y de acompañamiento familiar. Esta gama tan amplia de posibilidades, hace que los padres se muestren confundidos ante el diagnóstico del hijo, magnificando o minimizando la problemática, autoexcluyéndose o siendo aún más protectores de estos.

Ello evidencia la repercusión del juicio profesional, pues hay un saber [el diagnóstico que el profesional proporciona] que no se sabe, es decir, es un malestar que no se entiende, dejando entrever que los síntomas expresados por el infante tendrán como función ser una barrera de contención que anula la atención de aquello que aqueja al núcleo parental.

Esta barrera se puede vislumbrar como negación que se alimenta de las opiniones y observaciones externas como de la misma observación que el padre tenga del infante, todo esto tiene un peso fundamental para apelar a la razón puesto que los mismos diagnósticos de los profesionales suelen ser confusos para los padres.

En las instituciones educativas cuando detectan a un alumno con ciertas características que infringen con la normatividad de la institución, asumen el deber de orientar al padre y dar un pre-diagnóstico para que este sea corroborado con un profesional de la salud, muchas veces un paidopsiquiatra, aunque el resultado es totalmente contrario al pre-diagnóstico de la institución dejando en un especie de limbo, de incógnita al padre de familia que se pregunta qué tiene su hijo...

... nosotros lo llevamos con el diagnóstico de trastorno de Asperger, lo estuvo checando [la paidopsiquiatra], y dijo que también, bueno más bien nos dio como una como un tipo de test o encuesta que teníamos que llenar, donde decía si el niño se levantaba muchas veces, si el niño atendía ordenes, era una encuesta como de unas dos hojas, que teníamos que palomear y decir sí. (Entrevista 3).

Pero no sólo impera el manejo profesional a dicha negación de los padres, también existen otros lazos que se ven manifestados dentro de la opinión y criterios acerca del diagnóstico, cómo es el caso del discurso que maneja la familia en función al diagnóstico, mismo que se retrata en la entrevista 4:

...ah sí, por parte de mi familia mía, porque mis papás decían que ahí lo dejara que con el tiempo se le iba quitar el niño, mi mamá no estaba de acuerdo que lo llevara con el psicólogo (María, Entrevista 4).

Los comportamientos disruptivos que el infante externaliza en los distintos espacios sociales son una forma de comunicar un malestar que aqueja al niño, mismos que desde el modelo médico tan solo da cuenta de la sintomatología y no del malestar, se enfocan a encontrar la etiología de un trastorno y lo conciben por un conjunto de factores intrínsecos, biológico, lo neurológico, lo hereditario, lo cual no permite que el infante tenga voz ni voto ante esta serie de etiquetas que lo envuelven en el discurso de lo normal y anormal. Se patologiza la vida infantil por medio de los estos sobre-diagnósticos y no dejan abordar lo que impera en el trasfondo de la sintomatología, el malestar que en muchos casos surge de los primeros vínculos socio-afectivos que el infante conoce, la familia.

El sobre-diagnóstico en las instituciones educativas hace mella en los profesores, padres de familia, y alumnos, pues se modifica el discurso que manejan y lo sitúa en el de la enfermedad, lo cual hace que el adulto mire cualquier conducta del infante y califique su accionar con etiquetas de anormalidad o normalidad:

...yo doy clases yo eh también, he tenido contactos con niños que tienen hiperactividad y un niño de seis, siete años que tiene esos síndromas, yo estoy dando mi clase, para empezar no me hace caso, o está haciendo a veces ruidos, este, por ejemplo, tengo un niño, bueno, tenía, porque ya lo, ya lo cambiaron, porque ay yo dije que no se podía, si estoy dando una clase de computación y entra un niño y en lugar de que este haciendo sus, sus tarea, este, este haciendo otra cosa y aparte me hacía ruidos con la boca, así vaya la palabra echarse pedos, así constantemente y en la clase de inglés la maestra reportaba lo mismo, de que se lo pasaba brincando de un lugar a otro, no, que no hacía absolutamente nada, ni pintar un círculo, entonces para mí, yo creo que eso es un, un síndrome, de atención, pero este, lo que sí creo que tiene J. es, ¿cómo es nada más, el sin, el déficit de atención? Tal vez sí, pero que ya siga el otro grado que ya es con hiperactividad, tal vez no, por eso cuando yo lo lleve con ese neurólogo le, le hicieron, lo primero que le dijo el doctor siéntate ahí, y se quedó sentado estuvimos alrededor de media hora (Ana, Entrevista 1).

Muchos padres y personas en general comentan que estas conductas son totalmente parte de la infancia y en función de eso no podría diagnosticarse ni patologizarse a la infancia misma.

...no, no es nada, la niña es así porque así viene de nacimiento” y se va a cambiar pues, cuando ella ya tenga más este, que ya piense mejor ya sea una niña más grande ya nos va a escuchar, nos va hacer caso, eso es lo que me comenta (Fernanda, Entrevista 5).

Es un cúmulo de factores los que llevan a una negación del diagnóstico que ha sido dado por los profesiones, esto nos lleva a cuestionarnos, ¿de qué dan cuenta estos diagnósticos?, ¿de conductas disruptivas en la infancia?, ¿de la angustia del mundo adulto ante la necesidad de querer normalizar o sanar? o quizá ¿de un malestar que impera en los ambientes sociales y que está permeando en la vida de los infantes?

Conclusiones

El escenario en el que se encuentra el TDAH en la actualidad es complejo, los diagnósticos van a la alza y las formas de abordar el problema se inclinan a un enfoque médico psiquiátrico en respuesta a la demanda de los padres, maestros y distintos profesionales que interactúan con el infante, para reducir la hiperactividad y aumentar la atención de estos niños.

Sin embargo, el TDAH es más que motricidad, desatención e hiperactividad, existen otros factores determinantes, que a su vez ayudan a ampliar el contexto de los diagnósticos, como lo son la escuela y su misión de normalizar la educación, los juicios de los adultos que nombran las conductas infantiles como inapropiadas y sobre todo de la historia que el infante comparte con su familia.

Esta última, parte de la premisa de que la familia es el conducto social que el infante conoce en primera instancia, esta relación dual entre infante y familia plantea una serie de significaciones, anhelos y deseos que se catectizan aún antes del nacimiento del niño y que marcará la historia de este. Debido a lo anterior, existe un ideal del niño, desde pensar cómo será al nacer, a quién se parecerá, cómo se llamará, se espera del nacimiento del neonato que cumpla con todas aquellas expectativas que se fueron trazando a partir de la subjetividad de cada padre. Sin embargo, en el acto mismo de nacer yace una brecha entre lo que los padres diseñaron desde el imaginario y con lo que se ven confrontados de ese hijo real, confrontación que se será una constante durante el desarrollo del infante.

Los avatares familiares hacen mella en el infante, pues “el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar [...] puede representar la verdad de la pareja familiar” (Lacan, 1969, p. 55). Es decir, el infante refleja con su cuerpo hiperactivo y desatento, un malestar que tiene como origen las vicisitudes del núcleo parental.

Por tanto, el diagnóstico que se brinda por un profesional genera un cambio dentro de la estructura parental, en algunos casos hace que los padres desborden su atención en el malestar del infante, lo cual provoca la búsqueda de información a través de distintos profesionales para

cuestionar y reafirmar el diagnóstico, como en el caso del esposo de Ana quien menciona que su cónyuge comenzó a estudiar educación especial para conocer más acerca de lo que le sucede al hijo.

Sin embargo, dicho malestar también incomoda al núcleo parental, dando como resultado una verdad silenciosa, que no se escucha, como lo exponía un familiar de uno de los casos analizados, quien relata que los padres de la niña hacen caso omiso de las citas que extienden la USAER con respecto al diagnóstico. En ambos casos, la conducta que el infante muestra y su diagnóstico permea en las subjetividades de los padres.

Es entonces, que el infante a partir de la hiperactividad y la desatención tienen la función de homeostasis del grupo familiar. Ante esta situación, el niño se convierte en una barrera de contención para el propio malestar del núcleo parental, centrando la atención en una conducta disruptiva infantil que convoca al olvido de aquello que aqueja al adulto.

Ante esta situación se comprende que el TDAH es un síntoma que expresa el infante como indicio de un malestar que lo aqueja y que no es posible externalizar por medio del discurso, sino a partir de la motricidad e inatención del niño.

Tal situación advierte que la estructura familiar (primer lazo social del infante) afecta a la psique infantil, pues de esta emergen malestares devenidos de los deseos parentales y de la estructuración del hijo ideal, que a su vez fracturan la conformación del hijo ideal y real, generador de sintomatología de un malestar infantil construido dentro de la vida familiar.

Esta sintomatología advierte la inhibición del malestar nuclear-parental; esto quiere decir, que a partir de las conductas disruptivas del niño, el adulto tiene la oportunidad de escapar de la responsabilidad de sus propios actos que le generan displacer, el infante entonces se vuelve un sostén simbólico para el malestar familiar.

Referencias

- Álvarez, G. (2007). *Cómo hacer investigación cualitativa* (2ª reimpresión). México: Paidós.
- Aranda, N. (s.f.). *Familia y desarrollo infantil*. Psicología Evolutiva Niñez Cát. I. Recuperado de: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/053_ninez1/files/familia_y_desarrollo_infantil.pdf
- Aranda, B., B., L. Ochoa, B. F., J. & Lezama, L., L. (2013). Función materna, subjetividad y maltrato infantil. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16(3), 1014-1035
- Berenguer, E. (2006). Un sujeto que no atiende (al significante). En A. Stiglitz (compilador) *DDA, ADD, ADHD como ustedes quieran. El mal real y la construcción social*. (pp.115-120) Buenos Aires: Gramma
- Berenstein, I. (2001). El vínculo y el otro. *Psicoanálisis APdeBA* 23(1), 9-21
- Berenstein, I. (2009). Consideraciones psicoanalíticas sobre familia. En S. Kleiman (coordinadora), *Familia y parejas. Psicoanalistas en América Latina* (pp. 14-21). Argentina: Fascículo Virtual.
- Braunstein, N. A. (2008). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. (Duodécima reimpresión) México: Siglo XXI Editores.
- Carrasco G., V. M. & Cruz R., I. Y. (2014). *Intervención en estudiantes de secundaria con TDAH subtipo mixto y problemas de conducta de una comunidad tsotsil de Chiapas, México*. (Trabajo de grado) Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. México.
- Carrasco G., V. M. & Santilla D., E. S. (2017). ¿Sujeto borrado? La violencia simbólica ejercida ante un discurso de medicalización. En G. A. García Lara & O. Cruz Pérez (coordinadores) *Problemáticas contemporáneas. Retos y perspectivas de la violencia y convivencia escolar*. (pp. 359-364). México: Colección Montebello/UNICACH.
- Carrasco G., V. M. y Cruz R., I. Y. (2014). *Intervención en estudiantes de secundaria con TDAH subtipo mixto y problemas de conducta de una comunidad Tsotsil de Chiapas, México*. (Trabajo de grado) Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México.
- Chemama, R. (1995). *Diccionario del psicoanálisis*. (Séptima edición) Argentina: Amorrortu Editores.

- Concha R., D. (2009). *Construcción de subjetividad en niñas y niños de 5 y 6 años desde las interacciones sociales cotidianas*. (Trabajo de grado) Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Conde S., F. (2017). El cuerpo más allá del organismo: el estatuto del cuerpo en el psicoanálisis lacaniano. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*, vol. XXII-No2 7-22.
- Cruz A., A. (2010). ¿Cómo se llama el padre? *Affectio Societatis* N° 13, 1-11
- Debenedetti R., T. (2015). *TDAH y patologización de la infancia: ¿Niños rebenes de una globalización económica?* (Trabajo de grado) Universidad de la República. Montevideo
- Díaz, V. E. (1998). El niño y la muerte. *Affectio Societatis* N° 2, 1-11
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167
- Esparza M., E. M. (2015) *Los síntomas del TDAH, sólo la punta del iceberg*. (Tesis doctoral) Colegio Internacional de Educación Superior. México.
- Fernández, D. A. (2008). La importancia del padre en Psicoanálisis. *Revista Internacional de Psicología*, 9(2), 1818-1023
- Fernández V., D. (2015). Más allá del síntoma. Algunos apuntes sobre el tratamiento del trastorno del déficit atencional con hiperactividad. *Revista Electrónica de Estudiantes* 10(1), 47-56
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. (Vigésima edición) México: Siglo veintiuno Editores.
- García L., G. A. (2015). *Intervención en alumnos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y problemas de conducta de una comunidad tsotsil de Chiapas, México*. (Primera edición) México: Colección Montebello/UNICACH
- García L., G. A; Roblero E., K. R; Herrera E., A. J & Pérez M., E. D. (2017). El entorno y relación intrafamiliar de niños y adolescentes hiperactivos e impulsivos. En G. A. García Lara & O. Cruz Pérez (coordinadores) *Problemáticas contemporáneas. Retos y perspectivas de la violencia y convivencia escolar*. (pp. 109-117). México: Colección Montebello/UNICACH
- Gallaztegui, N. (2017). *El niño del siglo XXI y su jugar*. (Trabajo de grado). Universidad de la República Uruguay.
- Grau S., M. A. (2007). *Análisis del contexto familiar de niños con TDAH*. (Tesis doctoral) Universidad de Valencia. España

- Hidalgo V, M. I. & Soutullo E, C. (s.f). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra, Pamplona. Recuperado de: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf
- Jacobo J., M., Rodríguez P., B. C., & Manzo C., M. (2017). ¿Infancia vulnerable o vulnerada? Diagnóstico, psicología y psicoanálisis. En G. A. García Lara & O. Cruz Pérez (coordinadores), *Problemáticas contemporáneas. Retos y perspectivas de la violencia y convivencia escolar* (pp. 143-150). México: Colección Montebello/UNICACH
- Janin, B. (2002). Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* 33(34). 149-171
- Janin, B. (2014). *La patologización y medicalización de la infancia*. En el marco de la XIII Jornada de ASMI “malestar de la infancia”. Recuperado de: <http://www.asmi.es/arc/doc/B.%20Janin%20Patologizaci%C3%B3n%20Jornadas%202014.pdf>
- Lacan, J. (1981). *Los escritos técnicos de Freud 1953-1954*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1969). *Intervenciones y textos II* (2ª edición). Argentina: Manantial.
- Lacan, J. (2009). *Estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia analítica*. México: Siglo XXI.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. (Sexta reimpresión) Buenos Aires Argentina: Paidós.
- León, S. (2013). *El lugar del padre en psicoanálisis. Freud, Lacan, Winnicott*. Santiago: Ril Editores.
- Levin, E. (2008). La imagen corporal sin cuerpo: angustia, motricidad e infancia. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(1), 91-112.
- López, Y. (1998). La familia una construcción simbólica: de la naturaleza a la cultura. *Affectio Societatis*. (1)2, 1-11.
- Maldonado R., J. L. (2008). *Trastorno de Déficit de la Atención e Hiperactividad*. [Mensaje en un blog] Recuperado de <http://joseluismaldonado.blogspot.mx/search?updated-min=2008-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2009-01-01T00:00:00-08:00&max-results=12>
Fecha de consulta: [14/03/2017]
- Menchaca F., V. (2014). *Lo inesperado ante la llegada de un hijo. Un análisis desde lo vincular*. (Trabajo de grado). Universidad de la República. Montevideo.

- Muniz, A. (2015). La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia. En Noel Miguez, M. (Coordinadora) *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar.* (pp. 19-28). Uruguay: Estudios Sociológicos Editora.
- Noel M., M & Sánchez, L. (2015). Etiquetas infantiles. En Noel Miguez, M. (Coordinadora) *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar.* (pp. 29-60). Uruguay: Estudios Sociológicos Editora.
- Ocaña H., F. (2018). La violencia, esa absurda invitación a gozar. En G. A. García Lara & O. Cruz Pérez (coordinadores), *Sociedad y violencia. Sujetos, prácticas y discursos.* (pp. 20-30). México: Manuel Moderno.
- Ortiz G., R. (2016). Una reflexión psicoanalítica al concepto de familia. *Revista Désir. EAM*, N°2, 71-80
- Parrilla L., R. M. J. (2012). *La función de la maestra de apoyo o “maestra sombra” en el proceso de integración escolar.* (Trabajo de grado). Universidad Pedagógica Nacional.
- Pizarro, M. F. & Sierra, N. A. (2015). Efectos en el ámbito educativo de una mirada patologizante. *Argonautas*, 5(5), 89-100
- Ramírez O., A. V. (2004). La maternidad en Gabriela Magistral y Rosario Castellanos. *Graffylia: Revista de la Facultad de Filosofía y Letras.* N°3. 82-87
- Rebasa, S. (2006). De la respuesta Farmacológica al síntoma analítico. En Stiglitz (compilador) *DDA, ADD, ADHD como ustedes quieran. El mal real y la construcción social.* (pp.83-90) Buenos Aires: Gramma
- Renes, G. (2014). *Cómo se constituye nuestra subjetividad.* [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <http://giselarenes.net/capitulo-1-como-se-constituye-nuestra-subjetividad/> Fecha de consulta: [14/03/2017]
- Ribeiro, R. (2015). Patologización de la infancia cotidiana. *Teoría y crítica de la psicología.* N°6. 148-156.
- Rivera-Flores, G. W. (2013). Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Características Asociadas en la Infancia y Niñez. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(2), pp. 1079 - 1091.
- Rocha G., I. G. (2013) *La ausencia del padre y la madre fálica: matriz simbólica en un trastorno de identidad.* (Trabajo de grado). Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Rodríguez, C; Álvarez, L; Gonzáles-Castro, P; Núñez, J. C; González-Pineda, J. A; Álvarez, D; Bernardo, A. & Cerezo, R. (2009). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad

- tdah. Pasado y futuro educativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), pp. 81-88.
- Rojas, X., Lora M., E. (2008). El niño como sujeto desde el psicoanálisis. *Revista académica*. 6(2), 231-247.
- Romero P., J. F. & Lavigne C., R. (2005). *Dificultades en el aprendizaje: unificación de criterios diagnósticos*. Volumen 1. Junta de Andalucía
- Roselló, B., García-Castellar, C., Tarraga-Mínguez, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 79-84
- Ruiz M C., E. (2014). Una mirada psicoanalítica sobre el llamado Trastorno por Déficit de Atención. *Revista Diálogos sobre la Educación*, 5(8), 1-4
- Salgado L., A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit. Revista de Psicología*, 13, 71-78
- Salvador B., G. (2012). Aportaciones del psicoanálisis a la intervención en familias desde el trabajo social. *Revista de Treball Social*. N^o 197. 1-11
- Suarez G., E. J. (2014). La psicología clínica, lo normal y lo anormal. *Psyconex*, Vol. 6, N^o 9, 1-8
- Stiglich, G. (2006) *DDA, ADD, ADHD como ustedes quieran. El mal real y la construcción social*. (Primera edición) Buenos Aires: Gramma
- Strachey, J. & Freud, S. (1996) *Sigmund Freud obras completas*. (5^a reimpresión). Argentina: Amorrortu
- Tallaferro, A. (2005). *Curso básico de psicoanálisis*. (6^a reimpresión) Buenos Aires: Paidós.
- Ulriksen V., M. (2005). Construcción de la subjetividad del niño. Algunas pautas para organizar una perspectiva. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 1688-7247
- Unzueta N., C., Lora, M. E. (2002). El estatuto del cuerpo en psicoanálisis. *Revista Académica*, N^o1, 2-19
- Vega, V. (2015). El complejo de Edipo en Freud y Lacan. *Psicología Evolutiva Adolescencia*. Cát 1. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/complejo_edipo.pdf
- Velásquez, F. J. (2013) *El niño en los inicios del siglo XXI*. [Mensaje en un blog] Recuperado de: <http://nel-medellin.org/el-nino-en-los-inicios-del-siglo-xxi/> Fecha de consulta: [28/03/2018]

Vilche B., C. (2016). *¿Qué es ser padre desde el psicoanálisis? Un recorrido por la obra de Freud y Lacan.*
(Trabajo de grado). Universidad de la Republica Uruguay.

Anexos

Guía de entrevista a padres de familia con hijos diagnosticados con TDAH

A continuación se presentan los temas y preguntas consideradas:

¿Qué podría decirnos de su hijo?

Percepción del niño

¿Quiénes conforman su hogar?

Integrantes de la familia que viven dentro del mismo hogar

¿Qué me puede contar acerca de su familia?

Dinámica familiar

Roles que existen

Tipo de relación de cada integrante

Contexto familiar

¿Qué es para usted ser mamá o papá?

Paternidad

¿Cómo es la relación con su hijo y como trata de educarlo?

Información de la paternidad y el TDAH.

Normas

Reglas

Métodos de educación

Métodos de crianza

Paternidad